

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES
CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL HOSPITAL GENERAL, DE
CELAYA, GUANAJUATO.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA DEL ANCIANO.

PRESENTA

SANDRA DE ALBA GUERRERO.

CON LA ASESORÍA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO.

CELAYA, GTO.

ENERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Carmen Lasty Balseiro Almario, asesora de esta Tesina, por todas sus enseñanzas y por la asesoría brindada en Metodología de la investigación y corrección de estilo que hicieron posible la culminación exitosa de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por todas las enseñanzas recibidas en la Especialidad de Enfermería del Anciano en que hizo posible obtener los aprendizajes significativos de sus excelentes maestros.

Al Hospital General de Celaya, Guanajuato, por haberme brindado la oportunidad de ser una Especialista de enfermería del Anciano, para brindar a los pacientes calidad profesional en los servicios.

DEDICATORIAS

A mis padres: Elvira Guerrero Lerma y Rafael De Alba Ortiz quienes han sembrado en mí el camino de la superación profesional cada día y a quienes debo lo que soy.

A mis hermanos: Irma, Laura, Hugo, Araceli, Luis Enrique y Rafael, por todo el apoyo incondicional recibido ya que gracias a su amor y comprensión he podido culminar esta meta profesional.

A mis amigos (as): Blanca Arellano Pérez, Alfredo Rico Flores, Daniel Flores Juárez, Baltasar Rodríguez Guzmán, Enrique Blancarte Fuentes, Raúl Castillo Valentín, con quienes he compartido diferentes etapas de mi vida y a quienes agradezco su comprensión y apoyo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN		1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>		3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA		3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA		6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS		6
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA		8
1.5 OBJETIVOS		9
1.5.1 General.		9
1.5.2 Específicos.		9
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>		10
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER		10
2.1.1 Conceptos básicos.		10
- De Demencia.		10
- De Demencia tipo Alzheimer.		11
2.1.2 Antecedentes históricos de la Demencia.		11
- Alois Alzheimer.		11
- Auguste Deter.		12
- Historia clínica de Auguste Deter.		12
- Sintomatología de Auguste Deter.		13

- Hallazgos en la autopsia del cerebro de Auguste13 Deter.

2.1.3 Etiología de la Demencia tipo Alzheimer .	14
- Neurotransmisor Acetilcolina.	14
- Muerte neuronal.	15
- Proteína anormal.	15
- Apolipoproteína E (apoE).	16
2.1.4 Teorías de la Demencia tipo Alzheimer.	16
- Teoría genética y del cromosoma 21.	16
- Teoría infecciosa y neuroinmune.y anticuerpos cerebrales.	17
- Déficit inmunitario y alteración amiloidea.	17
- Teoría colinérgica y teoría toxica.	17
2.1.5 Epidemiología de la Demencia tipo Alzheimer.	18
- En U.S.A.	18
- En España.	19
- En México.	19
- Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer.	19
- Incidencia de la Demencia tipo Alzheimer.	19
2.1.6 Fisiopatología de la Demencia tipo Alzheimer.	20
- Depósitos neurofibrilares de Alzheimer.	21
- Placas seniles o placas neuríticas.	21

- Degeneración cortical difusa.	21
- Degeneración de los sistemas de proyección noradrenérgicos y serotoninérgicos.	22
- La hipótesis colinérgica de la Demencia Alzheimer.	22
2.1.7 Estadios de la Demencia tipo Alzheimer.	22
• Estadio I: Temprana.	22
• Estadio II: Intermedia.	23
• Estadio III: Severa.	24
• Estadio IV: Final.	25
2.1.8 Sintomatología progresiva.	26
• Los primeros síntomas.	28
• En etapas avanzadas.	29
• La supervivencia.	29
• Manifestaciones.	29
a).- Memoria o amnesia.	29
b).- Lenguaje o afasia.	30
c).- Capacidades gestuales o apraxias.	31
d).- Otros problemas.	31
2.1.9 Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.	32
- Criterios diagnósticos.	32
- Historia clínica.	33
- Déficit cognoscitivo.	33

- La anamnesis y la exploración física.	34
- Pruebas del estado mental. Mini mental.	34
- Pruebas de funciones cognitivas.	35
- Diagnóstico probable.	35
- Diagnóstico definitivo.	36
2.1.10 Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.	36 -
Ensayo Terapéutico.	36
-Farmacológico.	36
- Medidas del entorno.	37
- Terapia ocupacional.	38
2.1.11 Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer.	38
- En la prevención.	
• Modificar los hábitos en la calidad de vida.	38
• Aumentar la escolaridad del paciente.	39
• Controlar la Diabetes mellitus.	39
• Evitar la dislipidemia.	40
• Suplementar el déficit de las vitaminas.	40
• Eliminar el tabaquismo y las bebidas alcohólicas en el paciente.	42
• Disminuir la polifarmacia.	43

- Aplicar el examen mínimo del estado mental (MMSE). 43
 - Llevar una dieta equilibrada. 44
 - Evitar los traumatismos craneoencefálicos. 44
 - Vigilar adecuadamente los factores de riesgo vasculares. 45
 - Realizar ejercicio físico. 45
- En la atención. 46
- Establecer las rutinas en forma cotidiana y normal. 46
 - Mantener la independencia de la persona. 46
 - Ayudar a mantener la dignidad de la persona. 47
 - Evitar las discusiones y simplificar las tareas del paciente. 47
 - Mantener la seguridad del enfermo. 48
 - Aprovechar las habilidades de la persona. 48
 - Utilizar auxiliares para la memoria y la comunicación no verbal. 49
 - Hacer que la comunicación verbal y la no verbal coincidan. 49
 - Transmitir seguridad a la persona enferma. 50
 - Gesticular paulatinamente y evitar reacciones de nerviosismo. 50

- Mantener buen estado de ánimo en el enfermo y transmitir seguridad. 50
- Adecuar el lenguaje a las limitaciones del paciente e integrarlo en las conversaciones. 51
- Hacer comentarios con sentido de humor. 51
- Poner atención al tono emocional cuando está hablando. 51
- Hablar donde no haya demasiadas distracciones y utilizar frases concretas y cortas. 52
- Dar tiempo al paciente para pensar. 52
- Intentar enseñarle visualmente lo que se le quiere decir. 52
- Decir las cosas de manera sencilla y mantener la calma. 53
- Evitar las situaciones que puedan alterar al enfermo y lugares con mucho ruido. 53
- Adecuar el espacio dentro de su hogar. 54
- Conservar los objetos de uso cotidiano y utilizar pictogramas. 54
- Ayudar a orientar al paciente. 55
- Reacondicionar la recámara. 55
- Mantener buena iluminación. 55
- Rehacer el guardarropa del paciente. 56
- Evitar poner espejos y colocar chapas de seguridad en la puerta de la cocina. 56
- Mantener el suelo seco. 57

- Dotar de utensilios de plástico para comer. 57
- Mantener los objetos punzocortantes fuera del alcance del paciente. 57
- Mantener cerradas las llaves del gas. 57
- Acondicionar el baño. 58
- Identificar las llaves del agua y acondicionar los objetos de aseo personal. 58
- Mantener el botiquín bajo llave y fuera del alcance del enfermo e instalar una luz nocturna en el baño. 58
- Mantener una higiene personal adecuada y tratar que el baño sea un momento placentero. 59
- Adaptar las condiciones para bañarse en tina o regadera y evitar meterlo a bañar si se resiste. 59
- Permitir que la persona se maneje sola el mayor tiempo posible. 60
- Presentarle al paciente la ropa en el orden que debe ponérsela y evitar los cierres complicados. 60
- Procurar que tenga independencia al vestirse y usar zapatos con suela anti – deslizante. 61

- Seguir un horario metódico para el baño y poner un cartel en la puerta del baño, dejando la puerta abierta. 61
- Procurar que la ropa sea fácil de quitar y disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse. 62
- Evaluar en qué medida la persona puede preparar su comida y disfrutar de las actividades dentro de la cocina. 62
- Tener instalaciones de seguridad y dejar de ayudar al paciente en las tareas simples. 63
- Recordar al enfermo como comer, el manejo de los cubiertos y servir comida que se pueda comer con las manos. 63
- Cortar la comida en pequeños trozos y recordar que debe comer despacio. 63
- Tomar precauciones al servir los alimentos, sirviendo una porción de comida a la vez. 64
- Tratar de que el enfermo no duerma durante el día, hacer largas caminatas y asegurar el confort en su cama. 64
- Identificar problemas relacionados con el estado de ánimo y evitar ingerir alimentos antes de dormir. 65

- Permitir comportamientos como pérdida de objetos y tener repuestos de las cosas importantes. 65
 - Revisar los botes de basura antes de vaciarlos. 66
 - Dar la razón a la persona de que se le ha perdido un objeto. y evitar discutir con el enfermo. 66
 - Tratar de mantener la calma en el enfermo con alucinaciones. 67
 - Proporcionar al enfermo una identificación personal. 67
 - Cargar una fotografía reciente del enfermo por si llega a extraviarse. 68
 - Manejar adecuadamente las reacciones de violencia y agresión. 68
- En la rehabilitación. 69
- Vigilar la administración de psicoestimulantes y neurolépticos. 69
 - Emplear las Benzodiazepinas y Betabloqueadores. 70
 - Intensificar los mecanismos de seguridad en prevención de accidentes y caídas. 71
 - Brindar cuidados paliativos. 72

- Realizar cambios posturales frecuentes. 72
- Realizar fisioterapia respiratoria. 73
- Mantener la marcha para retrasar en todo lo posible las complicaciones por inmovilidad. 74
- Realizar el masaje abdominal contra el estreñimiento. 74
- Realizar movilización articular pasiva, activa, o activa asistida. 75
- Mantener la independencia funcional del paciente, conservando la deambulaci3n. 76
- Realizar ejercicios de coordinaci3n y de acondicionamiento general. 76
- Mantener la capacidad funcional con la terapia ocupacional. 77
- Realizar terapias enfocadas a trastornos de coordinaci3n y de lenguaje. 78
- Crear un ambiente favorable y seguro. 79
- Orientar al cuidador sobre la responsabilidad en el cuidado del paciente con Demencia. 79
- Solicitar ayuda para el cuidador cuando sea necesario y como debe cuidarse de s3 mismo. 80
- Manejar la depresi3n y la ansiedad. 80
- Buscar ayuda con el resto de la familia y con quien compartir sus problemas. 81

• Buscar el tiempo para cubrir las necesidades del cuidador y conocer sus limitaciones.	81
• Evitar culparse por la situación y buscar asesoría.	82
<u>3. METODOLOGÍA.</u>	83
3.1 VARIABLES E INDICADORES.	83
3.1.1 Dependiente: Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer	83
- Indicadores de la variable.	83
• En la prevención.	83
• En la atención.	84
• En la rehabilitación.	87
	83
3.1.2 Definición operacional. Demencia tipo Alzheimer.	89
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.	97
3.2. TIPO Y DISEÑO DE TESINA.	98
3.2.1 Tipo.	98
3.2.2 Diseño.	99
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.	99
3.3.1 Fichas de trabajo.	99
3.3.2 Observación.	100

4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</u>	101
4.1 CONCLUSIONES.	101
4.2 RECOMENDACIONES.	106
5. <u>ANEXOS Y APÉNDICES.</u>	121
6. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS.</u>	145
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</u>	161

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO No. 1: FOTOGRAFIA DE ALOIS ALZHEIMER.	123
ANEXO No. 2: AUGUSTE DETER.	124
ANEXO No. 3: PRUEBAS DE ESCRITURA DE LA PACIENTE AUGUSTE DETER.	125
ANEXO No. 4: MARAÑAS NEUROFIBRILARES.	126
ANEXO No. 5: DIFERENCIA ENTRE UN CEREBRO NORMAL Y UNO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	127
ANEXO No. 6: CAMBIOS CEREBRALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	128
ANEXO No. 7: CAMBIOS ANATOMICOS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	129
ANEXO No. 8: FACTORES DE RIESGO PARA LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.	130
ANEXO No. 9: CITOESQUELETO.	133
ANEXO No. 10: PROTEINA TUBULINA TAU.	134

ANEXO No.11: PRUEBA DE BARTHEL: ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.	135
ANEXO No. 12: EXAMEN DE MINIMENTAL Y PRUEBA DE FOLSTEIN.	139
ANEXO No. 13: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	140
APÉNDICE No. 1: ACTIVIDADES TERAPEUTICAS DE MOTIVACION COGNITIVO SOCIAL.	143
APÉNDICE No. 2: ELABORACION DE UN RELOJ QUE MARQUE. LAS 11:10	144

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de la Enfermera Especialista, en pacientes con Demencia tipo Alzheimer, en el Hospital General en Celaya, Guanajuato.

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de Tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación-problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la variable intervenciones de enfermería especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer, a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en pacientes con Demencia tipo Alzheimer. Esto significa que el apoyo del Marco teórico ha sido invaluable para recabar la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable intervenciones de Enfermería en pacientes con Demencia tipo Alzheimer, así como también los indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. Forma

parte de este capítulo el tipo y diseño de la Tesina, así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizados, entre los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza esta Tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta Tesina se pueda contar de manera clara con las intervenciones de enfermería especializada de pacientes adultos mayores con Demencia tipo Alzheimer para proporcionar una atención de calidad a este tipo de pacientes.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

El 14 de Junio de 1894 se comenzaron a edificar las instalaciones propias del Hospital Municipal de Celaya, que fue inaugurado el 16 de septiembre de 1896. Con el nombre de General Porfirio Díaz. Posteriormente con el triunfo de la Revolución se le cambio el nombre al de Hospital Municipal, siendo el primer Director el Dr. Jesús Nieto.

Este hospital contaba con los servicios de Urgencias, Cirugía de mujeres, medicina interna, Maternidad, Sala de expulsión, departamento de sanidad, rayos X y Quirófano. En 1934, tomó la Dirección del Hospital el Dr. Raúl Barrón Merino. Y de 1954 a 1958, la religiosa Ma. Dolores Almada se encargó de la jefatura de enfermería.

Cada día crecía más el número de personas que demandaban los servicios del Hospital por lo que resultaban insuficientes sus instalaciones, por esta razón a finales de este periodo se inició la construcción de un nuevo Hospital. Con la cooperación del Gobierno del estado y de las autoridades municipales se terminó el edificio del Hospital, el cual fue inaugurado el 13 de Noviembre de 1961. Para entonces la jefatura de enfermería estaba a cargo de la religiosa Ma. Salome de la Serna.

De 1988 a 1994 asume la dirección el Dr. Gustavo Torres Ponce y en la jefatura de enfermería, la enfermera Silvia González Muro, de 1990 a

1995. Posteriormente, la Enfermera Ma. Teresa Rosa Rodríguez Flores de noviembre 1995 a diciembre 2001.

En el hospital se crearon nuevos servicios como: Urgencias, Unidad Docente Asistencial en Terapia de Hidratación y Saneamiento (UDHATOS). Clínicas de displasias, Consulta externa, (medicina general, especialidades, planificación familiar curaciones) Medicina Preventiva, Epidemiología, Pediatría Central de equipos y esterilización (C.E.Y.E.) Quirófano, Hospitalización hombres, (Traumatología, Medicina Interna, Cirugía), Ginecoobstetricia (Expulsión y puerperio) Alojamiento conjunto, Hospitalización mujeres, (Cirugía, Traumatología y Medicina Interna) además de R.X., Ultrasonido, laboratorio y Banco de sangre.

El departamento de enfermería estaba constituido por un total de 106 enfermeras, distribuidas de la siguiente manera: 1 jefe de enfermeras, 6 supervisoras, 4 jefes de piso, 1 Coordinadora de enseñanza, 8 Especialistas, 52 Enfermeras generales y 35 enfermeras auxiliares, existiendo de base y de contrato.

Debido a la gran demanda de los servicios del Hospital por parte de los usuarios, la institución fue insuficiente por lo que se vio la manera de construir otro Hospital. Así El 1º de Mayo de 1998 se comienza la construcción de las nuevas instalaciones. El 15 de febrero de 2002, se trasladan todos los servicios del antiguo Hospital al nuevo, y ese mismo día se realiza la primera cirugía. Desde 2005 a la fecha y gracias al seguro popular se fueron incorporando diferentes especialidades contando en la actualidad con las siguientes: Pediatría, Cirugía general, Urgencias,

Gineco-obstetricia, Medicina Interna, y Consulta externa en todas sus especialidades. Así el Hospital cuenta con un total de 126 camas censables y 74 no censables. Del 16 de marzo del 2006 a la fecha la Dirección del Hospital está a cargo del Dr. Gregorio Martín del Campo Aguirre.

Actualmente el Hospital General de Celaya tiene un total de 310 enfermeras basificadas, con bases federales y estatales, de las cuales 184 son Enfermeras generales, 64 Auxiliares de Enfermería, 27 enfermeras que han tomado un post-básico en diferentes especialidades: Quirúrgica, Cuidados Intensivos, Pediatría, Neonatología. y solo se cuenta con 4 enfermeras Especialistas: Una Quirúrgica, dos en Cuidados Intensivos y una en Geriatría.

El hospital General atiende con mucha frecuencia un gran porcentaje de pacientes adultos mayores los cuales son muy vulnerables y susceptibles a presentar con mayor gravedad cualquier patología, cuya recuperación es a veces prolongada y a veces infructuosa. La participación de enfermería en el tratamiento y recuperación de los pacientes es sumamente importante, ya que de ella depende no solamente la valoración y tratamiento sino también la supervivencia de muchos de estos pacientes.

Por ello, es sumamente importante contar con personal de Enfermería especializado en el cuidado del Anciano que coadyuve en el tratamiento de la Demencia tipo Alzheimer y también a la prevención de esta patología, para evitar riesgos innecesarios a los pacientes.

Por lo anterior, en esta tesina se podrán definir en forma clara cuál es la participación de la Enfermera Especialista en atención al Anciano para mejorar la atención de los pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La pregunta de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería especializada en pacientes con demencia tipo Alzheimer en el Hospital General de Celaya, Guanajuato?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones: En primer lugar se justifica porque la demencia es una enfermedad que afecta las funciones mentales superiores; en particular, la memoria, la capacidad de pensar correctamente, realizar cálculos por simples que estos sean, la escritura y lenguaje correcto o realizar actividades prácticas. La Demencia tipo Alzheimer es la demencia neurodegenerativa primaria más frecuente y la principal causa de demencia a nivel mundial, la cual representa más del 60% de los casos, siendo más frecuente en mujeres.

La característica neuropatológica de la Demencia es una atrofia cerebral difusa, con la consiguiente disminución del peso cerebral. Se manifiesta por una pérdida lenta y progresiva de la capacidad de pensamiento

abstracto, de la posibilidad de asimilar nuevos conocimientos y de la habilidad para expresarse con claridad. La causa se desconoce, pero se atribuye a factores que incrementan el riesgo de desarrollarla como cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, y escolaridad baja entre otras. Por ello en el aspecto preventivo es de suma importancia retardar la sintomatología de la enfermedad.

En segundo lugar, esta investigación documental se justifica porque se pretende valorar en ella la identificación y control de los factores de riesgo modificables para retrasar la Demencia tipo Alzheimer y por tanto contribuir a la prevención de la demencia.

La Enfermera Especialista en Enfermería del Anciano sabe que realizar ejercicio al anciano, el llevar una dieta balanceada rica en frutas, verduras, granos, antioxidantes, Vitaminas B6, B12, C y E tomar agua, evitar las grasas en exceso, evitar bebidas embriagantes, evitar utilizar drogas, disminuye la posibilidad de que se dañen las neuronas. De igual forma hay que promover una actividad intelectual en el anciano para hacer gimnasia al cerebro del paciente.

Por ello en esta Tesina es necesario sustentar las bases de lo que la Enfermera Especialista debe realizar, a fin de proporcionar medidas tendientes a disminuir la morbi-mortalidad por demencia tipo Alzheimer.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado Geriatria y Enfermería.

Se ubica en Geriatria porque la Demencia tipo Alzheimer es la causa más frecuente de demencia entre las personas mayores. Se denomina demencia tipo Alzheimer porque fue descrita en 1906 por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer. Es una enfermedad degenerativa y progresiva que afecta al cerebro, y conduce a una dificultad para recordar, pensar y razonar de manera organizada. Todo esto impide que el paciente pueda realizar sus actividades cotidianas.

Se ubica en Enfermería porque este personal, siendo Especialista en el Anciano, debe suministrar una atención de acuerdo a la etapa en la que se encuentre el avance de la enfermedad en el Anciano no solo controlando la ansiedad, ofreciendo la dieta, y los medicamentos del paciente. Entonces, la participación de Enfermería es vital, tanto en el aspecto preventivo, como curativo y de rehabilitación, para retardar el progreso de la enfermedad, y evitar la mortalidad en estos pacientes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer en el Hospital General en Celaya, Guanajuato.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermera Especialista del Anciano, en el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación en pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

- Proponer las diversas actividades que el personal de Enfermería especializado debe llevar a cabo de manera cotidiana en pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.

2.1.1 Conceptos básicos.

- De demencia.

La Demencia es un deterioro intelectual y de otras habilidades cognitivas, que conduce a una disminución de la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria (AVD).¹ Para Fred F. Ferri la Demencia es un síndrome caracterizado por la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas adquiridas previamente, como la memoria, el lenguaje, la introspección y el juicio.² Sin embargo para L. Mace la demencia es un síndrome orgánico cerebral, por senilidad, y endurecimiento de las arterias y síndrome cerebral crónico.³ Por el contrario para Vander Cammen dice que la Demencia es un término funcional, y no uno patológico, las causas son muchas pero la mayor parte de casos coinciden con enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso Central (SNC).⁴

¹ Carlos de Gispert. Nuevo manual de la enfermería. Ed. Océano 19^a ed. Barcelona, 1984, p. 945.

² Fred F. Ferri. Enfermedades y trastornos. Consultor clínico de medicina interna. Ed. Océano 5^a ed. Barcelona, 2007, p. 250.

³ Nancy Lucia Mace y Peter. Babins. Cuando el día tiene 36 horas. Ed. Pax 2^a ed. México, 1997, p. 5.

⁴ Tom Vander Commen. Manual Clínico de Geriatria. Ed. El Manual Moderno 3^a ed. México, 1994, p. 38.

- Demencia tipo Alzheimer.

Según Ferraras Rozman la demencia tipo Alzheimer es una entidad clínico patológica neurodegenerativa progresiva que causa la muerte de neuronas en determinadas zonas de la corteza cerebral. Fue descrita en 1906 por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer.⁵ Para F.J. Pardo, es una enfermedad demenciante, cuya base morfológica consiste, en primera instancia, en atrofia cerebral. Habitualmente afecta a pacientes entre 60 y 65 años (preseniles).⁶ José de Jesús Valencia lo define como un trastorno o enfermedad neuropsiquiátrica que se puede iniciar en el adulto de edad media (40 años) o en el adulto de edad avanzada. Afecta la materia cerebral y se caracteriza por una pérdida inexorable de la función de conocimiento así como por alteraciones en el comportamiento y en la esfera afectiva.⁷

2.1.2 Antecedentes históricos de la Demencia

- Alois Alzheimer.

Según Ramón Cacabelos fue en 1906 cuando Alois Alzheimer, un neurólogo alemán, empleando una nueva técnica Tinto Rial, identifica los ovillos neurofibrilares y los cambios histológicos más notables en la enfermedad que hoy lleva su nombre. En un meeting de psiquiatras

⁵ Peter Ferreras Rozman Medicina Interna. Ed. Harcourt Brace 13ª. ed. Madrid, 1995, p. 1486.

⁶ Fernando Pardo. Anatomía patológica. Ed. Mosby. Madrid, 1997, p.1252.

⁷ José de Jesús Valencia Rguez. los cuidados del anciano. Ed. Dina México, 1999, p. 113.

germánicos, celebrado los días 3 y 4 de noviembre de 1906, Alzheimer presento el caso de una paciente de 51 años con demencia por una enfermedad peculiar de la corteza cerebral. (Ver Anexo No. 1: Fotografía de Alois Alzheimer).⁸

- Auguste Deter.

El 13 de noviembre de 1906 se presentó el caso de Auguste Deter. De 51 años de edad, nacida el 16 de mayo de 1850, casada, con una hija sana. Este caso clínico permitió a Alois Alzheimer descubrir la enfermedad que lleva su nombre. La historia de esta mujer es la siguiente: A finales del siglo XIX, inicio Auguste Deter con problemas para dormir, se imaginaba cosas, sin razón alguna aunque poco después tuvo dificultad para recordar cosas. Dos meses más tarde comete errores al cocinar que cada vez eran mayores, paseaba de manera constante por el interior de su casa. Se preocupaba poco a poco de todo, arrastraba las sábanas y gritaba por horas a media noche, aseguraba que un hombre que iba a su casa tenía la intención de hacerle daño, pensaba que las conversaciones que tenían lugar en su entorno hacían siempre referencia a ella. (Ver Anexo No. 2: Auguste Deter).

- Historia clínica de Auguste Deter.

Auguste Deter fue evaluada por Alois Alzheimer en 1901, le realizó varias preguntas mismas que repitió después de la entrevista y ella no fue capaz

⁸ Ramón Cacabelos. Enfermedad de Alzheimer. Ed. Prodisa 3ª. ed. Barcelona, 1998, p.50.

de recordarlas, repetía su nombre, sin recordar su apellido y el de su marido. Se le pidió que escribiera su nombre y al no lograrlo solo repetía la frase de “me he perdido”. Tenía momentos de ansiedad y tenía miedo de estar muriendo. No sabía encontrar los objetos personales en el lugar donde los había dejado. Se comportaba hostil, gritaba frecuentemente y arremetía contra quien quería examinarla. Tocaba la cara de los otros enfermos y quería golpearlos. Era difícil entender lo que quería y fue necesario aislarla. (Ver Anexo No. 3: Pruebas de escritura de la paciente Auguste Deter).

- Sintomatología de Auguste Deter.

Auguste Deter inicio con trastornos de lenguaje caracterizado por fallas en la comprensión, pobreza de palabras y asintaxis. Al paso del tiempo se tornó completamente “demente”. Dejó de hablar (mutismo) y era totalmente dependiente. La última fase de su vida se caracterizó por pérdida del control de esfínteres vesical y anal. Aparecieron úlceras de decúbito, perdió mucho peso. Como evento final padeció un grave proceso febril que la condujo a la muerte el 8 de abril de 1906⁹

- Hallazgos en la autopsia del cerebro de Augusta Deter.

En la autopsia realizada por Sioli, el examen macroscópico mostraba atrofia generalizada y arteriosclerosis cerebral. Con la técnica de tinción de

⁹ Coral García. y Verónica Ramírez De Luciano Enfermedad de Alzheimer una panorámica desde su primera descripción, hacia una perspectiva molecular. Medicina interna. México. 2009 25 (4):300-12

plata, Alzheimer descubrió cambios característicos en las neurofibrillas constituyendo lo que se conoce como ovillos neurofibrilares presentes en un cuarto a un tercio de las neuronas examinadas en su paciente. Junto a los cambios neurofibrilares había una marcada pérdida neuronal, con abundantes depósitos de una sustancia peculiar amiloide en la corteza cerebral y células gliales. No había infiltración vascular aunque si aparecían lesiones endoteliales. (Ver Anexo No. 4: Marañas neurofibrilares).¹⁰

2.1.3 Etiología de la Demencia tipo Alzheimer.

Para Luz del Carmen Juárez García se basa en varias hipótesis: La neurotransmisora de la Acetilcolina, la de la muerte celular y la de la proteína anormal.

- Neurotransmisor Acetilcolina.

La hipótesis se basa en la observación de que un neurotransmisor. En particular, la Acetilcolina, que no se produce en cantidad suficiente en el cerebro de las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y así explica la pérdida neuronal selectiva de esas terminaciones¹¹

¹⁰ Gogle. com. Marañas neurofibrilares. En internet: Enfermedad de Alzheimer una panorámica desde su primera aparición en internet: www.nietoeditores.com.mx/download/med. México,2010, p.1 consultado el día 12 de Dic. del 2010.

¹¹ Luz del Carmen Juárez García. La enfermedad de Alzheimer. Ed. Trillas México, 1997, p. 13.

- Muerte neuronal.

Otra hipótesis más general, postula que la muerte neuronal depende, respectivamente, de genes faltantes, a cúmulos anormales de proteínas, agentes infecciosos, toxinas ambientales, o bien, de un aporte sanguíneo y metabolismo energético inadecuados.¹²

- Proteína anormal.

La hipótesis se asocia estrechamente a estructuras proteicas anormales. Sus signos patológicos principales son las neurofibrillas, que es la sustancia amiloide que invade el parénquima cerebral y los vasos sanguíneos. Así las placas seniles sustituyen las terminaciones nerviosas en degeneración.¹³ Todo parece indicar que esta alteración bioquímica, confirmada en múltiples ocasiones, es la clave más cercana que se posee para establecer la causa de la enfermedad de Alzheimer, se proporciona así una explicación al síntoma cardinal de la entidad: la pérdida de la memoria, ya que hay numerosas pruebas de que las terminaciones colinérgicas en el hipocampo son de importancia decisiva para la formación de la memoria. ¹⁴Merck Sharp y Donh mencionan los factores genéticos que intervienen en la Enfermedad de Alzheimer y afectan a la Apo lipoproteína E (apoE).

¹² Id.

¹³ Id.

¹⁴ Id.

- Apolipoproteína E (apoE).

La Apolipoproteína E es la fracción proteica de ciertas Lipoproteínas que transportan el colesterol en la sangre. Las personas que tienen la Apo E (2) parecen estar protegidas contra la enfermedad. Las que tienen la Apo E (3) no están protegidas y tampoco tienen más probabilidades de presentar la enfermedad y las que tienen la Apo E (4) presentan la enfermedad de Alzheimer con más frecuencia y a una edad más temprana.¹⁵ (Ver Anexo No. 5: diferencia entre un cerebro normal y uno con Enfermedad de Alzheimer). (Ver anexo No. 6 y 7: cambios cerebrales y anatómicos en la Enfermedad de Alzheimer).

Según María Antonia Delgado menciona varias teorías para explicar la etiología.

2.1.4 Teorías de la Demencia tipo Alzheimer

- Teoría Genética y del cromosoma 21.

La teoría genética considera que el 10% de los casos de Enfermedad de Alzheimer (EA). Es de origen hereditario, con una transmisión autosómica dominante. Dicha teoría se fundamenta en la existencia de familias con mayor número de enfermos. La lesión del cromosoma 21 dice que el gen de la EA. se localiza en el brazo largo del cromosoma 21, el síndrome de

¹⁵ Sharp. Merck y Dohmes. Nuevo Manual Merck. Ed. Océano, Barcelona, 2008, p. 585.

Down se origina por Trisomía de este cromosoma y con gran frecuencia los afectados de este síndrome desarrollan la enfermedad.

- Teoría infecciosa y neuroinmune y anticuerpos cerebrales.

La teoría infecciosa dice que algunas demencias degenerativas son causadas por partículas proteicas de carácter infeccioso denominadas priones. La teoría de los anticuerpos cerebrales dice que en esta enfermedad se producen anticuerpos cerebrales que pueden producir lesiones neuronales.

- Déficit inmunitario y alteración amiloidea.

La teoría del déficit inmunitario apunta que el Alzheimer se predispone a una infección viral y a otras alteraciones inmunológicas. La teoría de la alteración amiloidea aclara que es una característica presente en el 92% de los pacientes con EA.

- Teoría colinérgica y teoría toxica.

La teoría colinérgica liga los cambios en la actividad colinérgica en pacientes con EA. La pérdida de memoria y otras alteraciones cognitivas. La teoría toxica dice que en ocasiones se ha demostrado en la masa cerebral de estos pacientes un exceso de algunos metales pesados como

aluminio y silicio entre otros.¹⁶ (Ver Anexo No. 8: Factores de riesgo para la Demencia Alzheimer).

2.1.5 Epidemiología de la Demencia tipo Alzheimer.

- En U.S.A

Para Silvia García en la actualidad, la enfermedad de Alzheimer es la primera causa de demencia en el mundo. En Estados Unidos, en el año 2000, se calculaba que 4.5 millones de personas sufrían la enfermedad y se calcula que para el año 2050 habrá 13 millones.¹⁷ Peter Farreras Rozman dice que el 1 y el 6% de las personas mayores de 65 años padecen la enfermedad y esta prevalencia tiende a incrementarse con la edad, de un 5 a 10 % y el número de casos prevalentes se duplica cada intervalo etario de cinco años: 2% en la población de 65 a 69 años y 32 % o más en los mayores de 85 años. La incidencia de casos por año/1000 persona es de 1 entre las de 65 años, 10 entre las de 75 y 100 entre los de 85 años.¹⁸ Ramón Cacabelos comenta que en estudios recientes realizados en San Diego revela que la Enfermedad de Alzheimer podría afectar a 2,5 ó 3 millones de norteamericanos, y produce unas 120.000 muertes anuales.¹⁹

¹⁶ María Antonia Delgado Ojeda. Rehabilitación y fisioterapia en geriatría. Ed. Formación Alcala 2ª. ed. México, 2004, p. 221.

¹⁷ Coral García, y Verónica Ramírez De Luciano y Cols. Op. cit. p. 25 (4), 300-12.

¹⁸ Peter Farreras Rozman. Op. cit. p. 1499.

¹⁹ Ramón Cacabelos. Op. cit. p. 57.

- En España.

Según Ma. Victoria García López en España la enfermedad de Alzheimer tiene una prevalencia del 5% en las personas mayores de 65 años ascendiendo a un 20% entre los mayores de 80 años, lo que hace que en este momento unas 500.000 personas estén diagnosticadas.²⁰

- En México

En México unas 2.000.000 personas se ven afectadas en la actualidad, directa o indirectamente, por el mal de Alzheimer.²¹

- Prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer.

Para Ramón Cacabelos en el año 2005 había 24 millones de personas con demencia, en el año 2020 habrá 42 millones, y en el año 2040 habrá 81 millones. Los estudios epidemiológicos más importantes sobre prevalencia (porcentaje de población afectada en un momento dado) de la EA. se han realizado en el Norte de Europa, Escandinava, Japón y Norteamérica.²²

- Incidencia de la demencia tipo Alzheimer.

La enfermedad de AE. se coloca entre las 5 principales causas de mortalidad en la Unión Americana. Afecta aproximadamente a 4 000 00

²⁰ María Victoria García López y cols. Enfermería del Anciano. Ed. DAE. Madrid. p. 235.

²¹ Id.

²² Id.

adultos. El 10% de la población mayor de 65 años es víctima de esta enfermedad y el porcentaje varía de 10 a 70% en aquellas personas con 85 años de edad. Después de la aparición de los síntomas, el periodo de sobrevivencia para un paciente con Alzheimer oscila entre 3 y 20 años como máximo, y más de 50% de los ancianos confinados en casas de asistencia padecen la enfermedad o algún trastorno asociado. El costo anual de cuidado en estos institutos asciende de 24 a 36 mil dólares.²³

De igual forma un 70% de la atención brindada a los pacientes se ofrece en el hogar y el costo que ésta representa para una familia es de aproximadamente 18 mil dólares anuales. El financiamiento para el cuidado de la enfermedad, incluido costo del diagnóstico, tratamiento y casa de asistencia se estima en más de 80 mil millones de dólares al año. El gobierno federal y los estados cubren alrededor de 9 mil millones en Estados Unidos de América.²⁴

2.1.6 Fisiopatología de la Demencia tipo Alzheimer.

Para Halabel y Cols. describen que la enfermedad afecta la corteza cerebral y produce pérdida neuronal en las áreas frontal y parietal especialmente, así como atrofia cerebral con alargamiento y dilatación del sistema ventricular.

²³ Luz del Carmen Juárez García. Op. cit. p. 20

²⁴ Id.

- Depósitos neurofibrilares de Alzheimer.

Los depósitos neurofibrilares se aprecian al microscopio como depósitos intraneuronales de material filamentoso, que aparecen ser importantes en la muerte neuronal y las sinapsis. Estos depósitos se observan como filamentos apareados helicoidales muy distintos a las estructuras normales y son más abundantes conforme va existiendo mayor pérdida neuronal, en especial en el lóbulo temporal.

- Placas seniles o placas neuríticas.

Las placas seniles son depósitos esféricos irregulares que engloban material de fibras amioides, similares a las alteraciones intracelulares previas. Los depósitos amiloides a veces se encuentran en las meninges o en las arterias intracorticales y se han llamado angiopatía cerebral amiloide.²⁵ (Ver Anexo No. 9: Citoesqueleto).

- Degeneración cortical difusa.

Para Farreras Rozman explica que la degeneración cortical es responsable del deterioro de las funciones instrumentales del sistema nervioso y de las modificaciones de la personalidad. La afectación y desaferenciación del hipocampo y la degeneración de los núcleos colinérgicos basales explican la relevancia de los trastornos amnésicos.

²⁵ Joan Halab y Cols. El internista Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana 2ª. ed. México, 2003, p. 673.

- Degeneración de los sistemas de proyección noradrenérgicos y serotoninérgicos.

Los sistemas de proyección noradrenérgicos y serotoninérgicos son responsables de la aparición de alteraciones de la atención y de fenómenos depresivos.²⁶

- La hipótesis colinérgica de la Demencia Alzheimer.

Para Vander Commen. el daño al sistema colinérgico ascendente es una determinante importante de las pérdidas funcionales que se observan en la demencia Alzheimer. La Acetilcolina, es probable que sea el principal transmisor que interviene en la actividad de la enzima acetiltransferasa de colina (ATCo, la cual sintetiza acetilcolina) en la corteza cerebral de pacientes con demencia Alzheimer. Este déficit colinérgico, que determina la actividad de la ATCo, afecta en especial al hipocampo, amígdala y corteza temporal.²⁷ (Ver Anexo No. 10: Proteína Tubulina Tau).

2.1.7. Estadios de la Demencia tipo Alzheimer.

- Estadio I: Temprana

Duración entre 2 y 4 años. Presenta como principal característica una alteración de la memoria, sobre todo a corto plazo. Cambios en la

²⁶ Peter Farreras Rozman. Op. cit. p. 1500

²⁷ Tom Vander Cammen. Op. cit. p. 39.

personalidad y cambios bruscos de humor, alteraciones conductuales y alteraciones en la utilización del lenguaje, pero el paciente todavía es capaz de desarrollar una vida normal. El paciente puede percatarse de su enfermedad y presentar cuadros de ansiedad y depresión.

En el estadio I el enfermo sufre olvidos, está sujeto a bruscos cambios de humor y puede tener problemas en la utilización del lenguaje, pero todavía es capaz de desarrollar su actividad cotidiana habitual. Sin embargo para Mary Carroll esta etapa es muy insidiosa. Hay pérdida de memoria progresiva, deterioro de la memoria a corto plazo e incapacidad progresiva para hacer cálculos aritméticos sencillos.²⁸

- Estadio II: Intermedia

El estadio II con duración entre 3 y 5 años. Peter Farreras Rozman dice que hay una notable alteración de la memoria reciente, el lenguaje se empobrece y la comunicación con los demás se ve progresivamente reducida, el comportamiento está sometido a reacciones desmesuradas, el paciente tiene dificultades en la manipulación de los objetos y ya no es capaz de enfrentarse solo a la vida diaria.²⁹ Mientras que para Mary Carroll las manifestaciones en este segundo estadio es la falta de memoria cada vez más pronunciada. La persona no se acuerda de hacer las tareas habituales e incluso puede llegar a olvidar que tiene que asearse. El habla se hace progresivamente más lenta y desprovista de nombres, desorientación en el tiempo, entre el día o la noche, sospecha de las

²⁸ Mary Carroll y Jane Brue. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Ed. Doyma 2ª. ed. Madrid, 1989, p. 104.

²⁹ Peter Farreras Rozman. Op. cit. p. 1501.

personas que le rodean y con frecuencia se quejan de abuso y negligencia, la persona puede mantenerse en este estadio varios años o puede progresar rápidamente.³⁰ Al progresivo deterioro intelectual se le añade el agravamiento de la alteración de memoria reciente y el comienzo de la alteración de la retrograda, las funciones corticales superiores se deterioran. El lenguaje se empobrece y es menos fluido, con circunloquios, parafasias y anomias (dificultad para evocar nombres). Se deteriora la capacidad de juicio y de pensamiento abstracto, comienzan a perder independencia para las actividades de la vida diaria.

- Estadio III: Severa.

En el estadio III. La paciente puede conservar la memoria emocional, pero su humor es imprevisible y se limita a balbucear palabras sin comprender lo que se le dice, pierde el control de los esfínteres, le cuesta tragar y su actividad cotidiana habitual desaparece completamente. La muerte sobreviene, por lo general como consecuencia de las complicaciones (neumonía por aspiración) a los 4 – 10 años del inicio. Para Mary Carroll la persona desarrolla afasia, agnosia (incapacidad de relacionar o atribuir un significado a las impresiones sensoriales), y apraxia (incapacidad para llevar a cabo un movimiento determinado). El signo del espejo, incapacidad para reconocerse a uno mismo en un espejo, es bastante frecuente y también puede no reconocer a sus familiares o a llegados. Hay reacciones catastróficas, evidencias de comportamientos incontrolados mediante

³⁰ Mary Carroll y Jane Brue. Op. cit. p. 104.

golpes o utilización de un lenguaje inapropiado, se manifiesta un gran apetito y, sin embargo, se pierde peso.³¹

Se agudizan los signos neurológicos, mayor rigidez, espasticidad e hiperreflexia, aparecen reflejos primitivos como el de succión o presión y estero tipias gestuales, pueden conservar la memoria emocional pero no distinguen a las personas allegadas ni a su imagen en el espejo. Su humor es imprevisible, la desorientación espacio-temporal es importante. El lenguaje se reduce a frases estereotipadas. Aparece la agnosia visual.

Las caídas y fracturas son frecuentes, debido a trastornos de la marcha, siendo característica la marcha con pasos cortos arrastrando los pies, la pérdida neuronal de las zonas motoras subcorticales origina un control motor muy inestable. El final de esta etapa es el encamamiento, totalmente dependientes de la ayuda exterior, sin control de esfínteres, siendo característica la adopción de la postura fetal, en flexión. El enfermo entra en un estado vegetativo y la muerte sobreviene a los 5 a 10 años del inicio de la enfermedad.

- Estadio IV: Final

En el estadio IV el deterioro aún es más pronunciado. La persona se vuelve incontinente, tiene una marcada pérdida de peso y tiene poca o ninguna respuesta a estímulos. Experimenta alucinaciones visuales y ataques.³²

³¹ Ibíd. p. 107.

³² Id

2.1.8. Sintomatología progresiva.

Para Harrison los cambios cognitivos en la Demencia Alzheimer. El cuadro inicial incluye manifestaciones que no caen dentro de la memoria, como sería seleccionar vocablos, dificultades de organización o para usar redes electrónicas.

La amnesia comienza y afecta a las actividades diarias en relación con lo normal en las pruebas estandarizadas de memoria y se define a la enfermedad como deficiencia cognitiva leve. Lentamente los problemas cognitivos comienzan a interferir en las ABVD como tener control perfectamente preciso de las finanzas, cumplir instrucciones en el trabajo, conducir vehículos de motor, ir de compras y hacer tareas domésticas. (Ver Anexo No. 11: Prueba de Barthel, Actividades Básicas de la vida diaria).

El idioma sufre alteraciones, en primer lugar el nombre de las cosas, después la comprensión y por último la fluidez verbal. La afasia es un signo temprano notable. Las dificultades para seleccionar vocablos y las circunlocuciones pudieran constituir un problema incluso si estudios formales demuestran que la asignación de nombres y aspectos fluidos están intactos.

La apraxia emerge y la persona tiene dificultad para realizar tareas motoras seriadas. El déficit visuoespaciales comienza a interferir en la colocación de ropas personales, comer, resolver acertijos simples y copiar figuras

geométricas. La persona quizá no pueda realizar cálculos sencillos o incluso dar la hora.

En las etapas tardías algunas personas caminan pero vagan sin rumbo fijo. Se advierte pérdida de juicio, de la capacidad de razonamiento y cognitiva. Son frecuentes los delirios organizados, de tipo sencillo, que abarcan los de robo, infidelidad o identificación errónea. El 10% de los individuos terminan por mostrar el síndrome de Capgras y creen que su cuidador ha sido cambiado por un impostor.

En la etapa final la persona se torna rígida, muda incontinente e invalida en la cama. Puede necesitar auxilio incluso en tareas muy sencillas como comer, vestirse y la limpieza de sus esfínteres después de defecar y orinar. Puede mostrar hiperactividad de reflejos tendinosos.

La sintomatología de la Demencia tipo Alzheimer explica: el deterioro mental, sobre todo de la memoria reciente, ligeros cambios de la personalidad tales como abandono y apatía, deterioro intelectual, con déficit de la atención y dificultades para la concentración, la resolución de problemas o el aprendizaje y desorientación.

También el enfermo experimenta trastornos del lenguaje, que comprometen tanto la elaboración como la comprensión del mismo, deterioro de los hábitos sociales, deterioro de la capacidad de razonamiento (pérdida del juicio) y deterioro físico, que acompaña al intelectual. Gradualmente se produce una incapacidad para comer,

aparecen problemas motores (son habituales las caídas) y una imposibilidad para mantener una higiene corporal adecuada.

Desde luego hay también trastornos neurológicos (alteraciones del tono muscular, pérdida del control de esfínteres) imposibilitan la autosuficiencia, y la persona afectada requiere ayuda para cubrir todas sus necesidades.³³

- Los primeros síntomas.

El primer síntoma es el olvido de sucesos recientes aunque a veces, la enfermedad empieza con depresión, temor, ansiedad y disminución de las emociones u otras variaciones de la personalidad. En las primeras fases, el juicio y el pensamiento abstracto pueden estar afectados. Las personas pueden utilizar palabras más simples o de manera incorrecta, o tener dificultad para encontrar la palabra apropiada. La conducción de automóviles se dificulta debido a la incapacidad para interpretar las señales visuales.

Pueden relacionarse socialmente, o se comportan en forma inhabitual, por ejemplo, olvidan el nombre de alguien que recientemente los visito o sus emociones cambian de forma impredecible y rápida. A veces se pierden de camino a las tiendas.

³³ Carlos de Gispert. Op. cit. p. 329.

- En etapas avanzadas

En etapas avanzadas de la enfermedad el enfermo tiene dificultad para recordar los acontecimientos del pasado, necesitan ayuda para comer, vestirse, lavarse o ir al baño, vagan sin rumbo, muestran irritabilidad y hostilidad e incluso agresión física. También pierden el sentido del tiempo y del espacio, de manera que pueden perderse incluso yendo al baño de su propia casa, y por el estado de confusión que sufren, estos pacientes tienen mayor riesgo de caerse.

En etapas avanzadas la persona no puede caminar, ni cuidar de sí misma. La incontinencia y la incapacidad para comer, hablar o tragarlos ponen en peligro de desnutrición, neumonía y úlceras por presión. Finalmente el coma y la muerte sobrevienen, a menudo como consecuencia de alguna infección.

- La supervivencia.

La supervivencia probable desde el momento en que se hace el diagnóstico oscila entre los 2 y los 10 años, pero por lo general es de 3 a 5 años. En promedio los enfermos que no pueden caminar no viven más de seis meses.

- Manifestaciones

a).- Memoria o amnesia.

La pérdida de la memoria es el primer síntoma, los pacientes pierden objetos, repiten preguntas, olvidan nombres y citas entre otras cosas, se

dan tanto para la información verbal como para la no verbal, y predominan los olvidos de recuerdos recientes. La memoria para hechos remotos esta mejor conservada, aunque también comienza a alterarse conforme avanza la enfermedad.

De hecho la memoria a corto plazo es aquella memoria de capacidad y duración limitada que mantiene información solo durante el tiempo suficiente para utilizarla (ejemplo leer un número de teléfono, para luego marcarlo), está mejor conservada y la memoria de procedimientos motrices sobre aprendidos se mantienen hasta muy avanzada la enfermedad.

b).- Lenguaje o afasia.

Conforme progresa la enfermedad, los problemas de lenguaje no relacionados con los aspectos motrices del habla van cambiando. Se produce la Afasia Anomica que significa que los pacientes no encuentran las palabras para nombrar objetos, entre otras cosas, a pesar de conservar el conocimiento sobre los mismos. Utilizan palabras vagas (este, eso, esa cosa) o describen los objetos en lugar de nombrarlos, a manera de compensación.

También existe la Afasia tras cortical que significa problemas de comprensión agregados a la Anomia además de alteraciones en la semántica y gramática, la sintaxis del lenguaje expresivo comienza a simplificarse. La escritura está más afectada que la lectura pero la repetición está bien conservada. Posteriormente aparece la Afasia global que implica la descomposición total del lenguaje oral y escrito. Los

pacientes tienen problemas incluso para comprender las frases más elementales y la expresión oral pierde verse reducida a la producción de sonidos sin sentido o la repetición de ciertas palabras el desenlace final es el mutismo.

c).- Capacidades gestuales o apraxias.

En la enfermedad de Alzheimer se presenta la Apraxia que es la imposibilidad para llevar a cabo tareas motoras adaptadas a una meta específica o a la manipulación de objetos a pesar de una buena función sensori – motriz. También se presenta la Apraxia ideo motriz se convierte en problemas para llevar a cabo gestos encaminados hacia una actividad aunque pueden reconocer el mismo como consecuencia de una pérdida de la representación motriz del gesto.

De igual forma se da la Apraxia ideatoria que es la forma tardía se pierde la concepción misma del gesto de utilización de un objeto dado, estos problemas llevan a la larga a comprometer seriamente la independencia del sujeto. Finalmente también existe la Apraxia Visuconstructiva, que se da con la evidencia ante la incapacidad para copiar dibujos.

d).- Otros problemas.

El paciente con Alzheimer tiene además problemas Visuoespaciales. Se implican las dificultades con la percepción y manipulación mental de la información espacial, favorece la desorientación en el espacio que relacionada con los problemas de memoria, lleva a que los pacientes

puedan perderse en lugares poco familiares, en etapas avanzadas incluso en espacios bien conocidos como su vivienda. La copia de dibujos se vuelve deficitaria y la escritura puede verse afectada. (Ver Anexo No. 10: pruebas de escritura de la paciente Auguste D).

Las Agnosias también se presentan en forma tardía. En algunos pacientes se manifiestan como la falla para reconocer o identificar objetos, imágenes y rostros, a pesar de una buena función sensorial. Las funciones ejecutivas también están alteradas al inicio son alteraciones muy sutiles, pero se vuelven más evidentes conforme avanza la enfermedad y se manifiestan por alteraciones en razonamiento, abstracción, planeación, organización, secuenciación, monitorización de acciones complejas dirigidas hacia una meta específica, y alteraciones del juicio.

2.1.9. Diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer.

- Criterios diagnósticos.

Para la enfermedad de Alzheimer según López Ibor J.J. existen los siguientes criterios diagnósticos: la presencia de un cuadro demencial, el comienzo insidioso y deterioro lento. Y la ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral o sistémica capaz de dar lugar a una demencia por ejemplo: Hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B₁₂. También se considera la ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales (hemiparesia, déficits

sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos).³⁴

- Historia clínica.

Para Farreras Rozman menciona que la historia clínica se inicia Interrogando al enfermo y a la persona que vive con él y le conoce bien, se realiza minuciosamente una exploración general y neurológica. Y un examen breve del estado mental. (Mini mental. MMSE). Si la puntuación es de 24 o inferior (sobre un máximo de 30) procederá llevar a una evaluación neuropsicológica más profunda.³⁵ (Ver Anexo No. 12: Examen de mini mental, prueba de Folstein).

- Déficit Cognoscitivo.

El déficit cognoscitivo es otro criterio diagnóstico donde se muestra el deterioro de la memoria (deterioro de la incapacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente). Una de las siguientes alteraciones cognoscitivas. Aquí existe la Afasia que es la alteración del lenguaje, la Apraxia que es el deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la función motora está intacta. La agnosia que es el fallo en el reconocimiento o identificación

³⁴ José.Juan.López Ibor Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor 2ª. ed. Madrid, 1992, p. 69.

³⁵ Peter Farreras Rozman. Op. cit. p. 1488

de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta. Y la alteración de la ejecución (planificación, organización secuenciación y abstracción).³⁶ Fred F. Ferri reporta que no se dispone de pruebas radiológicas o de laboratorios definitiva para establecer el diagnóstico con demencia.

- La Anamnesis y la exploración física.

En la Anamnesia hay pérdida de memoria y una o más capacidades cognitivas adicionales como: Afasia (alteraciones del lenguaje), Apraxia (alteraciones de la capacidad de realizar tareas motoras a pesar de conservar la función motora intacta). Agnosia. (Incapacidad de reconocer o identificar objetos a pesar de la función sensitiva intacta). Y Alteraciones en la capacidad de ejecución (planificar, organizar, secuencia, pensamiento abstracto).

Además se encuentran alteraciones en la función social o profesional que representan un deterioro del nivel previo y que se traducen en una discapacidad importante. También hay deficiencias no se traducen exclusivamente en el curso de un delirium, inicio insidioso y progresión gradual de los síntomas. Y la pérdida cognitiva se demuestra con estudios neuropsicológicos.

- Pruebas del estado mental. Mini mental.

Las pruebas de estado mental se puede realizar con facilidad y rapidez en la consulta, las pruebas breves sobre el estado mental, son Mini mental

³⁶ Tom Sainz Ruíz. Manual de psicogeriatría clínica. Ed. Masson 19ª. ed. México, 2000, p.183.

(MMSE) que tiene valores entre 0 y 30 y los valores más bajos indican peores rendimientos. Una puntuación menor de 24 sugiere una demencia.

- Pruebas de funciones cognitivas

Existen según Fred Ferri otras pruebas como la orientación en donde se le pide al paciente que diga el día, la fecha, el mes, el año y el lugar y que diga cómo se llama el presidente actual. La prueba del recuerdo Verbal en donde se le pide al paciente que se aprenda cuatro objetos y luego que los repita al minuto y los 5 minutos.

También existe la prueba del idioma, en donde se le pide al paciente que escriba y luego lea una frase, pedir al paciente que repita nombres de objetos más y menos frecuentes. Y la prueba del Espacio – Visual. En donde se le pide al paciente que dibuje un reloj y coloque las manecillas a las 11 y 10.³⁷ (Ver Apéndice No. 1: Elaboración de un reloj que marque las 11:10).

- Diagnóstico probable.

El diagnóstico de demencia debe ser corroborado por la exploración física, el inicio de los síntomas entre los 40 y 90 años, afectación de dos funciones cognitivas o más, deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (usualmente 3 meses o más), ausencia de alteraciones del nivel de conciencia. Y ausencia de evidencia de otras causas de demencia.

³⁷ Fred F. Ferri. Op. cit. p. 251.

- Diagnóstico definitivo.

El diagnóstico definitivo se confirma Neuropatológicamente, si se cumplen los criterios clínicos de enfermedad probable, y si hay evidencia neuropatológica (biopsia o autopsia) de la enfermedad.³⁸

2.1.10 Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer.

- Ensayo terapéutico

Peter Ferraras dice que en el tratamiento los múltiples ensayos terapéuticos (fármacos colinérgicos, L-DOPA, vasodilatadores o vitaminas) no han brindado resultados suficientemente concluyentes para recomendar su uso en la práctica clínica diaria.

- Farmacológico.

Los Inhibidores de la acetilcolinesterasa, y los antagonistas de los receptores N- metil – D – aspar tato, son fármacos que han demostrado su utilidad en el tratamiento sintomático del Alzheimer. Ambos grupos de fármacos han demostrado una eficacia modesta, pero significativa al reducir la velocidad e intensidad del deterioro cognoscitivo y la aparición de síntomas psico – comporta mental o su intensidad, además su uso retrasa el momento en que el paciente sea asilado y reduce la sobrecarga del cuidador. Su efecto se pierde ante la suspensión de los fármacos. (Ver Anexo No. 14: Tratamiento Farmacológico).

³⁸ Peter Farreras Rozman. Op. cit. p.1460.

La Vitamina E. ha sido utilizada desde hace tiempo en el manejo de la demencia Alzheimer a pesar de que a la fecha solo un estudio, llevado a cabo en 1997 y con muchos bemoles metodológicos, sugería que esta podía retardar el deterioro de los pacientes con Alzheimer.

El Ginkgo Biloba es difícil sustentarse ante resultados encontrados de diversas publicaciones científicas por lo que no hay información suficiente para poder recomendar su uso. No existe ningún tratamiento curativo o que permite revertir las lesiones cerebrales.³⁹

- Medidas del entorno.

Para apoyar al paciente se debe crear un entorno que de apoyo a la persona puede ser de gran utilidad. Las personas con una forma leve o intermedia de demencia suelen funcionar mejor en un ambiente familiar y casi siempre pueden permanecer en casa. El Ejercicio físico es particularmente importante porque contribuye a prevenir comportamientos anormales, como la agitación y el vagar sin rumbo. Las actividades mentales entre las que se incluyen las aficiones, el interés por los acontecimientos de la actualidad y la lectura, se toman en cuenta ya que hay que evitar el estímulo excesivo, pero sin que las personas queden aisladas socialmente. Así, cuando las actividades diarias se simplifican, las

³⁹ Carlos d'Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Geriatría. Ed. Manual Moderno 2ª. ed. México, 2009, p.395.

expectativas son realistas y las personas con demencia consiguen mantener un sentimiento.⁴⁰

- Terapia ocupacional

La terapia ocupacional puede ser útil para potenciar y prolongar la autosuficiencia del enfermo en los estados iniciales de demencia. (Ver Apéndice No. 2: Actividades terapéuticas de motivación cognitiva).

2.1.11 Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

- En la prevención:

- Modificar los hábitos en la calidad de vida.

Los hábitos son aquellos que encaminan la existencia personal a la consecución de objetivos que mejoran la calidad de vida. Por ello los hábitos deben determinarse en función de la satisfacción que generan a quien los posea, entre los que se incluyen el estado físico y capacidad funcional, el estado psicológico y sentido del bienestar, las interacciones sociales y los factores económicos. También se incluyen los factores

⁴⁰ Sharp. Merck y Dohmes. Op. cit. p. 594.

éticos o de valor, por ejemplo el hábito de estar informado, de educarse, de hacer ejercicio, y de mantener la higiene.⁴¹

- Aumentar la escolaridad del paciente.

Un nivel educativo bajo se relaciona con un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer. Esto se debe a que una alta escolaridad o desempeño laboral de alta demanda intelectual incrementa la reserva cognitiva, ya sea por un aumento en las conexiones sinápticas o por un mayor desarrollo de estrategias cognitivas, lo que les permite compensar la presencia de alteraciones cognoscitivas incipientes.⁴²

- Controlar la Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus es un trastorno en el que las concentraciones de azúcar (glucosa) en la sangre son excesivamente altas porque el organismo no secreta suficiente insulina. Estos criterios de azúcar se pueden controlar mediante las siguientes medidas preventivas; Hacer ejercicio regularmente para controlar el peso y mantener los niveles de azúcar sanguíneo dentro de los rangos normales, y consumir una dieta sana y equilibrada. También hay que evitar la obesidad, controlar el peso de manera esporádica e intentar mantener un peso corporal ideal, y

⁴¹ Gogle.com. Hábitos de vida. En internet <http://www.Definicionabc.com/general/habito.php>. México, 2010. P.3 Consultado el día 14 de Dic. del 2010.

⁴² Carlos d'Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Op.cit. p.392.

controlar los niveles de azúcar en la sangre mediante la vigilancia y educación.⁴³

- Evitar la dislipidemia.

La dislipidemia se caracteriza fundamentalmente por el aumento de los triglicéridos, disminución del colesterol HDL (alta densidad) y la preponderancia de las LDL (baja densidad). Tanto el colesterol como los triglicéridos son grasas (lípidos) importantes de la sangre. De hecho el colesterol es un componente esencial de la membrana celular, en especial de las células cerebrales y nerviosas y de la bilis que ayuda al organismo en la absorción de grasas y vitaminas liposolubles. El organismo utiliza el colesterol para sintetizar la vitamina D y varias hormonas, como los estrógenos, la testosterona y el cortisol. El tratamiento consiste en perder peso, (si tiene sobrepeso) dejar de fumar, si son fumadores, reducir la cantidad de grasa y colesterol en su dieta, hacer más ejercicio, y tomar los fármacos que reduzcan los niveles de lípidos.⁴⁴

- Suplementar el déficit de las vitaminas.

La Vitamina B12 (coba lamina) es importante para la maduración de los glóbulos rojos y la síntesis del ADN (ácido desoxirribonucleico), material genético de las células. Es necesaria para una función normal de los nervios. La vitamina se almacena en cantidad sustancial, principalmente en el hígado. Los depósitos de esta vitamina en el organismo duran entre 3

⁴³ Sharp Merck y Dohmes. Op.cit. p.115.

⁴⁴ Id.

y 5 años antes de agotarse. La deficiencia avanzada de la Vit. B12. Puede causar delirio y paranoia, puede afectar también a la función mental, hasta la demencia.

El Acido fólico (folato) conjugado con la vitamina B12, es necesario para la formación de glóbulos rojos normales y las síntesis del AD, material genético de las células. La deficiencia ocasiona cansancio, irritabilidad, mareo, y palidez. El organismo solo almacena pequeñas cantidades de ácido fólico, y una dieta que no lo contenga, ocasiona su deficiencia en pocos meses. El ácido fólico se encuentra en las verduras, cítricos.

La Niacina, Es esencial para el metabolismo de carbohidratos, grasas y muchas otras sustancias en el organismo. (Nicotina mida, o ácido nicotínico). En etapas avanzadas se manifiesta como cansancio, insomnio y apatía. Habitualmente sigue una disfunción cerebral (encefalopatía) que se caracteriza por confusión, desorientación, alucinaciones y pérdida de la memoria. La Tiamina, (B1) es esencial en el metabolismo de los carbohidratos (para producir energía) y para el normal funcionamiento de los nervios y del corazón. La falta de Tiamina se manifiesta por cansancio, irritabilidad, perdida de la memoria y el apetito, trastornos del sueño, malestar abdominal y pérdida de peso.

La Vitamina E, es un antioxidante, por tanto protege las células contra las lesiones producidas por los radicales libres, los cuales son producto de la actividad celular normal. Se encuentran de preferencia en frutas y verduras la variedad de las mismas y el completar cuando menos cinco

raciones de ellas favorecen que no se tenga la deficiencia. La dosis recomendada es de 30 UI.⁴⁵

- Eliminar el tabaquismo y las bebidas alcohólicas en el paciente.

El tabaquismo es uno de los mayores riesgos de morbimortalidad y mortalidad en la vejez. Se relaciona de manera directa con las enfermedades cardiovasculares y eventos vasculares cerebrales entre muchas otras. Cuando la persona fuma, los componentes del tabaco al quemarse son inhalados y pasan con rapidez al organismo, se difunden a través del torrente sanguíneo y llegan a órganos como el cerebro, corazón y vasos sanguíneos en donde actúan en forma inmediata.

El alcoholismo es un trastorno por consumo extremo del alcohol. Está caracterizado por beber excesivamente. La absorción del alcohol, inicia cuando entra la bebida al organismo por la boca, pasa por el esófago y llega al estómago donde es diluido con los jugos gástricos, pasa a los intestinos y es mezclado con la corriente sanguínea. Llega al SNC, incluido el cerebro a través de la sangre. La velocidad con que el alcohol pasa del estómago a los intestinos y mezclarse con la corriente sanguínea y producir sus efectos está determinada por el tipo de bebida y cantidad de alcohol que esta contenga.

⁴⁵ Id.

La ingestión prolongada de excesiva cantidad de alcohol ocasiona daños neurológicos como son: Confusión, coordinación deficiente, pérdida de memoria a corto plazo (pérdida de memoria para acontecimientos recientes), psicosis y pérdida de contacto con la realidad.⁴⁶

- Disminuir la polifarmacia.

Según la OMS la polifarmacia es el uso concomitante de tres o más medicamentos, aunque en otras investigaciones se consideran de 5 o más, lo que trae consecuencias adversas. Mención especial merece algunas de las manifestaciones del envejecimiento se confunden con patología y terminan atrayendo prescripciones que a veces son innecesarias. Dentro de estas manifestaciones se encuentra la fatiga, inestabilidad de la marcha, el mareo, la confusión, el nerviosismo y el insomnio. Por ello se recomienda suspender todo fármaco que no sea del todo necesario y reducir la dosis de los fármacos esenciales a la mínima dosis útil.⁴⁷

- Aplicar el examen mínimo del estado mental (MMSE).

El Examen mínimo del estado mental se aplica cuando el paciente presenta algún tipo de deterioro cognoscitivo que amerite un estudio

⁴⁶ Gogle.com.Alcoholismo En internet [http://hym1.rincondel vago.com-efectos-del-alcohol-etilico-sobre-el organismo. Html México, 2010. p.3](http://hym1.rincondelvago.com-efectos-del-alcohol-etilico-sobre-el-organismo.html) Consultado el día 14 de Dic. del 2010.

⁴⁷ Carlos d´Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Op cit. p. 643.

diagnóstico más completo. El objetivo de su aplicación es establecer una cuantificación de las capacidades cognoscitivas y de esta manera, detectar los problemas funcionales posibles. Consta de 11 ítems referentes a los siguientes puntos: orientación, lenguaje, y capacidad visuconstructiva. Su cumplimiento requiere de alrededor de 10 minutos y se obtiene una puntuación máxima de 30 puntos, con un punto de corte de 24 puntos, mediante el que alcanza una sensibilidad para la detección de demencia superior al 80 % y una especificidad elevada. (Ver Anexo No. 10: examen de mini mental – prueba de Folstein).⁴⁸

- Llevar una dieta equilibrada.

La buena alimentación es la que cubre las necesidades calórico – proteica, que contiene una adecuada cantidad de vitaminas, minerales, fibra y agua acordes a cada persona, donde las actividades físicas y mentales desempeñan una función importante para determinar la cantidad de cada uno de estos componentes.⁴⁹

- Evitar los traumatismos craneoencefálicos.

Algunos estudios sugieren de manera inconstante que la historia de un traumatismo craneal significativo, por lo común reflejado por la pérdida de alerta relacionada, es un factor de riesgo para la EA, ya que al parecer

⁴⁸ Id.

⁴⁹ Id.

favorece el depósito de B-amiloidea en las áreas corticales expuestas a dicho traumatismo.⁵⁰

- Vigilar adecuadamente los factores de riesgo vasculares.

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, y la hipercolesterolemia son factores que incrementan el riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer, independientemente de la posibilidad de presentar o no eventos vasculares cerebrales.⁵¹

- Realizar ejercicio físico.

El ejercicio físico es una actividad que se realiza en forma repetitiva para desarrollar o mantener la forma física, la aptitud física es la capacidad de mantenerse activo. Ejercitarse con regularidad es una de las mejores cosas que se pueden hacer para prevenir la enfermedad y preservar la salud. El ejercicio practicado con regularidad fortalece el corazón y los pulmones, por lo que el sistema cardiovascular puede suministrar más oxígeno al cuerpo con cada latido y al mismo tiempo, aumentar la cantidad máxima de oxígeno que el cuerpo puede aceptar y utilizar. El ejercicio reduce la presión arterial y disminuye los niveles totales de colesterol con lipoproteínas de baja densidad (LDL), es decir el colesterol malo, lo cual reduce a su vez, el riesgo de un ataque cardiaco, de un accidente cerebro

⁵⁰ Id.

⁵¹ Id.

vascular y de una cardiopatía coronaria, en algunas enfermedades se disminuirá la probabilidad de presentarse como es el caso de la diabetes.⁵²

- En la atención:

- Establecer las rutinas en forma cotidiana y normal.

Se entiende por rutina el realizar las actividades de la vida diaria en una forma ordenada y precisa estableciendo horarios, espacios y personas con las que se realizan estas actividades como son: el baño y aseo personal, alimentación, vestido, suministro de medicamentos y otros. La rutina puede representar seguridad para la persona con la enfermedad de Alzheimer, porque puede contribuir a mantener e incluso mejorar las habilidades del enfermo de Alzheimer, dándole mayor seguridad y autonomía. También ayuda a que el cuidador sistematice sus tareas diarias, permitiéndole tiempos libres para su autocuidado.⁵³

- Mantener la independencia de la persona.

La dependencia del enfermo le permitirá mantener su autoestima y disminuir la carga que el cuidador deberá soportar. En la medida de lo posible, tratar a la persona de la misma manera que lo hacía antes de la

⁵² Sharp Merck y Dohmes. Op. cit. p. 35.

⁵³ Heidi Cueto. Op. cit. p. 11.

enfermedad. Es necesario que esta conserve su independencia y autoestima el mayor tiempo posible.⁵⁴

- Ayudar a mantener la dignidad de la persona.

Los enfermos de Alzheimer son personas con sentimientos y derechos. Su enfermedad los limita para comunicarse y por lo tanto, para relacionarse con su entorno. Sin embargo, escuchan, sienten y pueden tener momentos de lucidez. Lo que la familia o el cuidador le diga y hagan, los puede alterar. Hay que evitar discutir con la persona independientemente del grado de avance de la enfermedad. Es importante respetarlos y brindarles los satisfactorios necesarios en cantidad, calidad y calidez, que le permitan mantener su calidad de vida.⁵⁵

- Evitar las discusiones y simplificar las tareas del paciente.

El enfermo de Alzheimer tiene problemas para entender el significado de lo que se le dice, sin embargo es muy sensible por lo que aun cuando no entiende, ni se hace entender, es necesario mantener un ambiente tranquilo que lo altere. No hay que discutir con el enfermo ya que esto solo causará confusión y tensión, conviene decidir la importancia de cada asunto y pasarlo por alto, podrá evitar mucha frustración para ambos. Cualquier tipo de conflicto causara estrés innecesario en el cuidador y el

⁵⁴ Id.

⁵⁵ Id.

enfermo, hay que evitar llamarle la atención por algún fracaso y mantener la calma ya que el enojo empeora la situación.

Ante preguntas o explicaciones sin sentido, se debe evitar la discusión, aunque de seguro existirá enojo de una o ambas partes. Es mejor cambiar de tema o seguirle la corriente, pero sin añadir elementos que pudieran confundirlo más, hay que recordar que lo que sucede es producto de la enfermedad y no culpa del enfermo. También es muy necesario tratar de simplificar las cosas para un enfermo con enfermedad de Alzheimer, dado que no se recomienda ofrecer muchas posibilidades para elegir.⁵⁶

- Mantener la seguridad del enfermo.

La pérdida de la coordinación física y de la memoria aumentan las posibilidades de lesionarse. Por tal razón, debe mantenerse el medio ambiente lo más seguro posible. Por ejemplo, poner llaves de seguridad en la estufa, llave en la puerta de la cocina, pasamanos y rejillas en las escaleras.⁵⁷

- Aprovechar las habilidades de la persona.

Algunas actividades planeadas pueden elevar el sentido de dignidad y autoestima de la persona dándole un propósito y un significado a la vida. Una persona que ha sido ama de casa, jardinero, comerciante o ejecutivo puede sentirse mejor si unas habilidades están relacionadas con estas tareas. Por tanto hay que recordar que la enfermedad de Alzheimer es

⁵⁶ Id.

⁵⁷ Id.

progresiva en sus habilidades, lo que le gusta y lo que no le gusta pueden cambiar con el tiempo. El cuidador deberá ser observador y flexible en la planificación de las actividades.⁵⁸

- Utilizar auxiliares para la memoria y la comunicación no verbal.

En las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer, los auxiliares para la memoria pueden servir para recordar y ayudar a prevenir la confusión. Por ejemplo: exhibir fotos grandes, claras y con los nombres de familiares. También hay que colocar etiquetas en las puertas de las habitaciones y en los cajones con palabras y colores. Es importante reconocer que estas ayudas serán menos útiles en las etapas posteriores. La enfermedad de Alzheimer deteriora también de manera progresiva, la capacidad de usar y comprender el lenguaje y produce una pérdida constante de vocabulario.⁵⁹

- Hacer que la comunicación verbal y la no verbal coincidan.

La mirada y la expresión facial no deben demostrar preocupación, enojo o ira, ya que cuando la enfermedad impide la comunicación verbal toma mucho más relevancia la comunicación no verbal, la que hace sentir y reaccionar.⁶⁰

⁵⁸ Id.

⁵⁹ Id.

⁶⁰ Carlos d'Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Op. cit. p.419

- Transmitir seguridad a la persona enferma.

Es necesario transmitir seguridad al enfermo mediante la firmeza de las acciones u órdenes, pero con el cariño y comprensión que se les debe dar.⁶¹

- Gesticular paulatinamente y evitar reacciones de nerviosismo.

Hay que gesticular poco a poco en el enfermo para que se comprenda lo que se desea transmitir como información. El hacer movimientos o gestos bruscos y rápidos puede llegar a alterar el estado de ánimo y la paz del enfermo. Además no se le debe poner nervioso a través de la expresión verbal o física, espavientos, movimientos bruscos o muy rápidos.⁶²

- Mantener buen estado de ánimo en el enfermo y transmitir seguridad.

Los enfermos de Alzheimer son en extremo sensibles dado que pueden interpretar el estado de ánimo de las personas que los rodean. Por eso es conveniente mantener una actitud positiva y de buen humor.⁶³ Además tocar con cariño al enfermo, acariciarlo, colocarle la mano en el hombro o tomarlo de la mano es una buena manera de transmitir seguridad, en particular si lo acostumbraba con anterioridad.⁶⁴

⁶¹ Id.

⁶² Id.

⁶³ Id.

⁶⁴ Id.

- Adecuar el lenguaje a las limitaciones del paciente e integrarlo en las conversaciones.

Se debe adecuar el lenguaje a las nuevas y constantes limitaciones que impone la enfermedad con palabras sencillas, frases cortas y sin tratar de dar demasiadas explicaciones que dificulten que el paciente recuerde, lo que se le está transmitiendo como información. A pesar de que la capacidad de entender y de seguir conversaciones disminuye poco a poco, es importante incluir al enfermo en conversaciones en las que en alguna medida pueda participar, se le pidan sus comentarios y se le incluya en el tema que es tratado.⁶⁵

- Hacer comentarios con sentido de humor

Los comentarios que se hacen con sentido del humor (sin carcajadas estrepitosas) suelen ser más eficaces que aquellos realizados en forma imperativa.⁶⁶

- Poner atención al tono emocional cuando está hablando.

El enojo, ira, cansancio o hastío se transmiten con facilidad y pueden causar respuestas contrarias a lo esperado, ya sea que el estado de ánimo fuera en relación con el enfermo o con cualquier otra persona ajena.⁶⁷

⁶⁵ Id.

⁶⁶ Id.

⁶⁷ Id.

- Hablar donde no haya demasiadas distracciones y utilizar frases concretas y cortas.

Hay que evitar hablar donde haya distracciones de tal forma que se mantenga la atención lo más posible, y ponerse siempre delante del enfermo, presentarse y mirarle a los ojos recordando que no solo es una forma de llamar la atención sino de facilitar el entendimiento por los propios cambios de la enfermedad. De igual forma hay que utilizar frases concretas que expresen lo que deseamos. El hablar como información telegráfica permitirá que el paciente entienda mejor que si se da una gran explicación, que quizá solo lo desconcierte y dificulte la comprensión. Hay que usar un vocabulario sencillo adaptado su medio educativo y social, guardando el respeto que la persona se merece y al que está acostumbrado.⁶⁸

- Dar tiempo al paciente para pensar.

Al enfermo hay que darle tiempo para entender, no presionar las respuestas, no permitir que fluya el pensamiento ni que se instalen las relaciones que den la pauta a una respuesta.⁶⁹

- Intentar enseñarle visualmente lo que se le quiere decir.

La expresión verbal y no verbal unida y sumada a la presentación de objetos es mucho mejor. Por ejemplo pedirle que se ponga una blusa al

⁶⁸ Id.

⁶⁹ Id.

mismo tiempo que se le enseña esta y se realiza la mímica de la postura es de mucha utilidad.⁷⁰

- Decir las cosas de manera sencilla y mantener la calma.

Es necesario decir cosas claras y simples, ya que favorece y facilita la información, al concentrarse en una palabra o frase y repetirla para que se pueda aclarar lo que no se entiende, dándose tiempo para la respuesta. También hay que mantener la calma y ser pacientes, ya que la velocidad en la que se capta la información y se da una respuesta es más lenta y en algunas ocasiones simplemente no se da. Habrá que repetir y en algunos casos ayudar a la comprensión mediante el hacer juntos las actividades.⁷¹

- Evitar las situaciones que puedan alterar al enfermo y lugares con mucho ruido.

Hay que evitar discutir y dar órdenes fuera de lugar o complejas que solo perjudican la comunicación. Hay que decirle al paciente lo que no se puede hacer. Las frases negativas bloquean el entendimiento y pueden contemplarse en sentido opuesto al que se quería transmitir. Mejor hay que hablar en positivo, y no usar un tono paternalista o infantil ya que despertara sentimientos de inutilidad, rabia o frustración de parte del paciente. Y hacer preguntas directas que necesiten razonamiento importante. También hay que evitar los lugares con mucho ruido ya que el

⁷⁰ Id.

⁷¹ Id.

ruido y la confusión provocada por mucha gente, televisor o radio siempre prendidos interfieran con la atención al realizar sus actividades diarias. La televisión y radio se deben usar como pasatiempos y como medios de diversión específica y no como acompañantes de las actividades diarias. Se podría facilitar la pérdida de atención y confundir sobre las órdenes a seguir en las diversas actividades que se esperan.⁷²

- Adecuar el espacio dentro de su hogar.

El espacio de circulación (donde camina) debe estar libre de muebles, de tal manera que no tenga que dar rodeos que pudieran facilitar la pérdida del equilibrio, objetos y adornos que puedan favorecer las caídas o que pudieran romperse o caerse al piso.⁷³

- Conservar los objetos de uso cotidiano y utilizar pictogramas.

Los objetos de uso cotidiano hay que dejarlos siempre en el mismo lugar para evitar confusión y que no sólo sirvan de referencia especial ya que también facilitan el recordar (reminiscencia). También se puede utilizar pictogramas con carteles y dibujos sencillos para indicar su habitación, su cama, el cuarto de baño y flechas para señalar los recorridos, hacer más fácil el reconocer lugares.⁷⁴

⁷² Id.

⁷³ Id.

⁷⁴ Carlos d' Hyber y Luis Miguel Gutiérrez Op cit. p.374

- Ayudar a orientar al paciente.

Hay que ayudar a orientar al paciente al poner relojes y calendarios en sitios visibles para que se oriente en el tiempo, hacer hincapié a diario en la fecha, día y varias veces durante la jornada de la hora. Ello favorece que la persona mantenga una mejor orientación.⁷⁵

- Reacondicionar la recamara.

La recamara no solo como lugar de descanso, forma parte también de un sitio donde se pasa una gran parte del tiempo de vida. Hay que quitar los adornos y objetos que puedan desorientarlo y que sean objeto de tensión o de confusión. También hay que colocar la cama de tal modo que se pueda subir con comodidad y sin dificultades por ambos lados, pero manteniendo la seguridad de que no se resbale con tapetes sueltos sobre pisos de duela o de materiales resbalosos. Así mismo, fijar la lámpara de buró al mismo nivel de la cama de modo que pueda prenderla y apagarla sin tirarla o echársela encima.⁷⁶

- Mantener buena iluminación.

Es necesario instalar una luz nocturna permanente o con sensor de movimiento para evitar caídas si despierta durante la noche. De preferencia

⁷⁵ Id.

⁷⁶ Id.

esta luz debe estar en el baño dejando la puerta abierta si el paciente se encuentra dentro de la recámara.⁷⁷

- Rehacer el guardarropa del paciente.

Es necesario rehacer el guardarropa del paciente para que tenga solo las prendas indispensables, fáciles de poner y quitar con cierres de velcro, en lugar de botones, pero guardando el gusto y las costumbres de la vestimenta de toda la vida, los zapatos serán sin agujetas tipo mocasín, los cuales son fáciles de poner y de quitar o que tengan a su vez pequeños crochés de velcro.⁷⁸

- Evitar poner espejos y colocar chapas de seguridad en la puerta de la cocina.

Además hay que evitar poner espejos y colocar chapas de seguridad en la puerta de la cocina es necesario cubrir o tapar los espejos de cuerpo entero, ya que el enfermo puede asustarse al verse y no reconocerse cuando hay poca luz, cuando no tenga colocado los lentes, o se encuentre desorientado. De igual forma y dado que la cocina es un lugar de grandes posibilidades de daño físico si no se toman en cuenta pequeñas, pero importantes medidas de seguridad. Es necesario colocar cerraduras de seguridad en la puerta de la cocina, del refrigerador y los armarios que

⁷⁷ Id.

⁷⁸ Id.

guarden objetos peligrosos y productos de limpieza, ya que pueden volverse un peligro.⁷⁹

- Mantener el suelo seco.

El suelo siempre debe estar seco y libre de grasa para evitar resbalones.⁸⁰

- Dotar de utensilios de plástico para comer.

Los vasos y platos pueden ser de plástico duro para evitar que se rompan y se vuelvan peligrosos. En caso de que el paciente desee ayudar a su limpieza o colocación en la mesa no importa que resbalen, caigan o se rallen⁸¹

- Mantener los objetos punzocortantes fuera del alcance del paciente.

Los objetos punzocortantes sobre todo cuchillos de gran filo. Hay que mantenerlos fuera del alcance del paciente.⁸²

- Mantener cerradas las llaves del gas.

Es importante prestar mucha atención a las llaves del gas. Se aconseja colocar perillas eléctricas de tiempo para que se desconecten en caso de no utilizarse en determinado tiempo.⁸³

⁷⁹ Id.

⁸⁰ Id.

⁸¹ Id.

⁸² Carlos d' Hyber y Luis Miguel Gutiérrez Op cit. p. 422

⁸³ Id

- Acondicionar el baño.

Acondicionar el baño es un factor importante para la higiene general del paciente y comodidad del cuidador primario. La regadera y la tina deben contar con bandas anti resbalantes o tapetes de plásticos adheridos al piso para evitar caídas, y barras para que el paciente pueda detenerse, guardar el equilibrio y no resbalar. En ocasiones es conveniente contar con sillas plásticas (duras y seguras) que puedan servir de asiento durante el baño, sobre todo cuando la persona ya requiere ayuda durante el mismo.⁸⁴

- Identificar las llaves del agua y acondicionar los objetos de aseo personal.

Las llaves del agua fría y caliente deben ser claramente identificables para que no sufran quemaduras o por lo contrario enfriamientos. También es necesario acondicionar los objetos de aseo personal dado que los objetos de aseo se deben reducir al mínimo y de fácil acceso. En caso de hombres, es mejor contar con rasuradora eléctrica que con rastrillos de hojas cambiables.⁸⁵

- Mantener el botiquín bajo llave y fuera del alcance del enfermo e instalar una luz nocturna en el baño.

El botiquín y los armarios deben estar protegidos y con posibilidad de tener llave para que el paciente no tenga acceso a tomar fármacos o sustancias no prescritas. Además se debe instalar una luz nocturna en el baño. Esta

⁸⁴ Id.

⁸⁵ Id.

luz debe estar permanente para que el enfermo se pueda orientar durante la noche.⁸⁶

- Mantener una higiene personal adecuada y tratar de que el baño sea un momento placentero.

La persona con la enfermedad de Alzheimer puede olvidarse del baño o considerarlo no necesario o haberse olvidado de cómo hacerlo. En esta situación es importante respetar la dignidad de la persona al ofrecerle ayuda. Para ello se debe mantener la rutina anterior del aseo de las personas en todo lo que sea posible, en cuanto horario y características, esto facilitará el aseo. De igual forma hay que tratar que el baño sea un momento placentero y relajante ya que es parte del ritual de arreglo personal o de descanso previo a reposar en la noche.⁸⁷

- Adaptar las condiciones para bañarse en tina o regadera y evitar meterlo a bañar si se resiste.

La regadera es de uso más sencillo que un baño de tina. En caso de estar acostumbrado a la tina se debe mantener la costumbre. Hay que simplificar la tarea lo más posible. La colocación de regaderas de teléfono puede facilitar el aseo de la persona. Ahora bien si se resiste al baño, hay que intentarlo más tarde cuando esté de buen humor o simplemente coloque la ropa limpia sobre la cama en el orden en que se las deberá poner, preparar

⁸⁶ Id.

⁸⁷ Id.

la toalla, colocar el jabón, estropajo o esponja a la vista e invitarlo a bañar, cuando quiera bañarse.⁸⁸

- Permitir que la persona se maneje sola el mayor tiempo posible.

Hay que estar vigilante para detectar cuando ya el enfermo requiera de ayuda. La supervisión incluye el observar si es capaz de lavarse de manera adecuada todo el cuerpo, secarse y ponerse la ropa seleccionada.⁸⁹

- Presentar al paciente la ropa en el orden que debe ponérsela y evitar los cierres complicados.

Para ponerse la ropa hay que orientar al paciente paso a paso si es necesario. No hay que forzar el tiempo, quizá se requiera mucha paciencia hay que mantener esta habilidad el mayor tiempo posible. La persona con la enfermedad de Alzheimer a menudo se le olvida como vestirse y puede no reconocer la necesidad de cambiarse de ropa. A veces aparece en público con ropas no adecuadas, por ejemplo en pijama. En caso de cierre con muchos botones, puede ser una solución para algunas prendas. Hay que evitar los cierres complicados.⁹⁰

⁸⁸ Rosalía Rodríguez García y Guillermo Lazcano. Práctica de la Geriátría. Ed. Mc Graw Hill 2^a. ed. México, 2007, p. 395

⁸⁹ Id.

⁹⁰ Id.

- Procurar que tenga independencia al vestirse y usar zapatos con suela antideslizante.

Hay que repetir todas indicaciones las veces que sea necesario, siempre de una en una y en el mismo orden. En el caso de los zapatos deben usarse con suela de hule antiderrapante o de cuero, dependiendo del tipo de piso que predomine en el hogar para facilitar el desplazamiento con seguridad.⁹¹

- Seguir un horario metódico para el baño y poner un cartel en la puerta del baño, dejando la puerta abierta.

La persona enferma de Alzheimer puede perder la noción de cuando ir al baño, y donde se encuentre el inodoro o como usarlo. El uso del baño permite mantener a la persona continente. El sentarse en el sanitario después de tomar algún alimento facilita el reflejo gastrocólico. El horario de micciones debe ser cada dos horas, antes de salir o al llegar de cualquier lugar, permite guardar la posibilidad de la continencia el mayor tiempo posible. Estos cuidados son aspectos relevantes, los que permiten que la familia sienta que puede mantener el cuidado de la persona y ésta no sea relegada socialmente debido a malos olores. Además hay que poner un cartel en la puerta del baño con letras grandes y brillantes (pictograma) que facilite su identificación. Para facilitar la entrada hay que

⁹¹ Id.

dejar la puerta del baño abierta para que pueda verse el interior. Esto servirá al igual que el pictograma de orientación.⁹²

- Procurar que la ropa sea fácil de quitar y disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse.

Asegurarse de que la ropa sea fácil de quitar, de forma que no exista el pretexto de no poder hacerlo. Hay también que disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse asegurándose de que la ingestión matinal sea abundante. Esto ayuda a que la persona no se levante tantas veces en la noche.⁹³

- Evaluar en qué medida la persona puede preparar su comida y disfrutar de las actividades dentro de la cocina.

El cocinar puede ser fuente de preocupación, o por el contrario, mecanismo de pasatiempo y manualidades. Hay que realizarlo sin peligro acorde a sus necesidades. Se recomienda también disfrutar de las actividades dentro de la cocina como una actividad compartida, divertida y como terapia de manualidades.⁹⁴

⁹² Id.

⁹³ Id.

⁹⁴ Id.

- Tener Instalaciones de seguridad y dejar de ayudar al paciente en las tareas simples.

Hay que tener instalaciones de seguridad como estufa eléctrica con cronómetro, pocos electrodomésticos (solo los no peligrosos). De igual forma, hay que dejar de ayudar al enfermo en las tareas siempre que no sean peligrosas y que requieran poca supervisión. Como limpieza de la vajilla, secado de la misma, colocación de la mesa, limpieza de fruta y verdura, entre otras.⁹⁵

- Recordar al enfermo como debe comer, el manejo de los cubiertos y servir la comida que se pueda comer con las manos.

Las personas con demencia a menudo olvidan si ya comieron o como usar los cubiertos. En las últimas etapas, una persona con la demencia de Alzheimer tendrá que ser alimentada. Aparecerán algunos problemas físicos tales como el no poder masticar bien o tragar. Además hay que servir comida que se pueda comer con las manos, dado que esto puede ser práctico en fases avanzadas de la enfermedad.⁹⁶

- Cortar la comida en pequeños trozos y recordar que debe comer despacio.

El cortar la comida en pequeños trozos permite tomar con el tenedor o la cuchara el alimento tratando de que no sea necesario el cuchillo. En

⁹⁵ Carlos d'Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Op. cit. p.397

⁹⁶ Id.

etapas tardías puede llegarse a necesitar machacar, licuar o moler los alimentos para facilitar la deglución, ya que no se sabrá si la masticación pueda efectuarse o si el estado dental lo permitirá. Hay que recordar que debe el enfermo comer despacio masticando, y tomando suficientes líquidos.⁹⁷

- Tomar precauciones al servir los alimentos sirviendo una porción de comida a la vez.

No hay que ponerle alimentos ni muy fríos ni muy calientes porque el paciente no tiene conciencia de su temperatura y se puede lastimar con los mismos. Además es necesario servir una porción de comida a la vez. Esta debe ser bien presentada, en pequeña o mediana cantidad. Los platos completos, y llenos desbordantes pueden quitar el apetito. En algunos casos no dejar satisfecho al paciente por haber sido un solo plato.⁹⁸

- Tratar de que el enfermo no duerma durante el día, hacer largas caminatas y asegurar el confort en su cama.

La persona con la enfermedad de Alzheimer puede estar inquieta durante la noche y molestar a la familia. Este puede ser uno de los problemas más desgastantes que tenga un cuidador. Además hay que aumentar la actividad física durante el día, con largas caminatas para tener una mejor posibilidad de dormir. También hay que asegurar el confort del enfermo en

⁹⁷ Id.

⁹⁸ Id.

su cama dado que la comodidad le dará el confort necesario y posible con ropa caliente y no ajustada.⁹⁹

- Identificar problemas relacionados con el estado de ánimo y evitar ingerir alimentos antes de dormir.

Los problemas del estado de ánimo hay que evitarlo ya que estos pueden ocasionar alteraciones en el sueño. De igual forma hay que evitar ingerir alimentos antes de dormir porque si lo hacen puedan excitarlo con la cafeína, teofilina o alcohol, en algunos casos es bueno beber sustancias calientes o tibias como leche que permiten relajarse. Es preferible no acostarse a dormir inmediatamente después de la ingestión de alimentos o de haber tenido una actividad. El acostarse a realizar actividad como ver la televisión puede hacer que la persona no concilie el sueño y sin embargo, su cuerpo descanse por lo que será probable que el paciente se despierte en la madrugada.¹⁰⁰

- Permitir comportamientos como pérdida de objetos y tener repuestos de las cosas importantes.

El enfermo olvida donde se pusieron los objetos. En algunos casos puede acusarles al familiar y a otras personas de sustraer los objetos perdidos. Estos comportamientos son causados por inseguridad combinada con la pérdida de control y de la memoria. Se puede buscar si hay algún lugar en especial donde suele guardar los objetos (sin importar de cual se trate) de

⁹⁹ Id.

¹⁰⁰ Id.

tal manera que se facilite encontrarlos. Por lo anterior conviene tener repuestos de las cosas importantes como las llaves, de las cuales hay que tener un duplicado para no tener que llamar a los cerrajeros con frecuencia.¹⁰¹

- Revisar los botes de basura antes de vaciarlos

Es muy aconsejable recomendar a la familia el verificar el contenido de los botes de basura antes de vaciarlos, ya que muchas veces se encuentran objetos tirados que se refieren como perdidos. También hay que sugerir a la familia o al cuidado primario contestar de manera tranquila a las acusaciones infundadas y no tratar de defenderse de situaciones que no pueden tener un diálogo adecuado.¹⁰²

- Dar la razón a la persona de que se le ha perdido un objeto y evitar discutir con el enfermo.

Hay que tratar de buscar los objetos perdidos con la ayuda, del paciente para favorecer la comunicación sin enfrascarse en una discusión donde la negación fuera la piedra angular ya que pedirle que acepte que perdió algo, es inútil. También es importante evitar discutir con el enfermo ya que es común que la persona con Alzheimer experimente delirio y alucinaciones. Por ejemplo, la persona puede pensar que esta bajo amenaza por parte del cuidador. Para la persona con la enfermedad esta falsa idea es muy real, causa temor y puede derivar en su comportamiento

¹⁰¹ Id.

¹⁰² Id.

angustiante. Una alucinación puede ser que la persona vea y oiga cosas que no existen, personas al pie de la cama o gente hablando en la habitación. Por tanto, el discutir con la persona sobre si las cosas son verdad o mentira en los aspectos vistos u oídos, no lleva a nada en especial. Las discusiones solo producen más angustia y problemas.¹⁰³

- Tratar de mantener la calma en el enfermo con alucinaciones.

Cuando la persona se encuentra alterada, el contacto físico cariñoso puede ayudar, por eso hay que tomarla de la mano e intentar calmarla con voz suave y cordial, sin reproches, sin negaciones o aseveraciones que provoquen más angustia o desconcierto. Así mismo hay que distraer al enfermo haciendo algo manual. Por ejemplo acomodar la ropa, colocar adornos en su lugar o mostrando algún objeto real dentro de la habitación.¹⁰⁴

- Proporcionar al enfermo una identificación personal.

Es necesario que el paciente cuente con una identificación en forma de gafete, pulsera o collar, donde se encuentren su nombre, dirección y teléfono de algún familiar. Es necesario saber si la persona tiene la posibilidad de salir sola a la calle. Hay que cerciorarse de que la casa sea segura mediante la colocación de una segunda cerradura, la cual deberá abrirse al mismo tiempo que la otra, el hacer complicado para el paciente el

¹⁰³ Id.

¹⁰⁴ Id.

salir – sin tener que poner llave y encerrarlo, evita que pueda estar solo en la calle o que entre en lugares peligrosos de la casa como la cocina.¹⁰⁵

- Cargar una fotografía reciente del enfermo por si llega a extraviarse.

En caso de pérdida, al regresar a casa hay que evitar el enojo, y explicar la preocupación. Es importante y necesario, hacerlo con calma y en buen tono de voz. Es conveniente contar con una fotografía actualizada de la persona en caso de pérdida para que se pueda solicitar ayuda, de esta forma se facilita la identificación. En la casa la deambulación errante puede tener diferentes significados, la búsqueda del cuarto o del baño, la inquietud de realizar algún tipo de actividad y obviamente no completarla, el olvido de saber porque se levantó, puede ser molesto para los que conviven,. Hay que llevarlo al baño, ponerle ropa más cómoda y quizás esto le ayude a controlar el problema.¹⁰⁶

- Manejar adecuadamente las reacciones de violencia y agresión.

Ocasionalmente la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta. Puede ser por muchas razones como la pérdida de control social y discernimiento, perdida de la habilidad para expresar su violencia sus sentimientos negativos y perdidos de la habilidad para entender las acciones y las habilidades de otros. Para un cuidador esta es una de las

¹⁰⁵ Id.

¹⁰⁶ Id.

cosas más difíciles de manejar. Para ello, se recomienda mantener la calma, tratar de no mostrar miedo o alarma, tratar de derivar la atención e la persona a una actividad serena, conceder a la persona más espacio, averiguar que causó esa reacción y tratar de evitarla en el futuro. Si la violencia ocurre a menudo, hay que pedir ayuda. Es necesario hablar con alguien que lo respalde y consulte a su médico para que lo ayude a manejar la situación.¹⁰⁷

- En la rehabilitación:

- Vigilar la administración de psicoestimulantes y neurolépticos.

Los medicamentos psicoestimulantes tienen una vida de eliminación de 2 a 7 hrs. Sus efectos clínicos predominantes son la mejoría de la energía, el estado de alerta, la atención y la motivación. Estos medicamentos son seguros y eficaces para el tratamiento de la depresión. El fármaco más utilizado es el Metilfenidato a dosis de 5 a 10 mg al inicio y aumentar 5mg cada tercer día hasta una dosis máxima de 30 mg. En forma habitual los pacientes no requieren más de 20 mgs. por día. Se recomienda la administración a las 8:00 am y a las 12:00 pm. Y no utilizarlos después de las 16:00pm, ya que puede causar insomnio. Se puede prescribir por periodos prolongados sin experimentar tolerancia o abuso. A parte en el caso de los neurolépticos como las Butiferas y las Fenotiacinas son muy utilizados para los viejos con problemas de comportamiento relacionados

¹⁰⁷ Id.

con la demencia y otras enfermedades del SNC. Estos medicamentos se utilizan frecuentemente por las bajas reservas cerebrales y los trastornos de la homeostasis de neurotransmisores. El Haloperidol sigue siendo el fármaco de elección. Se recomienda el uso de 2.5 mg (media ampola) IV hacia el atardecer. Debe tenerse especial cuidado para evitar las caídas en los pacientes, sumado al de este tipo de medicamentos que entorpecen la marcha y sedan. Los cambios en estos fármacos han de hacerse con cautela, no deben suspenderse con brusquedad y la administración concomitante de varios de ellos es especialmente peligrosa.¹⁰⁸

- Emplear las Benzodiazepinas y Betabloqueadores.

Las Benzodiazepinas, son específicas como anticonvulsivos, sobre todo en crisis parciales, son una buena opción en la demencia cuando es necesario controlar algún comportamiento aberrante. Tienen una función primordial en la terapia farmacológica del tratamiento agudo en la ansiedad tienen un inicio de acción rápida y poco efecto cardiovascular secundario la respuesta va de 1 a 2 semanas y en aumento se obtiene una mejoría global moderada en 80 a 90 % de los casos. En los pacientes ancianos se recomiendan las Benzodiazepinas de vida media y corta como el Lorazepam, Oxacepam, Temazepam. La discontinuación lenta de las benzodiazepinas en periodos de 12 a 16 semanas y el uso concomitante de algún antidepresivo puede disminuir la incidencia del síndrome depresivo.

¹⁰⁸. Carlos d'Hyver y Luis Miguel. Gutiérrez. Op. cit. p. 370

Los Beta bloqueadores están indicados para el temblor esencial y los comportamientos aberrantes resistentes a otros tratamientos. Son eficaces cuando predominan los síntomas físicos. Actúan también sobre el control de las manifestaciones somáticas autónomas, palpitaciones, diaforesis y temblor. Entre ellos se encuentra el Metoprolol, de liberación prolongada en dosis de 12.5 a 25mg. En una toma se puede incrementar hasta 200mg diarios.¹⁰⁹

- Intensificar los mecanismos de seguridad en prevención de accidente y caídas.

Para prevenir las caídas debidas a factores extrínsecos que comprenden los peligros y demandas del medio ambiente, valorar el balance y el equilibrio, hay que procurar una fuente de luz nocturna, aconsejar no mover los muebles de la posición a la que está acostumbrada la persona, quitar del paso de la persona todo tipo de cables, juguetes o cosas, evitar el piso resbaloso, usar alfombras antideslizantes en el baño, procurar colocar pasamanos, en el baño, regaderas de teléfono y una silla para que al bañarse el adulto mayor pueda estar sentado. Sin embargo, se recomienda extremar las precauciones durante todo el baño ya que siempre existen zonas resbaladizas.¹¹⁰

¹⁰⁹ Rosalía Rodríguez García. y Guillermo Lazcano. Op cit. p. 115

¹¹⁰ Carlos d'Hyver y Luis Miguel. Gutiérrez. Op. cit. p. 372

- Brindar cuidados paliativos

Los cuidados son un conjunto de medidas destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal mediante el control de los síntomas molestos y el confort de la persona en la etapa de sufrimiento. Así mismo, contemplan el apoyo a familiares hasta el momento de la resolución del duelo. Son y deben formar parte de la atención integral del anciano y se consideran primordiales cuando no se puede curar, o bien cuando los esfuerzos para extender la vida suponen una carga de efectos secundarios y de dolor que el paciente no está dispuesto a sufrir, los cuidados paliativos consideran a la muerte como un proceso natural y no como un fracaso de la medicina.¹¹¹

- Realizar cambios posturales frecuentes.

Las consecuencias de la inmovilidad son múltiples, en muchos casos graves e irreversibles, por lo que provocan una pérdida permanente de la función. La pérdida de la movilidad o la inactividad puede conducir al denominado síndrome de desuso. Las repercusiones pueden progresar en forma de cascada, con desenlaces fatales. En función motora hay pérdida de tono y masa muscular y de ligamentos, con fibrosis capsular, deformidad y contracturas articulares dolorosas. Se puede llegar a anquilosis articulares con posturas fijas habitualmente en flexión (posición fetal).

¹¹¹ Carlos d'Hyver y Luis Miguel. Gutiérrez. Op. cit. p. 758

En la función respiratoria, se favorece la hipo ventilación pulmonar, la expectoración es más difícil aculándose las secreciones que pueden favorecer su sobreinfección bacteriana, aumenta el riesgo de aspiración pulmonar en las personas que pueden ser sentadas o lateralizadas al tiempo de la ingesta, existiendo un alto riesgo de neumonía. En la integridad cutánea la presión continuada sobre los tejidos corporales puede producir isquemia y necrosis tisular. Existe muy alto el riesgo de presentar úlceras por presión.

Es necesario elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente, realizar cambios posturales cada 2 – 3 hrs. A los pacientes encamados, mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio, evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, evitar el arrastre, no utilizar flotadores, utilizar dispositivos que mitiguen al máximo la presión, colchones, cojines, almohadas, y protecciones locales etc.¹¹²

- Realizar fisioterapia respiratoria.

La fisioterapia respiratoria está indicada en todo paciente con compromiso pulmonar crónico o agudo. Tiene como objetivo promover la eliminación de secreciones con maniobras de higiene bronquial, expansión pulmonar, fortalecimiento muscular para aumentar la movilidad torácica, aumentar la eficacia del acto respiratorio y la funcionalidad global, aumentar la tolerancia al ejercicio, optimizar los medicamentos y mejorar las

¹¹² Misericordia García Hdz. y Pilar Torres. Úlceras por presión. Sociedad española de Enfermería geriátrica y gerontológica. Madrid, 2005, p. 238

condiciones de los músculos de miembros inferiores y superiores. Estos ejercicios deben realizarse de 2 a 3 veces por semana durante 20 a 30 minutos y asegurar el aumento de la capitalización muscular, aumento de las mitocondrias y del metabolismo oxidativo.¹¹³

- Mantener la marcha para retrasar en todo lo posible las complicaciones por inmovilidad.

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de la capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo, cuando este se encuentra en la tercera fase de la demencia. La inactividad y la inmovilidad resultan problemas comunes. Por tanto, es importante fomentar la movilidad. Se pueden utilizar dispositivos o auxiliares como el bastón, o la andadera.¹¹⁴

- Realizar el masaje abdominal contra el estreñimiento.

Auto masaje abdominal, o masaje intestinal, con movimientos suaves y profundos y en el sentido de las manecillas del reloj se deben comenzar por la parte inferior derecha siguiendo el trayecto natural de los intestinos. En la posición tumbada boca arriba con las piernas flexionadas o sentada en una silla en cuclillas.¹¹⁵

¹¹³ Id.

¹¹⁴ Carlos d'Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Op cit. p. 714.

¹¹⁵ Ibid p. 608

- Realizar movilización articular pasiva, activa, o activa asistida.

Los ejercicios pasivos son aplicados por el fisioterapeuta, tienden a mantener libre el máximo ángulo articular durante las fases agudas del proceso, sin que el enfermo intervenga o ayude. Esta movilización puede resultar útil para combatir retracciones y acortamientos de estructuras tendinomusculares. Para obtener un verdadero alargamiento es necesario llegar hasta las fronteras del dolor, sin que este perdure tras la manipulación. Hay que realizarlos del lado afectado, tratando de conservar y/o aumentar los arcos de movimiento articular, en forma muy cuidadosa, a tolerancia del paciente y de preferencia sin causar dolor.

Los ejercicios activos el enfermo los lleva a cabo solo, a condición de que no haga situaciones musculares indeseables. Estos mismos ejercicios pueden dejarse de lado cuando la libertad del movimiento articular es total y se empieza a trabajar con resistencia, de acuerdo con las características gerontológicas, psicológicas y sociales del paciente y su fuerza muscular. La finalidad es prevenir predominios musculares que interfieran con la eficacia de la función. Siempre el lado sano debe conservarse fuerte, móvil y elástico. El lado afectado se movilizará de acuerdo a su recuperación. Sin embargo, los ejercicios de rotación en la cama son importantes desde las primeras etapas.

Los ejercicios con asistencia se utilizan en caso de limitación articular discreta y debilidad muscular en articulaciones próximas a las afectadas. El

fisioterapeuta es quien ayuda y puede sustituirse luego por suspensión elástica o prácticas acuáticas, si no están contraindicadas y siempre con vigilancia estrecha.¹¹⁶

- Mantener la independencia funcional del paciente, conservando la deambulaci3n.

Mantener la independencia se logra a trav3s de la realizaci3n de ejercicios que mejoran la capacidad de caminar en forma aut3noma o de andar con asistencia antes de iniciar los ejercicios. Es necesario mejorar el grado de movilidad articular o de fuerza muscular, con el uso de un dispositivo como una barra. La formaci3n puede comenzar con barras paralelas, sobre todo si est3 afectado el equilibrio y ser3 progresivo hasta que se pueda caminar con ayudas mec3nicas como un caminador, muletas o un bast3n.¹¹⁷

- Realizar ejercicios de coordinaci3n y de acondicionamiento general.

Los ejercicios de coordinaci3n son ejercicios que est3n orientados a una actividad, destinados a personas que tengan dificultades de coordinaci3n y equilibrio, generalmente como resultado de un estado demencial. Los ejercicios implican la repetici3n de un movimiento significativo que haga trabajar m3s de una articulaci3n y m3sculo, como recoger un objeto o tocarse una zona del cuerpo. Los ejercicios de acondicionamiento general

¹¹⁶ Id.

¹¹⁷ Misericordia Garc3a y Pilar Torres. Op cit. p. 632

Sirven para contrarrestar los efectos de un período prolongado en cama o de una inmovilización. Se utilizan una combinación de ejercicios de movilidad, fortalecimiento muscular y deambulaci3n. Sirven para restablecer un flujo sanguíneo adecuado y aumentar las funciones cardiacas y pulmonares.¹¹⁸

- Mantener la capacidad funcional con la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional tiene como finalidad mejorar las capacidades del individuo para realizar las actividades básicas de cuidado personal, y los trabajos sencillos que requieren de la coordinaci3n de muchas capacidades entre las que destaca la capacidad cognitiva que es la capacidad para crear y ejecutar un plan. El deterioro de esta afecta al rendimiento de trabajo ya que incluye la falta de atenci3n, distracci3n, p3rdida de concentraci3n juicio afectado, indecisi3n, problemas de memoria y poca capacidad para resolver problemas. Por ejemplo, un juego de memoria puede mejorar el reconocimiento y los recuerdos.¹¹⁹

- Realizar terapias enfocadas a los trastornos de coordinaci3n y del lenguaje.

El objetivo de la terapia en las personas con Afasia es establecer el método más eficaz de comunicaci3n. En las personas con leve deterioro se emplea un método que enfatiza las ideas y los pensamientos más que las

¹¹⁸ Marck Beers, Op. cit. p. 45.

¹¹⁹ Ibíd. p. 54

palabras. En las personas con un deterioro más grave vuelvan adquirir la capacidad del lenguaje consisten en un método de estimulación con el que dirigen palabras repetidamente a la persona. Quienes asisten a una persona con Afasia deben tener mucha paciencia y comprender la frustración del afectado. Los cuidadores deben comprender que una persona con Afasia no es un demente y por tanto, no se le hablará en lenguaje de bebé, lo cual resultaría insultante. Por el contrario, deberá hablar con normalidad y si es necesario, utilizar gestos o señalar los objetos.¹²⁰

- Realizar terapias enfocadas a trastorno de coordinación y de lenguaje.

La Apraxia es una discapacidad que es causada por una lesión en los lóbulos parietales o frontales. La persona con demencia no puede producir los sonidos fundamentales del lenguaje debido a una anomalía en la iniciación, la coordinación o la secuencia de los movimientos musculares necesarios para hablar. La terapia consiste en que la persona practique repitiendo los mismos sonidos una y otra vez.

Otro método es el de enseñar a la persona a utilizar modelos melódicos naturales para las frases corrientes. Cada frase tiene su propio ritmo melódico según el estado de ánimo del interlocutor. Por ejemplo “Buenos días” ¿Cómo está usted? Se puede utilizar un tono melódico plano si el interlocutor esta de mal humor. Si se dicen de manera jovial, tendrán un

¹²⁰ Ibíd. p. 51

ritmo melódico casi musical. En el tratamiento de la Apraxia verbal, se anima al paciente para que repita de forma muy exagerada la melodía natural y el patrón de ritmo. A medida que el paciente progresa, las indicaciones de melodía y ritmo se disminuyen paulatinamente.¹²¹

- Crear un ambiente favorable y seguro.

Para crear un ambiente favorable y seguro se requieren medidas de seguridad adicionales. Por ejemplo, se pueden fijar señales grandes como recordatorios de seguridad como por ejemplo “no olvide apagar la estufa” o se pueden instalar temporizadores en las estufas o en los equipos eléctricos. El hecho de esconder las llaves del automóvil y colocar detectores en las puertas puede ayudar a prevenir accidentes si los descuidos constituyen un problema. Los brazaletes de identificación también pueden ser de utilidad.¹²²

- Orientar al cuidador sobre la responsabilidad en el cuidado del paciente con Demencia.

Atender a las personas con demencia es una actividad estresante y exigente y las personas encargadas de los cuidados pueden llegar a sentirse deprimidas y agotadas, descuidando a menudo su propia salud física y mental.¹²³

¹²¹ Id.

¹²² Id

¹²³ Carlos d’Hyver y Luis Miguel Gutiérrez. Op cit. p. 585

- Solicitar ayuda para el cuidador cuando sea necesario y como debe cuidarse a sí mismo.

Atender a las personas con demencia es una actividad estresante y exigente, y las personas encargadas de los cuidados pueden llegar a sentirse deprimidas y agotadas, descuidando a menudo su propia salud física y mental. Es por esto que pueden pedir ayuda en los programas de cuidado diurno, las visitas de Enfermeras a domicilio, el ingreso a centros asistidos. Y así se benefician de los grupos de apoyo y de la asesoría que les brindan. También hay que recordar al cuidador que debe cuidarse de sí mismo por ejemplo, la incorporación a alguna actividad física puede mejorar el estado de ánimo así como la salud. Los amigos, las aficiones y las actividades no deben abandonarse.¹²⁴

- Manejar la depresión y la ansiedad.

La persona con la enfermedad de Alzheimer puede experimentar depresión, sentirse triste e infeliz y hablar, actuar y pensar lentamente. Esto puede afectar la rutina diaria y el interés en la comida. Para ello, debe consultar a su médico, posiblemente el pueda ayudarlo o referirlo a un Psicólogo o Psiquiatra, darle más apoyo y cariño, así como no esperar que salga de la depresión rápidamente.¹²⁵

¹²⁴ Heidi Cueto. Op. cit. p. 16.

¹²⁵ Id.

- Buscar ayuda con el resto de la familia y con quien comentar sus problemas.

Para algunos cuidadores la familia es la mayor fuente de ayuda, para otros es la mayor fuente de angustia. Es importante aceptar ayuda de otros miembros de familia y no llevar la carga solo. De igual forma es necesario compartir con otros sus sentimientos y experiencias como cuidador. Si se los guarda para sí, es difícil cuidar a la persona con la enfermedad de Alzheimer. Si lo que se está experimentando es una respuesta natural a la situación, será más fácil el manejo. Hay que tratar de aceptar la ayuda cuando otros se la ofrecen aunque parezca que están molestando. También hay que tratar de pensar anticipadamente en una persona a quien recurrir en una emergencia.¹²⁶

- Buscar el tiempo para cubrir las necesidades del cuidador y conocer sus limitaciones.

Es esencial que el cuidador tenga tiempo para él. Esto le permitirá compartir con otras personas, disfrutar de sus pasatiempos favoritos y lo más importante, divertirse. Si se necesita más tiempo tratar de encontrar a una persona que se haga cargo del enfermo para que el cuidador pueda descansar. También es necesario conocer las limitaciones del cuidador ya que mucha gente se dará cuenta de cuánto puede aguantar antes de llegar

¹²⁶ Id.

al punto en que el cuidador lo abruma. Si la situación es insoportable hay que pedir ayuda para evitar una crisis.¹²⁷

- Evitar culparse por la situación y buscar asesoría.

El cuidador no debe sentirse culpable, ni culpar al enfermo con la enfermedad de Alzheimer por los problemas que atraviesan, recordar que la culpa es la enfermedad, si se cree que la relación con amigos o familiares se está desvaneciendo, no culpar, ni culparse. Hay que tratar de buscar las causas de la ruptura y discutirla, recordando que las relaciones con otros es una fuente valiosa de apoyo para el cuidador, lo que favorece tanto al paciente como al cuidador. También es importante buscar asesoría, ya que esto ayudará a buscar asesoría sobre su rol cambiante y las modificaciones que ocurren en la persona con la enfermedad de Alzheimer.¹²⁸

¹²⁷ Id.

¹²⁸ Id.

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.

- Indicadores de la variable.

- En la prevención:

- Modificar los hábitos en la calidad de vida.
- Aumentar la escolaridad del paciente.
- Controlar la Diabetes mellitus.
- Evitar la dislipidemia.
- Suplementar el déficit de las vitaminas.
- Eliminar el tabaquismo y las bebidas alcohólicas en el paciente.
- Disminuir la polifarmacia.
- Aplicar el examen mínimo del estado mental (MMSE).
- Llevar una dieta equilibrada.
- Evitar los traumatismos craneoencefálicos.
- Vigilar adecuadamente los factores de riesgo vasculares.
- Realizar ejercicio físico.

- En la atención.

- Establecer las rutinas en forma cotidiana y normal.
- Mantener la independencia de la persona.
- Ayudar a mantener la dignidad de la persona.
- Evitar las discusiones y simplificar las tareas del paciente.
- Mantener la seguridad del enfermo.
- Aprovechar las habilidades de la persona.
- Utilizar auxiliares para la memoria y la comunicación no verbal.
- Hacer que la comunicación verbal y la no verbal coincidan.
- Transmitir seguridad a la persona enferma.
- Gesticular paulatinamente y evitar reacciones de nerviosismo.
- Mantener buen estado de ánimo en el enfermo y transmitir seguridad.
- Adecuar el lenguaje a las limitaciones del paciente e integrarlo en las conversaciones.
- Hacer comentarios con sentido del humor.
- Poner atención al tono emocional cuando está hablando
- Hablar donde no haya demasiadas distracciones y utilizar frases concretas y cortas.
- Dar tiempo al paciente para pensar.
- Intentar enseñarle visualmente lo que se le quiere decir.
- Decir las cosas de manera sencilla y mantener la calma.

- Evitar las situaciones que puedan alterar al enfermo y lugares con mucho ruido.
- Adecuar el espacio dentro de su hogar.
- Conservar los objetos de uso cotidiano y utilizar pictogramas.
- Ayudar a orientar al paciente.
- Reacondicionar la recamara.
- Mantener buena iluminación.
- Rehacer el guardarropa del paciente.
- Evitar poner espejos y colocar chapas de seguridad en la puerta de la cocina.
- Mantener el suelo seco.
- Dotar de utensilios de plástico para comer.
- Mantener los objetos punzocortantes fuera del alcance del paciente.
- Mantener cerradas las llaves del gas.
- Acondicionar el baño.
- Identificar las llaves del agua y acondicionar los objetos de aseo personal.
- Mantener el botiquín bajo llave y fuera del alcance del enfermo e instalar una luz nocturna en el baño.
- Mantener una higiene personal adecuada y tratar que el baño sea un momento placentero.
- Adaptar las condiciones para bañarse en tina o regadera y evitar meterlo a bañar si se resiste.

- Permitir que la persona se maneje sola el mayor tiempo posible.
- Presentar al paciente la ropa en el orden que debe ponérsela y evitar los cierres complicados.
- Procurar que tenga independencia al vestirse y usar zapatos con suela anti – deslizante.
- Seguir un horario metódico para el baño y poner un cartel en la puerta del baño dejando la puerta abierta.
- Procurar que la ropa sea fácil de quitar y disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse.
- Evaluar en qué medida la persona puede preparar su comida y disfrutar de las actividades dentro de la cocina.
- Tener Instalaciones de seguridad y dejar de ayudar al paciente en las tareas simples.
- Recordar al enfermo como debe comer, el manejo de los cubiertos, y servir la comida que se pueda comer con las manos.
- Cortar la comida en pequeños trozos y recordar que debe comer despacio.
- Tomar precauciones al servir los alimentos sirviendo una porción de comida a la vez.
- Tratar de que el enfermo no duerma durante el día, hacer largas caminatas y asegurar el confort en su cama.
- Identificar problemas relacionados con el estado de ánimo y evitar ingerir alimentos antes de dormir.

- Permitir comportamientos como pérdida de objetos y tener repuestos de las cosas importantes.
- Revisar los botes de basura antes de vaciarlos.
- Dar la razón a la persona de que se le ha perdido un objeto y evitar discutir con el enfermo.
- Tratar de mantener la calma en el enfermo con alucinaciones.
- Proporcionar al enfermo una identificación personal.
- Cargar una fotografía reciente del enfermo por si llega a extraviarse.
- Manejar adecuadamente las reacciones de violencia y agresión.

- En la rehabilitación.

- Vigilar la administración de psicoestimulantes y neurolépticos.
- Emplear las Benzodiacepinas y Betabloqueadores.
- Intensificar los mecanismos de seguridad en prevención de accidente y caídas.
- Brindar cuidados paliativos.
- Realizar cambios posturales frecuentes.
- Realizar fisioterapia respiratoria.
- Mantener la marcha para retrasar en todo lo posible las complicaciones por inmovilidad.
- Realizar el masaje abdominal contra el estreñimiento.

- Realizar movilización articular pasiva, activa, o activa asistida.
- Mantener la independencia funcional del paciente, conservando la deambulaci3n.
- Realizar ejercicios de coordinaci3n y de acondicionamiento general.
- Mantener la capacidad funcional con la terapia ocupacional.
- Realizar terapias enfocadas a los trastorno de coordinaci3n y del lenguaje
- Crear un ambiente favorable y seguro.
- Orientar al cuidador sobre la responsabilidad en el cuidado del paciente con Demencia.
- Solicitar ayuda para el cuidador cuando sea necesario y como debe cuidarse de s3 mismo.
- Manejar la depresi3n y la ansiedad.
- Buscar ayuda con el resto de la familia y con quien compartir sus problemas.
- Buscar el tiempo para cubrir las necesidades del cuidador y conocer sus limitaciones.
- Evitar culparse por la situaci3n y buscar asesor3a.

3.1.2 Definición operacional. Demencia tipo Alzheimer.

- Definición de Demencia:

Es un síndrome adquirido, con pérdida global de la función cognitiva que interfiere en las actividades habituales de la persona, tanto en su relación social como laboral. El estado de demencia se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada junto a otros déficits como por ejemplo, alteraciones del pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y calculo. Con respecto a su nivel previo de desempeño y resultado en un deterioro en la funcionalidad.

- Demencia tipo Alzheimer.

La Demencia tipo Alzheimer es una afección progresiva, con una pérdida inexorable de la función mental, caracterizada por una degeneración del tejido cerebral que incluye la pérdida de células nerviosas y el desarrollo de placas seniles y ovillos neurofibrilares. Es la demencia neurodegenerativa primaria más frecuente y la principal causa de demencia a nivel mundial. Su prevalencia general en los adultos mayores de 65 años de edad, oscila entre 6 y 10 %, misma que va de 1% a los 60 años aumenta de forma exponencial cada cinco años hasta alcanzar entre 35 y 40 % en mayores de 85 años de edad. Se observa una mayor prevalencia en mujeres.

- Etiología de la Demencia Tipo Alzheimer.

Aún se desconoce la causa de la enfermedad, pero al parecer hay factores genéticos que desempeñan algún papel. Una anomalía afecta a la apolipoproteína E (apo E), la fracción proteica de ciertas lipoproteínas que transportan el colesterol en la sangre. Hay tres tipos de apo E (2,3, y 4). En las personas con el tipo 4, la enfermedad aparece con más frecuencia y a edad más temprana. Por el contrario, las personas con el tipo 2, parecen estar protegidas contra esta enfermedad. Los estudios de la Apo E no pueden determinar si una persona va a presentar la enfermedad. En la enfermedad se degeneran partes del cerebro, se destruyen células nerviosas y se reduce la respuesta de las restantes a los transmisores químicos que llevan las señales al cerebro (neurotransmisores). Las anomalías del cerebro consisten en tejido senil o placas neuríticas (grupos de células nerviosas muertas que contienen una proteína anormal e insoluble, llamada amiloide) y marañas neurofibrilares (filamentos torcidos de proteínas insolubles de la célula nerviosa). Tales anomalías aparecen hasta cierto punto en todas las personas con la edad pero son mucho más numerosas en las que presentan la enfermedad.

- Fisiopatología de la demencia Alzheimer

A nivel molecular, la Demencia tipo Alzheimer se define por la presencia de ovillos neurofibrilares compuestos por formas hiperfosforiladas de la proteína *B* por placas seniles de *B*, insoluble, por activación de la microglia y por una pérdida neuronal, la producción y acumulación anormal del *BA* es la lesión inicial y desencadenante de la enfermedad de Alzheimer.

El péptido *BA* proviene de una proteína transmembranal llamada proteína precursora del amiloide (PPA). Esta se sintetiza en el citoplasma de la neurona y se mueve a lo largo del axón, pudiendo intervenir en el transporte axonal, en la regulación de la supervivencia neuronal, en el crecimiento de neuritas, la plasticidad sináptica y a adhesión celular.

Los dos tipos de lesiones típicas en la enfermedad de Alzheimer involucradas en la fisiopatogénesis son: las placas seniles y la patología neurofibrilar.

Las placas seniles son lesiones extraneuronales dadas por el depósito de *BA 42* fibrilares, estas se distribuyen de manera difusa en toda la corteza cerebral, su densidad y localización correlacionan de manera pobre con las manifestaciones clínicas y la gravedad de la EA. La patología neurofibrilar, consiste en la acumulación intraneuronal de filamentos helicoidales pareados de proteína tau hiperfosforilada. La proteína T (*Tubulin Assembly Unit* por su nombre en inglés) regula el ensamblaje de las subunidades de tubulina en microtúbulos, promueve la polimerización de la tubulina y reduce la inestabilidad de los microtúbulos. Es esencial para determinar la identidad, estabilidad y función axonal, y desempeñan una función en la morfogénesis neural, en la división celular, en el mantenimiento de la integridad neuronal y en el transporte y polaridad axonal.

El daño producido por las placas seniles y la patología neurofibrilar lleva al final a la pérdida neuronal, en regiones con alta densidad de patología neurofibrilar, y traducen macroscópicamente la presencia de atrofia, que en

un inicio se ve en las regiones temporales internas. Luego predominan ya en las cortezas parietotemporales y en forma tardía se observa una atrofia cortical generalizada.

- Diagnóstico de la Demencia tipo Alzheimer.

El diagnóstico probable se basa en el deterioro progresivo de funciones específicas como el lenguaje (afasia), habilidades motrices (apraxia), La percepción (agnosia). Y la afección de las AVD.

Los resultados de exámenes paraclínicos: (líquido cefalorraquídeo normal según estudios convencionales, electroencefalograma normal o con alteraciones inespecíficas, atrofia cerebral en imagen que sea progresiva en estudios consecutivos.

- Sintomatología.

Los síntomas son: depresión, insomnio, incontinencia, delirium, ilusiones, alucinaciones, exacerbación brutal de manifestaciones verbales, emocionales o físicas, problemas sexuales, pérdida de peso. Otras alteraciones neurológicas, en especial en estadios avanzados de la enfermedad son hipertonía, mioclonías, problemas de la marcha.

Las manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer van apareciendo gradualmente, no es común ver un deterioro rápido de las funciones intelectuales del paciente se presentan como una secuencia de etapas.

- Tratamiento de la demencia tipo Alzheimer.

En la actualidad no existe ningún tratamiento que prevenga, elimine o revierta los efectos de la EA. Además de las medidas de cuidado general y el tratamiento no farmacológico. Existen dos clases de fármacos: los inhibidores de la acetilcolinesterasa y los antagonistas de los receptores N-metil-D-aspartato. Ambos grupos han demostrado una eficacia modesta, pero significativa al reducir la velocidad e intensidad del deterioro cognoscitivo y la aparición de síntomas psico-comportamentales o su intensidad. Además, su uso retrasa el momento en que el paciente sea aislado y reduce la sobrecarga del cuidador. Otra medida importantes es crear un entorno que dé apoyo a la persona puede ser de gran utilidad.

El progreso de la enfermedad es impredecible. La supervivencia probable, desde el momento en que se hace el diagnóstico oscila entre los 2 y los 10 años, pero por lo general es de 3 a 5 años. En promedio, los enfermos que no pueden caminar, no viven más de seis años.

- Intervenciones de Enfermería en la Demencia Alzheimer.

- En la prevención.

Se tomará en cuenta la modificación de los hábitos lo que ayudara a tener una mejor calidad de vida, así mismo al aumentar la escolaridad, y la actividad cognitiva intelectual más allá de lo habitual. Hay que evitar en lo posible los traumatismos craneo encefálico, mismos que se pueden prevenir teniendo un entorno seguro, realizar actividades físicas, sociales y

recreativas regularmente (como caminar, bailar, nadar, jugar cartas, ajedrez, realizar lectura, ir al cine o el teatro). Mantener buenas relaciones sociales.

Por otro lado hay que llevar una dieta balanceada, ingerir suplementos con vitamina B12, ácido fólico, niacina, tiamina, vitamina E, selenio entre otros. Es necesario evitar el sobre peso y la presencia de dislipidemia, y realizar un control y monitorización de la presión arterial así como de la glicemia capilar. También se requiere eliminar o disminuir pausadamente el tabaquismo y la ingesta de bebidas alcohólicas, recibir atención especializada para el manejo de la depresión, la ansiedad y los factores de riesgo vasculares.

- En la atención.

En la atención la Enfermera Especialista del Anciano deberá proporcionar un ambiente coherente y rutinario, ayudar al paciente en sus limitadas capacidades así como reorientar más de una vez en cada encuentro con el paciente, evitar las frustraciones que le puedan producir al paciente el hecho de no poder recordar las cosas, permitirle comportamientos habituales, como acaparación de objetos, siempre que se realicen en un ambiente seguro. Es importante valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión y evitar la agitación e intranquilidad del paciente al mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir. Es conveniente elaborar un álbum de fotos para recordar el pasado, así como fomentar la actividad física y la terapia artística, colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones para ayudar a

recordar su nombre y su función, proporcionarle pistas sobre la identidad de los objetos y tareas, les ayuda mucho el que se coloque un reloj, y un calendario grande en su cuarto y marcar con una X los días pasados, para ayudarlo a recordar las fecha correcta.

También el apoyo implica realizar una lista con las actividades diarias y tratar al paciente de forma abierta, amistosa y relajada, hablar con el paciente en tono de voz claro y bajo, es importante identificar siempre y mirar directamente al paciente, proporcionar un ambiente relajado y alentado y evitar ruidos y distracciones. Al mismo tiempo hay que valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos. Etc.

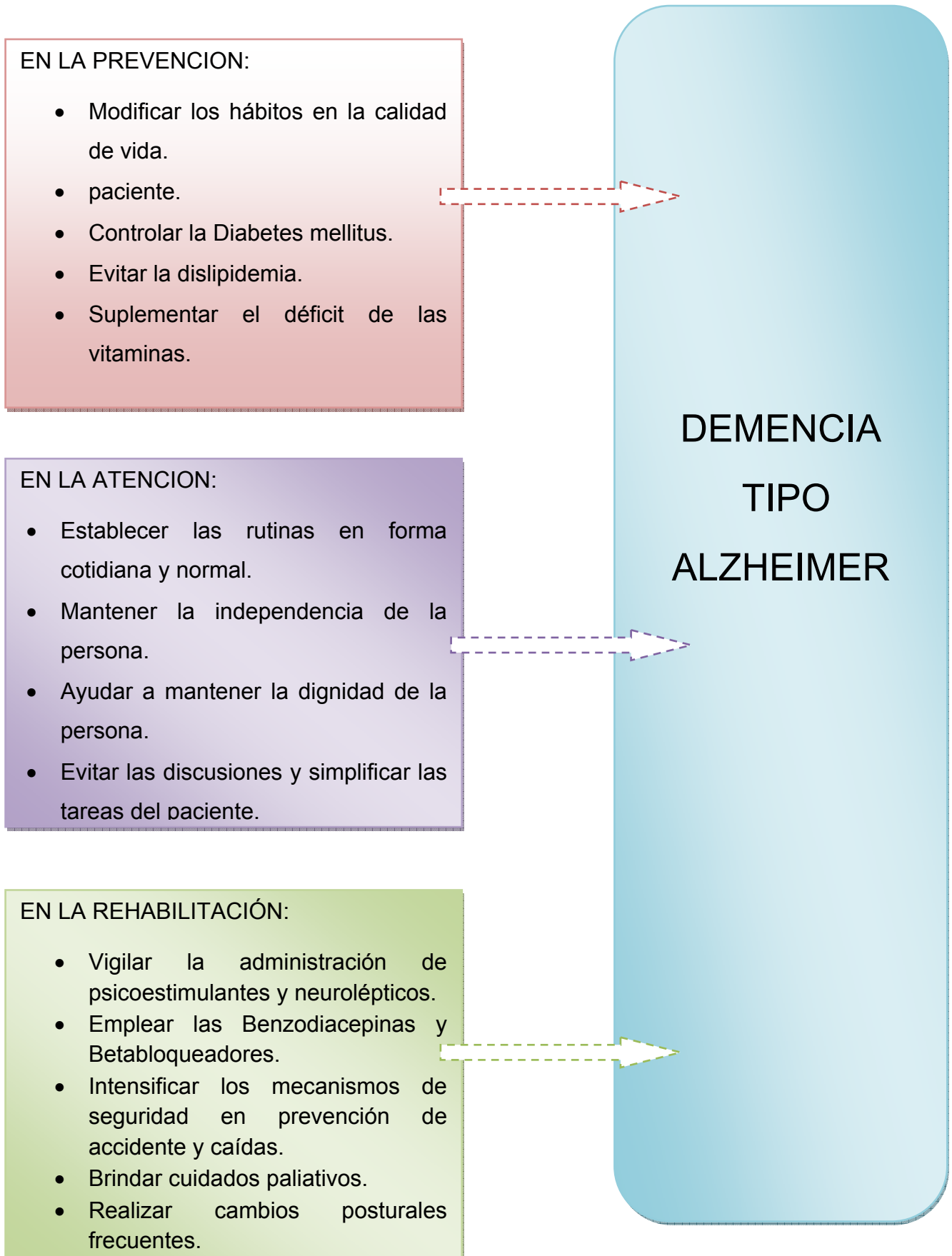
- En la rehabilitación.

Es importante vigilar la administración de psicoestimulantes, que mejoran el nivel de alerta así como de los neurolépticos y narcolepticos , las benzodiacepinas y betabloqueadores para disminuir la agitación y la agresividad. Es necesario también considerar las complicaciones que surgen en el curso de la enfermedad como el encamamiento, optimizar las capacidades físicas y psíquicas que se hallan deterioradas, mantener el mayor tiempo posible la independencia funcional del paciente con especial hincapié en la conservación de la deambulación, e iniciar el tratamiento fisioterapéutico, con ejercicios de relajación, respiratorios, de amplitud inspiratoria y control espiratorio, orientar a los pacientes que imiten los

gestos o movimientos que realiza el fisioterapeuta para posteriormente realizarlos por si solos.

De igual forma la Enfermera Especializada deberá realizar cambios posturales frecuentes, utilizar la masoterapia circulatoria y trófica como: masaje abdominal contra el estreñimiento. También se requiere realizar fisioterapia respiratoria, ejercicios costales, diafragmáticos, sobre todo asistidos, colocando nuestras manos sobre las últimas costillas y abdomen presionando en los movimientos de espiración para facilitar el movimiento. Además, hay que enseñar la higiene postural y ergonomía al cuidador del paciente con demencia senil.

3.1.3. Modelo de relación de influencia de la variable



3.2. TIPO Y DISEÑO DE TESINA

3.2.1. Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

Es analítica porque para estudiar la variable intervenciones de enfermería especializada en pacientes con demencia tipo Alzheimer es necesaria descomponerla en sus indicadores básicos: en la prevención, en la atención, en la Rehabilitación.

Es transversal porque esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir en los meses de noviembre, diciembre 2010, y enero 2011.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de variable intervenciones de enfermería especializada a fin de proponer y proporcionar una atención de calidad y especializada a los pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

Es propositiva porque en esta Tesina se propone sentar las bases de lo que implica el deber ser de la atención Especializada de Enfermería en pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

3.2.2. Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

Asistencia a un seminario Taller de elaboración de Tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Búsqueda de una problemática de investigación de enfermería especializada en las intervenciones de la Especialidad del anciano.

Elaboración de los objetivos de la Tesina así como el Marco teórico conceptual y referencial.

Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco teórico conceptual y referencial de la demencia tipo Alzheimer en la especialidad de atención al anciano.

Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de enfermería en demencia tipo Alzheimer.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo.

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial, de tal forma que con las fichas

fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de enfermería en paciente con Demencia tipo Alzheimer.

3.3.2 Observación.

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista en el Anciano, en la atención de los pacientes con demencia tipo Alzheimer en el Hospital General de Celaya, Guanajuato.

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de esta Tesina al analizar las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Demencia tipo Alzheimer. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista en el anciano, en la prevención, atención y rehabilitación de los pacientes con demencia tipo Alzheimer. Dado que la demencia tipo Alzheimer es la primera causa de muerte en los ancianos en los países desarrollados, es indispensable que la Enfermera Especialista del Anciano valore aquellos pacientes a quienes se sospeche y tengan antecedentes de demencia de tipo Alzheimer.

Por ello, la Enfermera Especialista en el cuidado que otorga a los pacientes con Demencia tipo Alzheimer tiene cuatro áreas básicas de este cuidado que son: los servicios, la docencia, la administración y la investigación, como a continuación se explica:

- En servicios:

La atención de la Enfermera Especialista en el Anciano con demencia tipo Alzheimer, se caracteriza por atender y evitar los problemas cognoscitivos, del Anciano siendo más evidentes los trastornos de la memoria, lenguaje y orientación por ello, debe proporcionar un ambiente coherente, estructurado, rutinario, y libre de obstáculos y orientar al paciente sobre

el entorno que lo rodea, para evitar la agitación e intranquilidad, que esto le puede provocar, Además debe ayudar en las limitadas capacidades del Anciano y así evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar. Es necesario también permitir que el Anciano tenga comportamientos habituales como la acaparación de objetos y el vagabundeo. Se requiere además establecer una rutina fácil de seguir, colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una X los días pasados, para ayudarlo a recordar la fecha correcta, así como una lista de las actividades diarias. Es necesario identificar las puertas de salida, la de las habitaciones, de la cocina, el inodoro entre otras con un dibujo para ayudar a familiarizarlo. Es importante valorar la conducta no verbal del paciente ante la necesidad de defecar, la expresión facial, el lenguaje corporal, postural, gestos etc. La Enfermera Especialista en el anciano debe valorar al paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención o delirio.

Dado que los pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan cuadros de agitación, temor, ansiedad, es necesario que la Enfermera Especialista en el anciano vigile la administración de sedantes y ansiolíticos siempre y cuando estén prescritos. Por ello, debe utilizar todas las herramientas necesarias para optimizar las capacidades mentales, físicas y psíquicas que no han sufrido afectación y mejorar las capacidades que se hallan deterioradas. Para ello es necesario realizar técnicas de refuerzo en el entrenamiento de la memoria que frenan la enfermedad como son las adivinanzas, refranes, ejercicios de completar frases, describir objetos, reconocer personas o asociar parejas, así como también usar técnicas de orientación a la realidad.

La Enfermera Especialista en el Anciano, vigilará al paciente y tratará de enlentecer la evolución de los síntomas de la Demencia tipo Alzheimer y con ello prevenir las complicaciones que surgen en el curso de la enfermedad como el encamamiento. En estos casos la Enfermera Especialista vigilará estrechamente al paciente y pondrá mucho interés en la búsqueda de signos y síntomas que evidencien la presencia de neumonía, atrofia muscular, problemas para la deglución, inmovilidad, estado de mutismo entre otros, y dar inicio al tratamiento fisioterapéutico, con ejercicios de relajación, fisioterapia respiratoria, movilización articular pasiva, activa o activa asistida, y los cambios posturales frecuentes, utilizando la masoterapia circulatoria.

- En docencia:

El aspecto docente de las intervenciones de la Enfermera Especialista en el Anciano, incluye la enseñanza y el aprendizaje del paciente y su familia. Para ello, la Enfermera Especialista debe explicar al paciente con palabras sencillas el funcionamiento normal del cerebro, en qué consiste la fisiopatología de la demencia tipo Alzheimer, los fármacos que se utilizan y cómo actúan estos en el cerebro. La parte de la capacitación fundamental que reciben los pacientes de la Enfermera Especialista es la modificación de los factores de riesgo que son necesarios cambiar para lograr la salud de los pacientes. Por ejemplo, aquellos individuos que fuman es necesario que conozcan los efectos del tabaquismo ya que de esta manera se puede lograr la motivación para que dejen de fumar.

Aunado a lo anterior, es necesario también que la Enfermera Especialista le explique al paciente y la familia, la necesidad de hacer cambios en los hábitos dietéticos para reducir la ingestión de grasas, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, agilizar la memoria con el hábito de la lectura, y preservar el peso corporal ideal. De manera adicional, la Enfermera Especialista le explicará los efectos benéficos que tiene el que el paciente ingrese a un programa de actividad física que logre también efectos benéficos en el desempeño del cerebro. También se requiere que la Enfermera Especialista le explique especialmente a la familia del paciente el tipo de fármacos que le han prescrito porque con ellos se enteraran del beneficio del tratamiento que se espera de su uso, las dosis, los momentos correctos para tomarlos y los posibles efectos colaterales. De esta forma, con esta explicación lo que se busca es que el paciente tenga un apego al tratamiento y que lo lleve de manera como se lo han indicado.

De manera adicional las sesiones de enseñanza y asesoría que otorga la Enfermera Especialista del Anciano también van dirigidas a los miembros de la familia a quienes también debe explicárseles ampliamente en qué consiste la patología que tiene el paciente y cuáles son las medidas preventivas necesarias para enfrentar la demencia tipo Alzheimer. Por ejemplo, es necesario explicarle a la familia los beneficios que tiene el ingresar al paciente a un Centro donde se lleven a cabo programas con terapias físicas que les ayuden a optimizar y mantener las capacidades tanto físicas, psíquicas, mentales que no hayan sufrido afectación y mejorar las capacidades que se hayan deterioradas .

- En la administración.

La Enfermera Especialista en el Anciano ha recibido durante la carrera de Enfermería las enseñanzas de Administración de los servicios de Enfermería. Por ello es necesario que la Especialista planee, organice, integre, dirija y controle los cuidados de Enfermería en beneficio de los pacientes con Demencia tipo Alzheimer. De esta forma y con base en los datos de la valoración y de los diagnósticos de Enfermería que ella realiza, entonces la Enfermera Especialista planeará los cuidados teniendo como meta principal el que el paciente mantenga el mayor tiempo posible la independencia funcional, las capacidades físicas y psíquicas.

Dado que la demencia tipo Alzheimer pone en riesgo la vida del paciente la Especialista en el Anciano, planea entonces cuatro tareas principales de cuidado disminuir la ansiedad, valorar y tratar los procesos fisiopatológicos, los peligros que ponen en peligro la vida del paciente, iniciar las terapias físicas, psíquicas, y completar las tres primeras tareas lo más rápido posible. Así, la evolución de las intervenciones de la Especialista van encaminadas a optimizar las capacidades físicas, psíquicas, que no han sufrido afectación y mejorar y mantener las capacidades que se hayan deterioradas.

- En investigación:

El aspecto de investigación permite a la Enfermera Especialista en el Anciano hacer diseños de investigación, protocolos o proyectos de investigación derivados de la actividad que la Enfermera Especialista

realiza. Por ejemplo, el estudio de los factores de riesgo con un paciente con Demencia tipo Alzheimer, el estrés, el bajo nivel académico, el tabaquismo, el alcoholismo, factores de riesgo cardiovascular, así como también la valoración psicosocial del paciente y su familia. Desde luego, el afrontamiento de la demencia tipo Alzheimer por parte del paciente y su familia, las complicaciones de los pacientes con demencia, los diagnósticos de Enfermería, los planes de atención etc. son también temáticas que la Enfermera Especialista en el Anciano debe realizar en investigaciones en beneficio de los pacientes.

4.2 RECOMENDACIONES

- Modificar los hábitos en la calidad de vida, del Anciano al empezar con terapias físicas a través de ejercicio, una dieta balanceada, dejar de ingerir bebidas alcohólicas, así como el tabaquismo, y sustancias tóxicas.
- Ingresar a un grupo de actividades recreativas, al Anciano iniciando en cualquier etapa de su vida, donde la persona tenga posibilidades de hacerlo, para lograr mantener una estabilidad física, social y mental.
- Aumentar la escolaridad del Anciano haciendo el propósito de seguir estudiando a nivel abierto, el grado de estudio en el que se quedó, durante su etapa escolar, ya sea primaria, secundaria, preparatoria, o Universidad, así como tomar cursos, diplomados, y capacitación en general. Esto le ayudara para mantener ocupada la mente del Anciano desarrollando su capacidad mental.

- Realizar actividades físicas, mentales, sociales y recreativas, como caminar, bailar, nadar, jugar cartas, ajedrez, realizar lectura de libros, revistas, periódicos, jugar a memoria, ir al cine, al teatro, formar parte de un club social donde pueda conocer nuevas amistades. La persona puede realizar alguna de estas actividades al estar haciendo sus tareas diarias, o donde ella tenga la posibilidad económica para hacerlo. Esto le ayudara para favorecer sus relaciones sociales adecuadas.

- Suplementar el déficit de ácido fólico consumiendo alimentos que lo contengan como el (hígado, hígado de pollo, de ternera y de pavo, garbanzos frijoles lentejas, melón aguacate naranja y plátano) El déficit de Vitamina B12 Caba lamina (almejas, atún ternera). El déficit de niacina B3 (contenido en las carnes de res, de pollo, atún, aguacate, papas, arroz, avena). Estas vitaminas sirven para prevenir la anemia megaloblástica, los ataques cardiacos, la depresión, y alteraciones en el cerebro.

- Evitar el sobrepeso, del Anciano llevando una dieta balanceada o equilibrada que a través de los alimentos que forman parte de cada una de las comidas aporte nutrientes en las proporciones en las que el organismo sano necesita para su buen funcionamiento. Cuando el cuerpo (organismo) procesa los componentes de los alimentos, estos proporcionan la energía (calorías) necesarias para que cada parte del cuerpo cumpla con sus funciones.

- Evitar la dislipidemia, llevando una dieta hipocalórica e hipo grasa, en el Anciano. El plan de alimentación es excluir los hidratos de carbono simple y el alcohol, ya que aumentan la síntesis hepática de los triglicéridos. Se

logran disminuir los niveles de triglicéridos cuando se consumen granos y semillas, aceites de trigo, pescado como salmón, sardina y bacalao.

- Controlar la presión arterial, monitorizando constantemente las cifras de tensión arterial en diferentes horarios, en estado de reposo y después de realizar algún esfuerzo físico, en ambos brazos, tomando siempre como referencia la cifra más alta. Se logra establecer cuando se lleva una dieta hiposódica, sin grasas, realizando ejercicio físico, para reducir enfermedades vasculares y cardíacas.

- Controlar la Diabetes mellitus a través de una dieta elaborada específicamente para la persona enfocada a la reducción de peso, debe limitar el consumo de alcohol que es una fuente de calorías concentradas, tomar los medicamentos prescritos por el médico, realizar ejercicio físico que ayuda a reducir el peso. El Anciano puede llevar a cabo estas medidas cuando se encuentre estable y en su hogar al realizar las actividades diarias.

- Eliminar el tabaquismo. Para ello es necesario iniciar una rutina diaria de ejercicios físicos, ingerir mucha agua y jugos naturales y ricos en vitamina C para disminuir la nicotina en la sangre, y eliminar las bebidas alcohólicas que acostumbre acompañar con el cigarro.

- Dejar de fumar tomando una decisión firme y precisa, para lograr evitar enfermedades cardíacas producidas por el tabaquismo, y lograr descender las cifras de presión arterial y colesterol.

- Manejar la depresión acudiendo al médico para solicitar el medicamento adecuado, mantener distraída y ocupada a la persona al realizar paseos, ir al cine, salir a comer fuera de casa, llevar a cabo actividades recreativas, que solía realizar antes de presentar la demencia, y hacer ejercicios físicos leves.

- Disminuir la polifarmacia atendiéndose siempre que sea posible por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar con la mayor integridad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales a veces se alivian o eliminan con un análisis minucioso del problema y sugerencias no farmacológicas como un simple cambio de estilo de vida.

- Aplicar los instrumentos de las escalas cognitivas – conductuales de diagnóstico como son la Escala Mini mental, para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Es un test que tiene alta dependencia del lenguaje y consta de varios ítems relacionados con la atención se puede efectuar en 5 a 10 min. Sirve para evaluar la orientación, el registro de información, la atención, el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación de 30, una calificación menor de 24 sugiere demencia, y menor de 10 una demencia severa.

- Ayudar al Anciano en sus limitadas capacidades, proporcionándoles un ambiente coherente, seguro y rutinario. Cuando la persona presenta las primeras alteraciones en las primeras fases de la demencia, como son las afectaciones cognitivas, de memoria, auditivas, sensoriales, perceptivas, emocionales entre otras. hay que brindarle seguridad y confianza.

- Evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar. Se conseguirá al brindar un trato digno, tranquilo, evitando preguntar o repetir varias veces, las mismas cosas. Cuando el paciente inicia con los primeros síntomas, puede darse cuenta de que está presentando alguna alteración y esto le provoca miedo y frustración, sobre todo en situaciones que ponen en riesgo su vida. Estas medidas son importantes para evitar que la persona presente angustia, y desesperación.

- Permitir comportamientos habituales, como la acaparación de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro, evitando dejar objetos en el piso, para evitar que sufra caídas, y no cambiar los muebles para no desorientarlo en el espacio al que está acostumbrado. Cuando presente este tipo de alteraciones en el hogar, o cuando se encuentre fuera de casa, hay que mantener vigilado constantemente al Anciano para evitar frustración, caídas, y angustia.

- Elaborar un álbum de fotos para recordar el pasado con fotografías de acontecimientos importantes en su vida como su infancia, su adolescencia, su primera comunión, su casamiento, el nacimiento de sus hijos, las reuniones familiares, los amigos. Cuando la persona se encuentre en las primeras fases de la demencia, que es cuando presentan deterioro de la memoria. Mostrar el álbum diariamente en su casa, con la familia reunida, para ayudarle a recordar los nombres de las personas que se encuentran en las fotografías.

- Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones para ayudar a recordar su nombre y su función. En una hoja de papel, dibujar

los objetos que se encuentren en el closet, (calcetines, medias, pantaletas, sostén.) en las puertas ya sea la puerta de salida, del wc, la habitación de mamá, la puerta del closet, etc.

- Colocar un reloj y un calendario grande en el cuarto del Anciano y marcar con una X los días pasados, para ayudarlo a recordar la fecha correcta, preguntarle diariamente el día, la hora, el año, si es posible que lo recuerda y no presionarlo si no lo recuerda. Esto ayudara a orientarlo en el tiempo.

- Elaborar una lista de las actividades diarias, que se realizan dentro de su hogar anotando en orden cronológico las rutinas que la persona hace desde que se levanta. Por ejemplo, tender la cama, ir al baño, bañarse, desayunar, ayudar en las actividades de la casa. Cuando la paciente se encuentre indispuesta no obligarla a realizar las tareas. Esta actividad sirve para lograr integrar a la persona al núcleo familiar.

- Evitar ruidos y distracciones, no tener la música y la televisión muy fuertes, hablar en forma calmada y sin gritos, poner música suave, relajada, y que sea de su preferencia, cuando el paciente se encuentre en el hogar. Cuando este fuera de casa, evitar los lugares muy aglomerados y con mucho tráfico, para evitar que la persona se angustie y se estrese.

- Valorar la conducta no verbal, como las expresiones faciales, el lenguaje corporal, las posturas, los gestos, que utilizan las personas para comunicarse. Cuando se encuentra en la segunda fase y han perdido parte de sus capacidades cognoscitivas y sensoriales y utilizan esta

expresiones para darse a entender. Esto les ayudará a disminuir su angustia, al satisfacer adecuadamente su necesidad.

- Escuchar al paciente e incluirlo en la conversación permitiendo que él Anciano dé a conocer su punto de vista y no contradecirlo en ningún momento, si lo que está diciendo no tiene sentido o se encuentra fuera de la realidad. Cuando sea posible dirigirse a él y pedirle su opinión, preferentemente cuando se encuentre en el hogar y con los miembros de la familia.

- Estimular al paciente a describir historias o situaciones pasadas. Pedirle que recuerde acontecimientos importantes de su vida como las fechas de los nacimientos de sus hijos, el casamiento, la convivencia con sus padres, y el lugar donde vivieron durante su infancia. Hacer este tipo de terapias cuando la mayoría de los miembros de la familia se encuentren en casa, para ayudar a la persona a sentirse motivada a recordar y favorecer de esta manera su integración familiar.

- Utilizar zapatos con suela antideslizante, que no tengan agujetas, ni cierres, que sean fáciles de poner y quitarse y que no use pantuflas ni botas para caminar, sobre todo cuando se encuentre en el hogar realizando sus actividades rutinarias o cuando se encuentra en la calle caminando o realizando alguna actividad física.

- Valorar los hábitos intestinales y urinarios, llevar al Anciano al cuarto del baño a la misma hora todos los días que suele defecar para estimularlo y pueda realizar sus evacuaciones adecuadas y pausadamente sin prisas.

Procurar que lo haga siempre en el baño de su hogar y evitar llevarlo a un inodoro público, o al de una casa que no le sea familiar.

- Ayudar a limpiarse la zona perianal después de la eliminación, dándole seguridad, confianza, apoyo, ternura evitando las muecas de desagrado, enojo, de mal olor y enfado. Cuando la persona no tenga la capacidad para realizar la actividad por sí solo, o haya evacuado en forma abundante.

- Procurar que la zona perianal este seca después de orinar, ayudando a la persona a ir al baño y utilizando el papel sanitario adecuadamente en caso de ser mujer. El papel se usa de la vulva hacia el área perianal. Con la zona perianal seca se ayuda a la persona a conservar la integridad de la piel.

- Valorar al paciente en busca de causas de incontinencias, que pueden ser por esfuerzo, por urgencia, por rebosamiento, la infección urinaria, la retención o delirio este último causado por la infección, o la administración de algunos medicamentos, Acudir al médico en caso de presentar alguna de las siguientes alteraciones y seguir al pie de la letra las indicaciones, para evitar periodos de confusión, a las ya agregadas por la Demencia presentada.

- Limitar la ingesta de líquidos por la noche. Los líquidos hay que darlos y distribuirlos durante el día, procurando darle solo agua pura, toda la que la persona solicite, o jugos de frutas naturales sin azúcar. Si es posible colocar un pañal desechable, para evitar que la persona se levante a

orinar durante la noche, y pueda sufrir alguna caída y con ella las múltiples complicaciones.

- Evitar que los pacientes se queden dormidos durante el día. Por ello hay que realizar actividades planeadas como paseos cortos por las calles, por el parque, jugar cartas, ajedrez, formar un rompecabezas, hacer ejercicios de calentamiento sobre todo cuando la persona se sienta deprimida, angustiada, y triste, durante su estancia en el hogar.

- Administrar sedantes y ansiolíticos, siempre y cuando estén prescritos por el médico tratante, y en las dosis indicadas, en las fases intermedias de la enfermedad. Las personas con demencia presentan irritabilidad, agresividad, temor, lo que agrava su estabilidad emocional. El uso de estos medicamentos ayuda a mantenerlos relajados.

- Valorar la incapacidad de vestirse, alimentarse, bañarse, etc. Cuando la persona cursa la tercera etapa de la demencia, es incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, y es totalmente dependiente. Es por ello que es importante valorar el estado físico y cognoscitivo y someterlo a terapias rehabilitadoras, para disminuir la atrofia muscular.

- Proporcionar instrucciones paso a paso, para que el paciente pueda realizar el máximo número de tareas por sí solo, como vestirse, bañarse, peinarse, lavarse los dientes, tender su cama, servir los alimentos, poner la mesa, entre otras cuando la persona se encuentre en su hogar.

- Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir, ya que cuidar a una persona con Demencia Alzheimer implica mucho desgaste, físico, emocional. Por tal razón es necesario motivarlo a participar en grupos de autoayuda local y nacional, así como aconsejarlos a que sigan manteniendo sus amistades y acudan a los actos sociales.

- Identificar los sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que el cuidador pueda mantener una vida social, mientras otra persona ya sea de la familia, amigo, vecino entre otras se encargue de cuidar a la persona enferma. El cuidador puede seguir con su vida normal acudiendo a eventos sociales, familiares, actividades recreativas, diversiones, para favorecer su integridad físico, social y mental.

- Reducir los estímulos ambientales, como el ruido y la luz, entre otros en su hogar o fuera de este. Ya que estos pueden provocar reacciones específicas innecesarias que pueden alterar la estabilidad de la persona enferma, y provocarle ansiedad, irritabilidad, agresividad, y miedo.

- Llevar un registro específico de los signos y síntomas del Anciano el factor precipitante, y la hora, de todos y cada uno de los comportamientos que presenta el enfermo durante el día y la noche, vigilándolo constantemente en forma discreta y evitar que el enfermo se sienta acosado. Esto servirá para entender y conocer la forma que utiliza para expresarse y así evitar reacciones de frustración y de miedo al no poder darse a entender.

- Realizar técnicas de esfuerzo de la memoria que frenan la enfermedad, como son el entrenamiento de la memoria con adivinanzas, refranes, trabalenguas , ejercicios de completar frases, describir objetos, reconocer personas, asociar parejas entre otros. Sobre todo cuando la persona se encuentra en su hogar, para integrar a todos los miembros de la familia en todas estas actividades.

- Realizar técnicas de orientación a la realidad haciendo que repita a diario pero sin agobiarlo todos los datos correctos sobre los lugares, la fecha, los miembros de la familia, y el lugar donde están las cosas, sobre todo cuando el enfermo se encuentra estable y tranquilo.

- Utilizar la musicoterapia al tocar y escuchar la música de preferencia del Anciano sobre todo aquella que le provoque alguna emoción especial. Hay que sacarlo a bailar, cantar con la persona o dejar que él pueda entonar alguna melodía que recuerde. No mostrar muecas de burla si la persona no se sabe correctamente la letra de la canción.

- Utilizar la reminiscencia, al narrar historias y acontecimientos importantes durante su vida, contar cosas del pasado, como el nacimiento de sus hijos, su matrimonio, sus viajes, en fin que hable de todo lo que recuerde, lo que le resulta provechoso. Sobre todo cuando se encuentra con amigos, familiares cercanos que pueden compartir con él sus experiencias narradas.

- Utilizar la ergoterapia, al integrarlo a realizar actividades manuales, como pintura, esculturas con barro o plastilina, juegos, costura, tejidos.

Carpintería, entre otras, las cuales las puede llevar a cabo en un centro recreativo o en su hogar pero siempre bajo la supervisión continua de alguien.

- Evitar el aburrimiento al implementar una pequeña tabla de gimnasia de ejercicios de calentamiento, y de relajación, de veinte minutos diariamente durante el día para que mueva todas las articulaciones.

- Prevenir el estreñimiento, al realizar paseos diarios por veinte minutos a la misma hora, llevar una dieta rica en fibra, integrar legumbres, frutas y verduras, y una ingesta adecuada de líquidos de 1 a 1.5 litros durante el día.

- Valorar el tratamiento farmacológico y evitar la automedicación de laxantes, todo para favorecer la motilidad intestinal y facilitar las evacuaciones.

- Vigilar la administración de medicamentos psicoestimulantes, como las anfetaminas entre otras, siempre y cuando hayan sido indicadas por el médico y dar solo la dosis autorizada, sobre todo cuando la persona se encuentre apática, somnolienta, adinámica. Estos fármacos son utilizados para mejorar el estado de alerta, de vigilia, combaten el sueño, producen una sensación de energía, y esto favorece que la persona pueda mantenerse en movimiento y evitar la atrofia muscular.

- Vigilar la ingesta de neurolépticos y anti psicóticos como las Fenotiazinas, Propamizina, Haloperidol entre otros, cuando la persona presenta

conductas y síntomas psicóticos como alucinaciones, agresividad, y agitación, para mantener a la persona estable.

- Emplear las Benzodiacepinas como el Diazepam, Clonazepam, Alprazolam, bajo prescripción médica, cuando la persona presenta trastornos de ansiedad, que son manifestados por palpitación, sudoración, respiración rápida, temblor, sensación de que va a pasar algo malo.

- Tratar de enlentecer en lo posible, la evolución de los síntomas de la demencia tipo Alzheimer, al mejorar la calidad de vida, al integrar a la persona en actividades recreativas como la elaboración de trabajos manuales, realizar ejercicio físico con una rutina de gimnasia, actividad mental y manteniendo las actividades sociales.

- Prevenir las complicaciones que se presentan en el curso de la enfermedad como neumonía, úlceras por presión, atrofia muscular, el encamamiento, dependencia total, mutismo, incontinencia urinario – fecal.

- Mantener el contacto afectivo en todo momento, con expresiones de cariño como caricias, abrazos, el tocar sus manos, besarlo, hablarle con amabilidad, ya que la memoria de los afectos nunca se pierde. La persona va perdiendo sus capacidades cognitivas, pero nunca pierde su sensibilidad hacia los estímulos afectivos, y es necesario que se tenga en cuenta por todos aquellos familiares y profesionales que están en contacto con estos pacientes.

- Mantener el mayor tiempo posible la independencia funcional del paciente con especial hincapié en la conservación de la deambulaci3n, con la integraci3n a un Centro recreativo para recibir terapias f3sicas, con el apoyo de algunos aparatos, o bien en el hogar iniciando con una rutina de ejercicios f3ciles, sencillos y utilizar algunos instrumentos que se nos ayuden a poner cierta resistencia para realizar los movimientos y fortalecer de esta manera el aparato musculo – esquel3tico.

- Iniciar el tratamiento f3sioter3pico con ejercicios de relajaci3n tipo Jacobson, al tensar deliberadamente los m3sculos que se tensan en una situaci3n de ansiedad o temor, para posteriormente relajarlos conscientemente, practicar este ejercicio dos veces al d3a o antes de enfrentarnos a una situaci3n estresante.

- Realizar f3sioterapia respiratoria, colocando a la persona en posici3n de dec3bito lateral izquierdo y despu3s derecho con las palmas de la mano hacia abajo y en posici3n hueca darle golpes en la espalda durante un periodo de 10 minutos por cada lado, se repite la acci3n tambi3n por la parte anterior, regi3n tor3cica.

- Evitar la formaci3n de úlceras por presi3n, con una buena hidrataci3n, con la ingesta de l3quidos de 2 litros distribuidos durante el d3a, brindar una dieta hiper proteica, mantener la piel limpia e hidratada, hacer cambios frecuentes de posici3n m3nimo cada dos horas, proteger las prominencias 3seas, sobre todo cuando la persona se encuentre encamada e inm3vil.

- Vigilar la presencia de incontinencia urinaria, colocar un pañal y revisarlo periódicamente, para evitar la presencia de infecciones urinarias y las lesiones de la piel. Observar y percibir el olor fuerte y el color oscuro de la orina, tomar la temperatura corporal. En estos casos debemos consultar con el Geriatra que atiende al Anciano, para descartar alguna posible infección urinaria.

- Realizar la movilización articular con ejercicios activos llevados a cabo por el paciente bajo la supervisión de la Enfermera, asistidos cuando la Enfermera le ayuda al paciente si este no puede hacer los ejercicios independientemente, o pasivos cuando los realiza la Enfermera, tomando en cuenta que una articulación debe moverse dentro de su rango de movimiento tres veces, al menos dos veces al día.

- Estimular al cuidador primario para que solicite ayuda, al hablar con los miembros de la familia, amigos o vecinos que pudieran estar en la posibilidad de apoyar en el cuidado de su familiar, sobre todo cuando las condiciones en la atención son inadecuadas por el desgaste físico, emocional del cuidador.

- Mantener una adecuada higiene personal, al permitir que haga todas las actividades que pueda realizar por si solo como lavarse los dientes, o limpiar la dentadura postiza mínimo una vez al día, lavarse las manos, peinarse, afeitarse, bañarse él solo si es posible y si no, ayudarlo proporcionándole el tiempo que sea necesario y no presionarlo en ningún momento.

5. ANEXOS Y APENDICES.

ANEXO No. 1: FOTOGRAFIA DE ALOIS ALZHEIMER.

ANEXO No. 2: AUGUSTE DETER.

ANEXO No. 3: PRUEBAS DE ESCRITURA DE LA PACIENTE
AUGUSTE DETER..

ANEXO No. 4: MARAÑAS NEUROFIBRILARES.

ANEXO No. 5: DIFERENCIA ENTRE UN CEREBRO NORMAL Y
UNO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

ANEXO No. 6: CAMBIOS CEREBRALES EN LA ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER.

ANEXO No. 7: CAMBIOS ANATOMICOS EN LA ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER.

ANEXO No. 8: FACTORES DE RIESGO PARA LA DEMENCIA
TIPO ALZHEIMER.

ANEXO No. 9: CITOESQUELETO

ANEXO No. 10: PROTEINA TUBULINA TAU.

ANEXO No.11: PRUEBA DE BARTHEL: ACTIVIDADES
BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

ANEXO No. 12: EXAMEN DE MINIMENTAL Y PRUEBA DE FOLSTEIN.

ANEXO No. 13: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

APÉNDICE No. 1: ACTIVIDADES TERAPEUTICAS DE MOTIVACION
COGNITIVO SOCIAL.

APÉNDICE No. 2: ELABORACION DE UN RELOJ QUE MARQUE LAS
11:10

ANEXO NO. 1
FOTOGRAFIA DE ALOIS ALZHEIMER.



FUENTE: GOGLE. Com. Fotografía de Alois Alzheimer. En internet: Enfermedad de Alzheimer una panorámica desde su primera aparición en internet:, p.1 consultado el día 12 de Dic. del 2010.

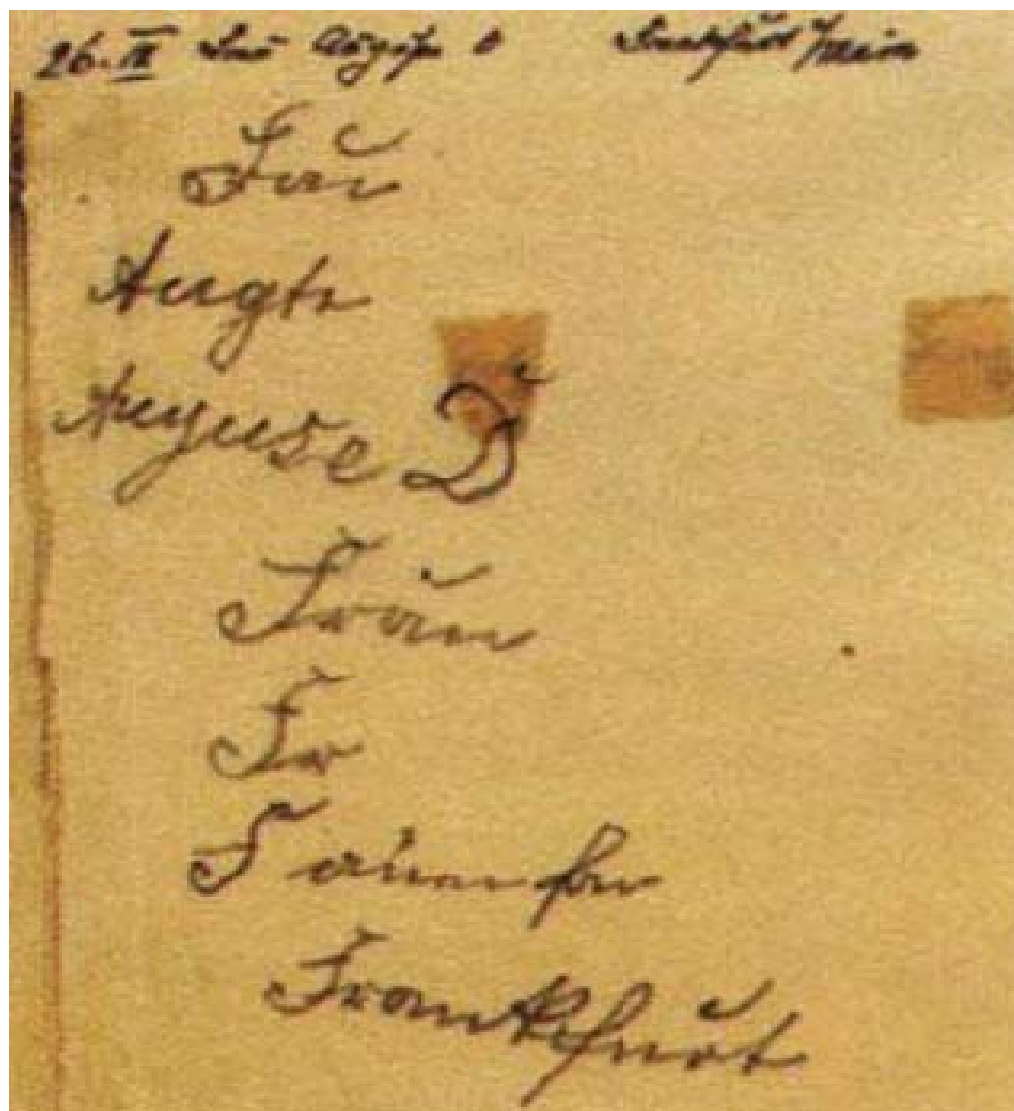
ANEXO No. 2
AUGUSTE DETER.



FUENTE: GOGLE. Com. Auguste Deter. En internet: Enfermedad de Alzheimer una panorámica desde su primera aparición en internet: www.nietoeditores.com.mx/download/med. México,2010, p.1 consultado el día 12 de Dic. del 2010.

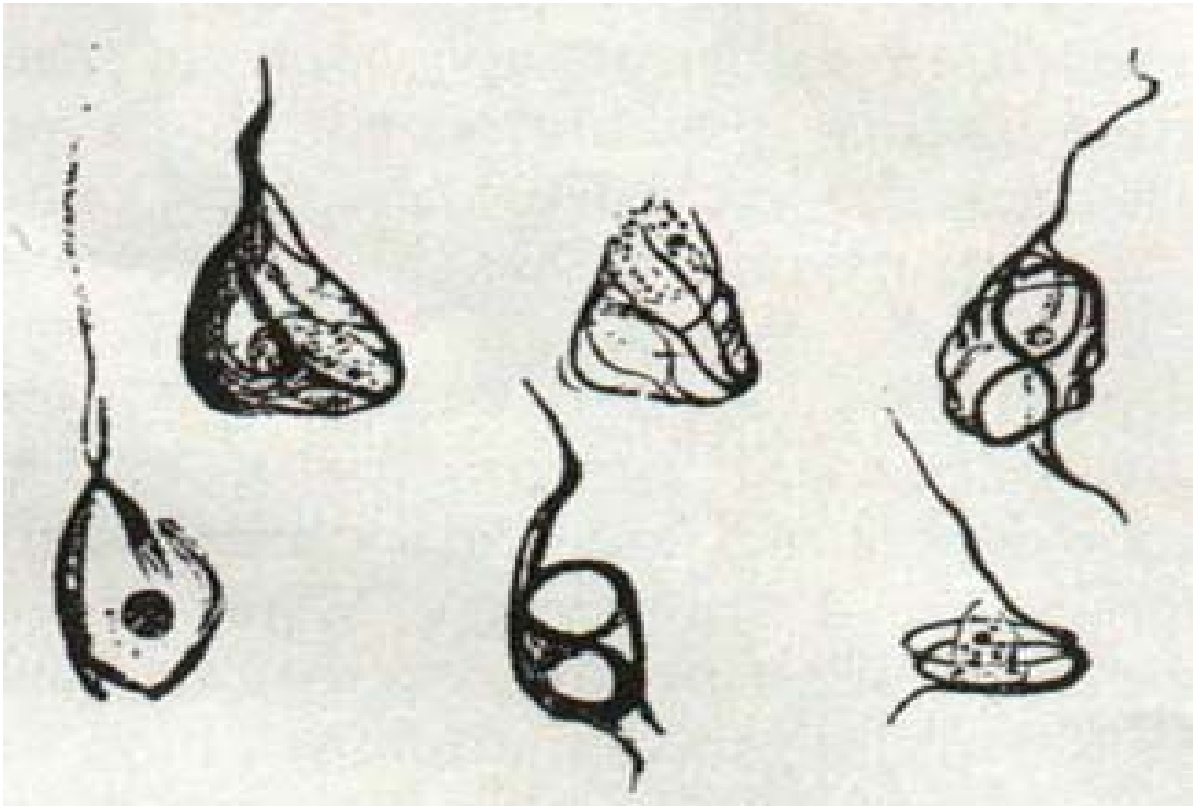
ANEXO No. 3

PRUEBAS DE ESCRITURA DE LA PACIENTE AUGUSTE DETER.



FUENTE: Misma del Anexo No. 2 p.3

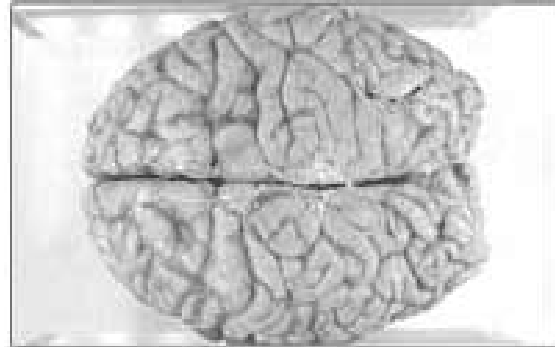
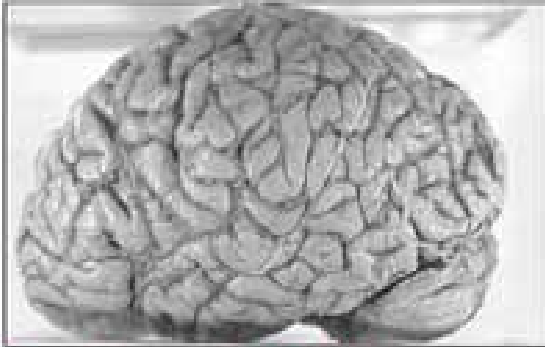
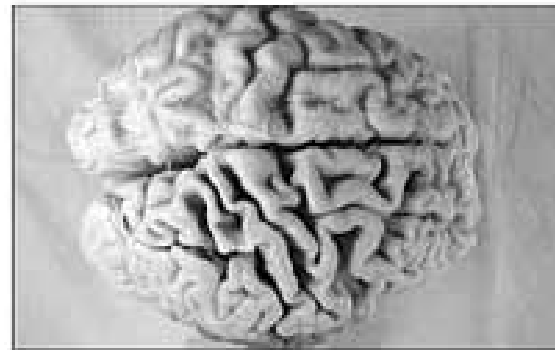
ANEXO No. 4
MARAÑAS NEUROFIBRILARES.



FUENTE: Misma del Anexo No. 1 p.2

ANEXO No. 5

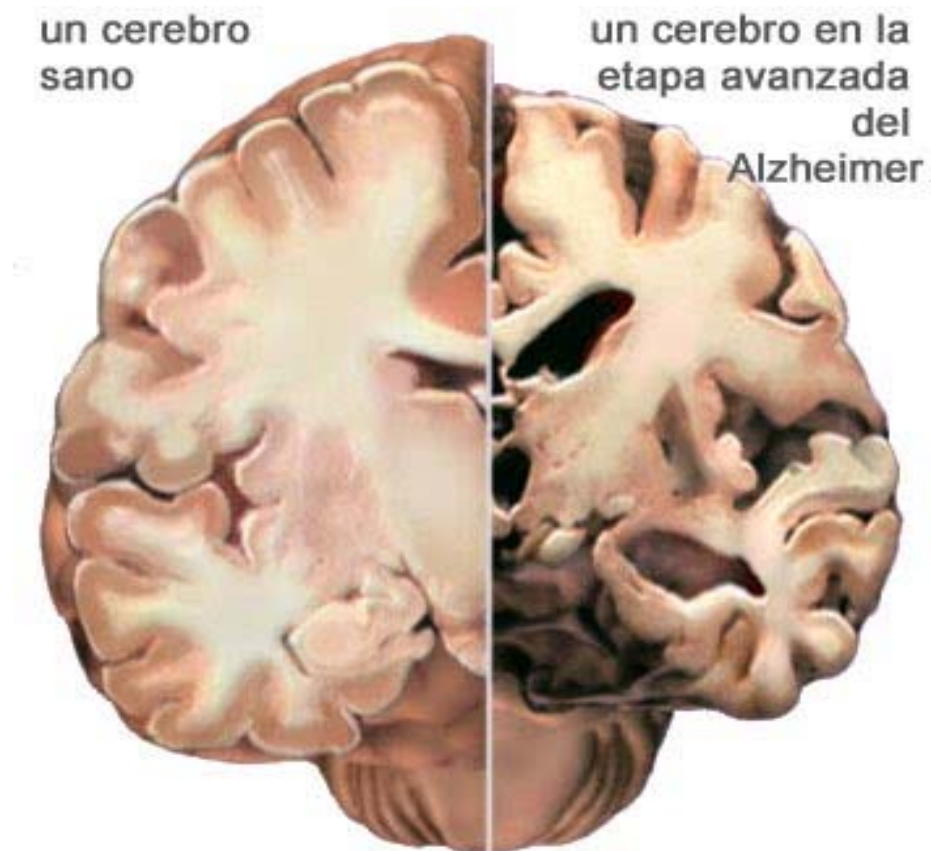
DIFERENCIA ENTRE UN CEREBRO NORMAL Y UNO CON ALZHEIMER

Cerebro normal**Cerebro con Alzheimer**

Las circunvalaciones presentan surcos más pronunciados (zonas oscuras) producto de la disminución del grosor del cortex cerebral, secundaria al proceso de daño y destrucción neuronal.

FUENTE: Google.com. Diferencia entre un cerebro normal y uno con Alzheimer. En internet <http://neuropsicologia.blogspot.com/2010/02/el-Alzheimer-la-demencia-mas-frecuente.html>. México, 2010, p.3 Consultado el día 12 de Dic. del 2010.

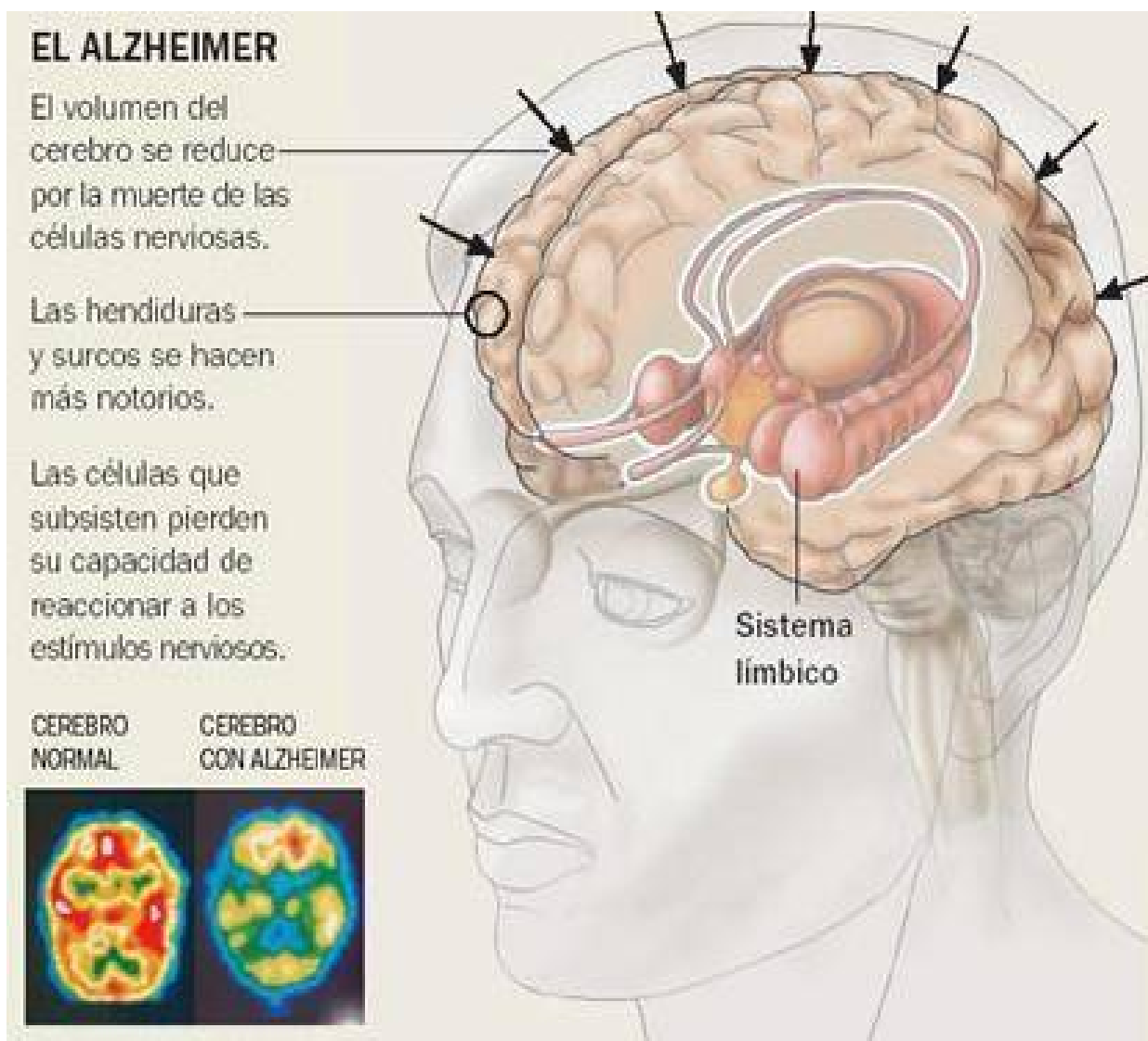
ANEXO No. 6
CAMBIOS CEREBRALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.



FUENTE: Misma del Anexo. No. 3 p.1

ANEXO No. 7

CAMBIOS ANATOMICOS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.



FUENTE: VANDER Cammen. Manual clínico de geriatría. Ed. Manual moderno. México, 1994, p. 39

ANEXO No. 8

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEMENCIA ALZHEIMER.

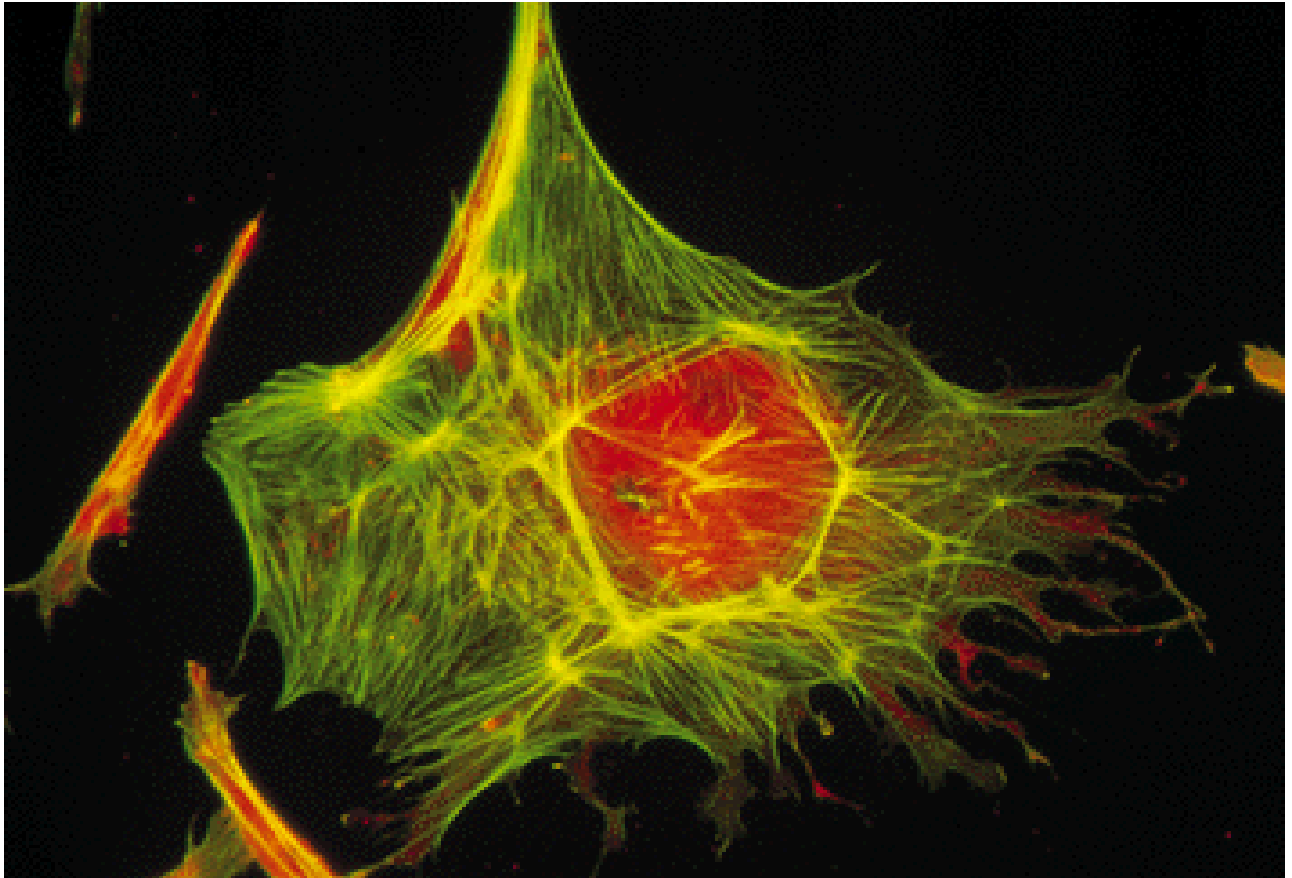
<ul style="list-style-type: none"> • Genes Defectuosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • En determinados cromosomas como son: 1,14,19, 21 y la variante Apo E4. Que produce un establecimiento de la enfermedad a una edad avanzada.
<ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Principal factor para la E.A. Su incidencia aumenta progresiva con la edad, se duplica cada 5 años a partir de los 60 años de edad.
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento 2 o 4 veces mayor de desarrollar Alzheimer en sujetos con familiares en primer grado en especial en casos de inicio.
<ul style="list-style-type: none"> • Longevidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeña un papel muy importante.
<ul style="list-style-type: none"> • ApoE- 4 	<ul style="list-style-type: none"> • La apolipoproteína E (APOE) es la proteína de transporte de colesterol más importante en el cerebro, donde tiene una

	<p>función central en el metabolismo de los lípidos y está involucrada en la reparación neuronal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas con cromosoma 21 tienen cambios neuropatológicos de EA. Después de los 40 años se relaciona con la proteína precursora del amiloide (PPA). Codificada en el cromosoma 21.
<ul style="list-style-type: none"> • Escolaridad Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • El desempeño laboral de alta demanda intelectual incrementa la reserva cognitiva, ya sea por un aumento en las conexiones sinápticas o por un mayor desarrollo de estrategias cognitivas.
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo Cardiovascular 	<ul style="list-style-type: none"> • La hipertensión arterial, Diabetes mellitus, y la hipercolesterolemia son factores que incrementan el riesgo de desarrollar Alzheimer.

	Independientes de las posibilidades de presentan o no eventos vasculares cerebrales.
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo craneo encefálico 	<ul style="list-style-type: none"> • Un Traumatismo craneal significativo por lo común reflejado por la pérdida de alerta relacionada, es un factor de riesgo para la Demencia Alzheimer ya que al parecer favorece el depósito de B-amiloide en las aéreas corticales expuestas a dicho traumatismo.

FUENTE: Carlos d'Hiver y Luis Miguel Gutiérrez. Geriatría. Ed. Manual Moderno. 2ª ed. México. 2009 p 392.

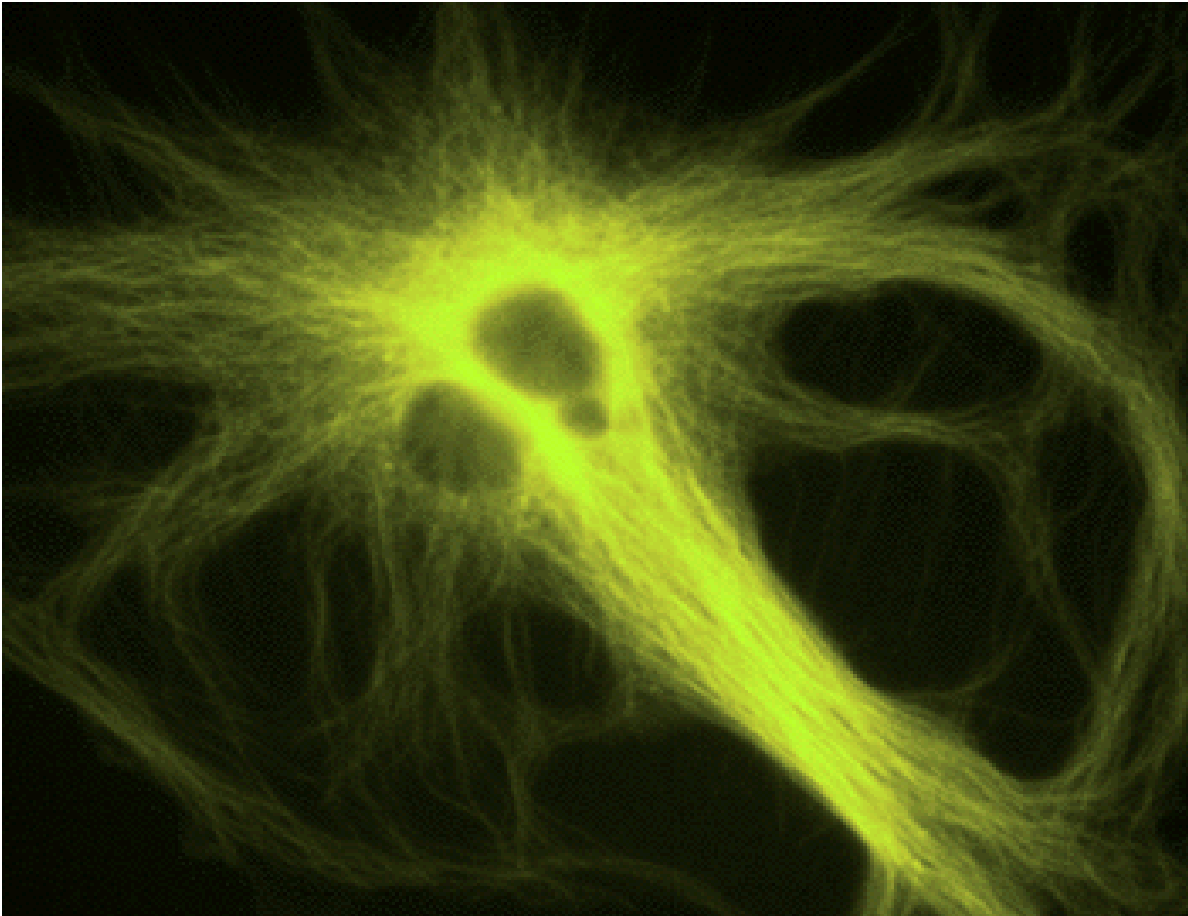
ANEXO No. 9
CITOESQUELETO.



Los filamentos de actina en una célula endotelial (vaso sanguíneo). Los hilos de color amarillo son las formas polimerizadas de la proteína (actina) y el rojo indica la presencia de unidades individuales de la proteína.

FUENTE: Gogle.com. cito esqueleto. En internet [http: /www. cancerquest. Org ./index](http://www.cancerquest.Org./index). México, 2010, p.3 Consultado el día 14 de Dic. del 2010.

ANEXO No. 10
PROTEINA TUBULINA, TAU



Otros filamentos críticos del citoesqueleto son los microtúbulos. Ellos también son polímeros, y están compuestos de la proteína tubulina Tau.

FUENTE: Misma del Anexo No. 8 p.4

ANEXO No.11

PRUEBA DE BARTHEL, ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	<ul style="list-style-type: none"> - Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente 	10 5 0
Lavarse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente 	5 0
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente 	10 5 0
Arreglarse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente 	5 0
Deposiciones (valórese la	<ul style="list-style-type: none"> - Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de 	10 5

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
semana previa)	<p>incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas</p> <p>- Incontinencia</p>	0
Micción (valórese la semana previa)	<p>- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta</p> <p>- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda</p> <p>- Incontinencia</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>
Usar el retrete	<p>- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...</p> <p>- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo</p> <p>- Dependiente</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>
Trasladarse	<p>- Independiente para ir del sillón a la cama</p> <p>- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</p> <p>- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo</p>	<p>15</p> <p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Dependiente	
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente 	15 10 5 0
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente 	10 5 0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
≥ 60	Leve	
100	Independiente	

FUENTE: Misma del Anexo No. 10 p.2

ANEXO No. 12

EXAMEN DE MINIMENTAL Y PRUEBA DE FOLSTEIN.

Escala cognitiva. Conductual para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona.

Prueba	Puntuación
¿En qué año, estación, día (nombre y número, mes, estamos?	5
¿En qué país, provincia, ciudad, lugar, piso, estamos?	5
Se nombran 3 objetos: se enuncian lentamente y se pide al paciente que repita esos nombres (debe repetirlos hasta que aprenda los 3)	3
Se le pide que cuente de 7 en 7 hacia atrás (5 saltos) o que deletree la palabra "filtro" en sentido inverso	5
Se le solicita nombrar 3 de los objetos mencionados antes, sin relación entre sí	3
Se le pide describir lo que se le muestra; por ejemplo un lápiz o un reloj	2
Se le hace repetir la frase "los peros, los pros y los contras"	1
Debe ejecutar una orden de 3 pasos (1 punto cada uno); por ejemplo: "Tome una hoja, dóblela y póngala en el piso"	3
Después de leerla, debe cumplir la orden de "cierre los ojos"	1
Se le pide escribir una oración sencilla	1
Se le hace copiar pentágonos que se entrecruzan	1

FUENTE: Gogle.com. Examen de Minimental y Prueba de Folsteins. En internet. Escalas y test [www. Hipocampo.org/](http://www.Hipocampo.org/) escalas. Asp. México, 2010 p.1 Consultado el día 12 de Dic. del 2010.

ANEXO NO. 13
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

<p>Inhibidores de la colinesterasa (Chei). para la E.A. leve a moderada</p> <p>Ligeras mejorías de la memoria, el lenguaje y la capacidad de realizar las ABVD, reducen los síntomas de agitación y agresividad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donezepil: 5mgs diarios durante 4 -6 semanas y después aumentar a 10 mgs diarios. • Rivastigmina: Dosis de 1.5 mgs dos veces al día con alimentos y después aumentar según tolerancia a razón de 1.5 ms. Cada 12 hrs. Hasta la dosis final de 3 a 6 mgs cada 12 hrs. • Galactamina: Dosis de 4 mg. Cada 12 hrs. Con alimentos y aumentar 4 mgs cada 12 hrs. Hasta conseguir la dosis final de 8 – 12 mgs cada 12 hrs.
<p>Antagonistas del receptor NMDA (Memantina). Mejoria de la función y la capacidad cognitiva y posiblemente un retraso en la progresión de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memantina: 5 mgs diarios, aumentando la dosis a razón de 5 mg por semana hasta conseguir una dosis de 10 mgs cada 12 hrs.
<p>Tratamiento para las alteraciones del comportamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Olanzapina: para la agitación el delirio y las alucinaciones. 2.5 mg diarios o 2 veces al

	<p>dia, pueden aumentarse en dosis de 2.5 ms hasta la dosis máxima de 15 mgs por día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quetiapina: para la agitación, delirio, y alucinaciones. 25 mgs. Cada 12 hrs. Puede aumentarse 25 mgs cada 12 hrs si se necesita. Hasta la dosis máxima de 25 mgs. Cada 8 hrs. • Citalopram: Para la depresión. 10 mgs diarios puede aumentarse a 20 mgs pasadas 1 – 2 semanas. • Sertralina: 25 – 50 mgs. Diarios puede aumentarse cada semana hasta la dosis de 200 mgs diarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Psicoestimulantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoran el nivel de alerta y ejecución cognitivas en aquellos pacientes con demencia que se muestran apáticos, en un intento de activar a estos pacientes.
<ul style="list-style-type: none"> • Neurolepticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estos fármacos son eficaces en dosis bajas y deben reducirse cuando aparezcan las mejorías ya que pueden producir sedación

		excesiva, lo que puede facilitar las caídas y traumatismo.
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiacepinas 	y	<ul style="list-style-type: none"> • Son empleados para disminuir la agitación, agresividad y conductas impulsivas.
<ul style="list-style-type: none"> • Betabloqueadores. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Colinergicos. 		<ul style="list-style-type: none"> • La mejora que producen en el menoscabo cognitivo. Los estudios terapéuticos más esperanzados se centran actualmente en los fármacos que prevengan el depósito de fibrillas amiloides.

La finalidad del tratamiento farmacológico es enlentecer la evolución de los síntomas en la Demencia Alzheimer leve y moderada, mejorando su calidad de vida y manteniendo las actividades sociales.

FUENTE: María Antonia Delgado Ojeda. Rehabilitación y fisioterapia en Geriatria. Ed. Formación Alcalá. 2ª ed. México, 2004 p. 226

APÉNDICE No. 1
ACTIVIDADES TERAPEUTICAS DE MOTIVACION COGNITIVO SOCIAL.



DE ALBA, Sandra. Actividades Terapéuticas de motivación cognitivo – social. Instituto Nacional de Rehabilitación. México, 2009.

APENDICE No. 2

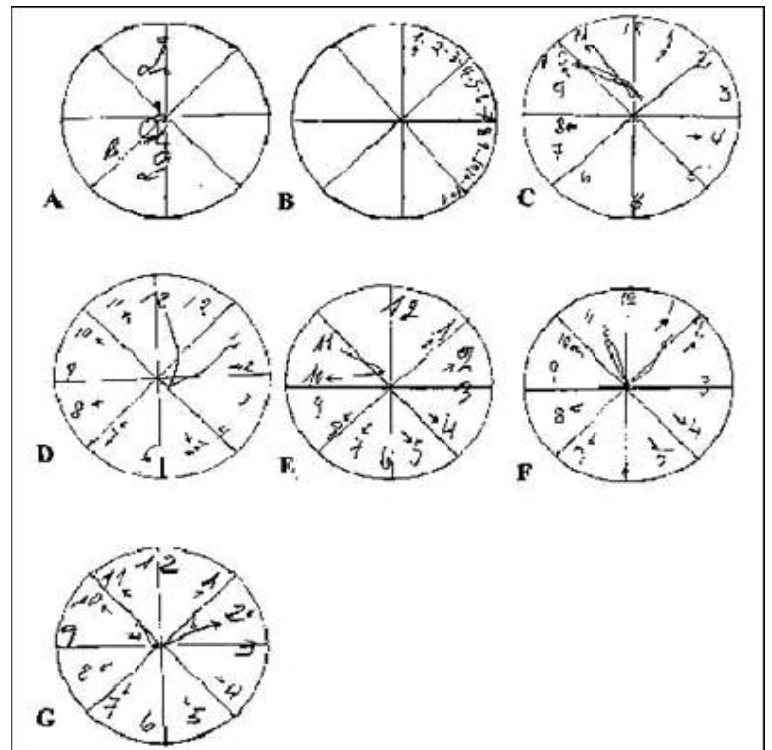
ELABORACION DE UN RELOJ QUE MARQUE LAS 11:10

La prueba del reloj evalúa una variedad de verbal de la orden, memoria, conocimiento de codificación espacial y habilidades constructivas

Dibujo A



Dibujo B



La prueba del reloj evalúa una variedad de verbal de la orden, memoria, conocimiento de codificación espacial y habilidades constructivas

Pruebas de elaboración del reloj, en varios pacientes con Demencia.

Dibujo A. paciente en la segunda fase

Dibujos B. Pacientes en primera y segunda fase.

FUENTE: Misma del Apéndice No. 1

6.- GLOSARIO DE TÉRMINOS:

ACETILCOLINA: Producto químico elaborado por algunos tipos de neuronas. Sirve para enviar mensajes a otras células, tales como neuronas, células musculares y células glandulares. Este se libera por la terminación nerviosa del nervio y lleva señales a las células que se encuentran al otro lado de una sinapsis (espacio entre las neuronas y otras células). La acetilcolina ayuda a controlar la memoria y la acción de ciertos músculos. Es un tipo de neurotransmisor.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Son aquellos requisitos que las personas han de satisfacer para su propio beneficio a fin de conseguir el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable y el desarrollo personal continuo, el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible. Incluyen respirar, comer, beber, moverse, dormir, eliminar, evitar peligros, comunicarse, trabajar y divertirse, entre otras.

AFASIA: Es un trastorno en el lenguaje, significa falta de comunicación, se trata de un estado patológico que consiste en la pérdida completa o incompleta de la facultad de la palabra, con la conservación de la inteligencia y de la integridad de los órganos de la fonación. Son producidas por causas degenerativas demenciales. Hay factores que pueden contribuir en su aparición, tales como el tabaquismo, el stress, el alcoholismo o una mala alimentación.

AFASIA ANOMICA: Es la disfunción del lenguaje que se caracteriza por incapacidad para nombrar a las personas y objetos que se perciben

correctamente. El individuo es capaz de describir al objeto en cuestión pero no puede mencionar el nombre. Esta condición se asocia con lesiones del hemisferio dominante y se afectan las áreas del lenguaje en particular del lóbulo temporal.

AFASIA FLUIDA: Su principal característica es la incapacidad para la repetición, realiza muchas pausas en un intento de encontrar las palabras adecuadas. Así un paciente con afasia emite frases de 3, 4 y 5 palabras, una melodía más o menos normal con relativamente poco esfuerzo al hablar y buena articulación, la comprensión del lenguaje es variable aunque fundamentalmente preservada. La lectura en voz alta y la escritura están alteradas pero la comprensión lectora suele estar conservada, esta Afasia suele acompañarse de Apraxia.

AGNOSIA: Es la pérdida de la capacidad para identificar, comprender el significado o reconocer la importancia de diversos tipos de estimulación sensorial. Se produce cuando un paciente con una lesión cerebral responde a los estímulos ambientales comunes como si nunca los hubiera percibido, incluso aunque las vías nerviosas sensoriales primarias funcionen correctamente. Consiste en no conocer objetos previamente conocidos. El enfermo actúa ante objetos familiares como si nunca los hubiera visto, presenta desorientación, y afecta tanto al espacio. Por ejemplo, el paciente acaba por perderse en su propia casa.

ALUCINACIONES: Son percepciones sensoriales que no tienen relación con ningún evento externo como ver personas, demonios, escuchar voces, animales, sentir hormigueo, o animales entre otras cosas, que no existen

mientras la persona está despierta y consciente, causando una gran angustia al cuidador primario.

AMNESIA: Se define como la pérdida total o parcial de la función amnésica, en la que el paciente presentará incapacidad de adquirir y evocar información de un periodo temporal concreto. Se caracteriza por una intensa disociación entre las tareas de memoria explícitas y la ejecución de tareas implícitas inalterada. A menudo pueden ser señal de un trastorno cerebral subyacente.

AMPLITUD DE MOVIMIENTO: Son ejercicios que tienen el propósito de mantener o aumentar, el arco de movimiento siempre que haya o pueda haber limitaciones de la movilidad normal. El rango o amplitud de movimiento es la distancia y dirección del movimiento de una articulación. El rango de movimiento limitado es un término que significa que una articulación o parte específica del cuerpo no puede moverse a través de su rango o amplitud normal de movimiento.

ANSIEDAD: Es una emoción indeseable e injustificada, cuya intensidad no guarda proporción con la posible amenaza que lo provoca. Se caracteriza por aprehensión, incertidumbre y miedo. La ansiedad es diferente del miedo pues este implica la presencia de un peligro real conocido, la ansiedad suele manifestarse externamente con un estado de hiperexcitación nerviosa.

ANSIOLITICOS O TRANQUILIZANTES MENORES: Su función consiste en relajar, la ansiedad y evitar el nerviosismo, normalmente se utilizan para

sustituir a los barbitúricos cuando se preside un uso prolongado para dormir por la noche o en problemas de ansiedad se utilizan las Benzodiacepinas, como la Tetrazepam, Oxazepam, Diazepam, ayudando considerablemente al paciente a disminuir sus alteraciones.

AUTONOMÍA: Es aquella capacidad y la libertad que ostentan los seres humanos, gobiernos, nacionalidades, pueblos y otras entidades para asumir sus intereses mediante normas, poderes propios, tomar decisiones, acciones y elecciones que realizan diariamente en su vida cotidiana sin la ayuda de otra persona.

APRAXIA: Incapacidad de llevar a cabo actividades motoras, debido a una lesión cerebral focal, hay alteración de la capacidad gestual en un paciente que entiende bien lo que se le dice, y que posee un pleno conocimiento del acto que ha de cumplir. Por ejemplo, en la Apraxia del vestido el paciente es incapaz de ponerse las prendas de forma adecuada a pesar de entender lo que se le está diciendo.

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS: Son aquellos trabes, obstáculos físicos e impedimentos sociales, económicos o arquitectónicos que dificultan la integración de las personas en la sociedad y limitan la libertad de movimiento en dos grandes campos la accesibilidad como la vía pública, espacios libres, edificios y medios de transporte.

BENZODIACEPINAS: Son fármacos que producen enlentecimiento de las funciones nerviosas por lo que producen relajación o sensaciones de calma. Se usan para aliviar la ansiedad y el insomnio (dificultad para

dormir). No pueden usarse para aliviar la ansiedad, el nerviosismo o la tensión causada por el estrés de la vida cotidiana. Pueden usarse para relajar o aliviar los espasmos musculares y tratar los trastornos del pánico y ciertos trastornos convulsivos como el Triazolam.

CAMBIOS POSTURALES: Es el mejor mecanismo para eliminar la presión que se aplica a una persona. Se realizan cada 2 o 3 horas en el paciente encamado. Se utilizan diferentes posiciones como en decúbito dorsal, decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho, decúbito supino, respetando las posturas anatómicas.

CITOESQUELETO: Es una red complicada de proteínas que se entrecruzan en el citoplasma de las células. Está compuesto de una variedad de proteínas. Estas, usualmente forman largas hebras retorcidas que se parecen a un cable eléctrico o a los cables que sujetan los puentes. Como estos componentes hechos por el hombre, las proteínas que forman el citoesqueleto son igual de fuertes, como flexibles.

CUIDADOR PRIMARIO: Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo. Por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano, o alguien que le es significativo, o aquel que guarda una relación directa. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familia o amigo.

CUIDADOS PALIATIVOS: Es el tratamiento utilizado cuando la cura ya no es posible y cuando la enfermedad provoca sufrimiento al paciente. La

medicina moderna considera válido un cambio de objetivo a fin de alcanzar un periodo terminal y un deceso confortable y tranquilo. Consiste en la aplicación de una serie de atenciones que pretenden sobre todo evitar los síntomas provocadores de malestar, como dolor, estreñimiento, dificultad respiratoria, cuidados de la boca, cuidados de la piel, apoyo a la familia y tratamiento de la incontinencia urinaria.

DEAMBULACIÓN: Es un problema común en las personas que padecen Demencia. Se refiere a la urgencia de irse a caminar sin rumbo, o irse del lugar donde la persona se encuentra, cuando hay demasiados estímulos en el medio ambiente o cuando este es percibido de manera amenazante. Esto puede causar que la persona se agite y necesite buscar un ambiente seguro, familiar y tranquilo.

DEMENCIA: Es un síndrome de curso lento y progresivo, en el que se afectan las funciones mentales, cerebrales superiores, particularmente las relativas al área cognoscitiva. Se disminuye la memoria, abstracción, juicio, aprendizaje y contenido del pensamiento. Se deterioran las funciones motoras y sensitivas en los niveles superiores de integración, manifestándose por Apraxia, Agnosia y cambios en la función del lenguaje, así como cambios psicodinámicos predominando depresión, delirio y alucinaciones.

DEMENCIA ALZHEIMER: Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un periodo

de años. Fue descubierta en el año 1907, por el Neuropsiquiatra, y Patólogo alemán Alois Alzheimer, al presentar a Augusta Deter de 51 años con trastornos cognitivos.

DEPRESION: Se manifiesta con un estado de tristeza duradera, abatimiento, desgano, irritabilidad, baja autoestima, pesimismo, sueño excesivo, trastornos en la alimentación, desinterés por los placeres cotidianos, por el trabajo, la familia y los amigos. Las causas pueden ser orgánicas, posiblemente genéticas o derivas de profundas situaciones de stress. Cuando esta angustia permanece o interfiere en las actividades cotidianas por un plazo mayor que el normal, debe recibir atención médica.

DISCAPACIDAD: Es aquella limitación que presentan algunas personas a la hora de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia psíquica, en la que se presentan trastornos permanentes en el comportamiento y la discapacidad intelectual. También supone funcionamiento mental por debajo de la media y se caracteriza por limitaciones en áreas como el aprendizaje, la comunicación, la vida en el hogar y las habilidades sociales, entre otras.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS: Son todos aquellos ejercicios que ayudan a mejorar la capacidad respiratoria que contribuyen a evitar la aparición de enfermedades bronquiales y pulmonares, favoreciendo adecuadamente el intercambio gaseoso y una saturación adecuada de oxígeno, la frecuencia con la que se realizan es de 2 a 3 veces por día, durante 15 minutos de duración en cada sección.

ENCAMAMIENTO: Es el hecho multifactorial de permanecer en cama que se da en un sujeto que presenta un equilibrio interior inestable y que genera independencia, afectando considerablemente su integridad físico – psíquico – emocional. Con el encamamiento se aumenta el porcentaje de morbi mortalidad y con él un pronóstico sombrío, las cuales se pueden cuantificar y cualificar en base a las actividades de la vida diaria. Estas marcan los diferentes grados de dependencia e independencia.

ENEMA: Son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino, los cuales se pueden utilizar como evacuantes, o de limpieza. Los enemas ejercen una acción local o sistémica (enemas de retención), o con fines diagnósticos (enemas con sustancias radiopacas) y cuando el volumen que se va administrar es pequeño, se denomina micro enemas.

ENTORNO: Es lo que rodea a un individuo sin formar parte de él por ejemplo el clima, otros individuos, el relieve, las normas culturales, religiosas o jurídicas etc. Es decir, las múltiples interrelaciones que se presentan en el entorno. Así, cuando hablamos de un entorno familiar nos referimos a aquellas personas que conviven entre sí, unidas por un vínculo biológico o adoptivo que creó entre ellas una comunidad de afecto y protección mutua.

ERGOTERAPIA: Se encarga de tratar personas con discapacidades motrices o psicomotrices que han perdido la autonomía para la realización de las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, profesional o escolar y ayudarle a readaptarse a su condición. Es el método curativo

que utiliza el trabajo manual en la reeducación de los enfermos para su inserción en la vida social.

ESFINTER: Es una banda circular de fibras musculares que constriñe una vía o cierran una apertura natural del organismo. Es un musculo anular que se abre cuando se relaja y se ajusta para cerrar algún orificio del cuerpo, como el de la vejiga, o el del ano. Cabe mencionar que la persona tiene la capacidad de lograr abrir o cerrar el esfínter en forma voluntaria.

ESTREÑIMIENTO: Es la dificultad para vaciar el vientre con la expulsión difícil o poco frecuente de las heces o excrementos. Estos pueden ser duros, lo cual dificulta la expulsión y hace que tenga que hacer mucho esfuerzo para poder expulsarlos, provocando dolor, malestar abdominal, y sangrado. En personas ancianas o encamadas que no pueden satisfacer adecuadamente la necesidad de defecar puede aparecer un trastorno funcional del colón.

EXAMEN MINIMENTAL: Es un test para identificar las demencias y darles un seguimiento evolutivo a las mismas, puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y calculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción. En el área de orientación se hace la pregunta de ¿Cuál es la fecha? Para comprobar su grado de orientación, para la comprobación de la memoria inmediata, se intenta que el sujeto aprenda tres palabras diciéndole, (escuche atentamente voy a decir tres palabras, repítalas cuando yo termine) casa, automóvil, lago, ahora repítalas. En el lenguaje y construcción, se comprueba la posible presencia de trastornos

afásicos y de apraxia ideatoria. Por ejemplo, se le pide que por favor lea esto y haga lo que dice. (Muéstrole el impreso de estímulo con la frase. CIERRE LOS OJOS.)

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: Tiene como objetivo facilitar la eliminación de las secreciones traqueo bronquiales y secundariamente disminuye la resistencia de la vía aérea, reducir el trabajo respiratorio, mejorar el intercambio gaseoso, aumentar la tolerancia al ejercicio y mejorar la calidad de vida.

HIGIENE DEL SUEÑO: Son los hábitos y conductas, adecuados que ejercen positivos efectos sobre la etapa del sueño desde que esta se inicia, durante ella, al despertar, al levantarse y en el transcurso de la vigilia. Son aquellas conductas que promueven una mejoría en la cantidad y calidad de sueño. Se recomienda regularizar el horario de irse a dormir, evitar la ingesta de café y líquidos antes de irse a dormir y comer una merienda ligera antes de acostarse, entre otras.

INCONTINENCIA: Consiste en la pérdida involuntaria de orina en un lugar no adecuados y en cantidad o frecuencia suficiente como para que suponga un problema para la persona que la sufre, así como una posible limitación de su actividad y relación social. La persona afectada tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar pero es incapaz de retener la orina.

JUICIO: Es la operación mental por la que se piensa y/o se expresa un enunciado que consiste en la afirmación o negación de un predicado

respecto a un sujeto. En un juicio se realiza una síntesis entre un sujeto y lo que se afirma o se niega de él. Así mismo, puede considerarse que un juicio es la facultad de juzgar o el resultado de la facultad de juzgar.

MASAJE: Es la manipulación de los tejidos blandos del organismo por frotación, presión, golpeteo, etc. Utilizada para activar la circulación, mejorar el tono muscular y favorecer la relajación del paciente. Se realiza con las manos o con algún medio mecánico como por ejemplo un vibrador. Suele aplicarse en la espalda, rodillas, codos y talones. El procedimiento se realiza colocando al paciente en decúbito prono o lateral, en una posición confortable y tras aplicar una crema o loción, humidificar la zona que va a amasarse.

MASAJE ABDOMINAL: Son técnicas de estimulación con diferentes maniobras para ayudar a vaciar el intestino, evitando así lo incomodo de las posiciones involuntarias. Se realiza con la mano cerrada, con movimientos rotatorios desde el lado derecho, subiendo hasta el centro, atraviesan el abdomen hacia el lado derecho y bajan hasta la fosa iliaca izquierda. Es decir, siguiendo el intestino grueso hacia el ano.

MASOTERAPIA: Es una técnica que se realiza a través de masajes para el tratamiento de enfermedades y lesiones con una serie de maniobras manuales que se realizan sobre una superficie del cuerpo para conseguir una serie de efectos y prevenir algunas enfermedades, con fines terapéuticos.

MEMORIA: Es una de las principales funciones del cerebro humano y es el resultado de las conexiones sinápticas (descargas químico eléctricas) entre neuronas, siendo estas las responsables de que el ser humano pueda retener situaciones que se desarrollaron en el pasado. Este es el comienzo de los recuerdos y sucede cuando las neuronas integradas en un eficiente circuito refuerzan la intensidad de la sinapsis. El rasgo diferencial de la memoria humana es el poder viajar al pasado y también planear el futuro.

MEMORIA A CORTO PLAZO: Es aquella capacidad y duración limitada que mantiene información solo durante el tiempo suficiente para utilizarla. Por ejemplo, leer un número de teléfono para luego marcarlo. Esta memoria está mejor conservada y la memoria de procedimientos motrices sobre aprendidos, se mantiene hasta muy avanzada la enfermedad.

MOVILIZACIÓN ACTIVA: Es la acción muscular aplicada directamente en una articulación como consecuencia del esfuerzo voluntario del sujeto sin ninguna ayuda externa, a través de un conjunto de ejercicios realizados los cuales pueden ser apoyados por instrumentos como polainas, poleas, y pesas, para aplicar una resistencia y favorecer la intensidad del movimiento.

MOVILIZACIÓN ACTIVA – ASISTIDA: Es aquella donde se aplica una fuerza y solo se puede alcanzar por la contracción activa por parte del paciente y la ayuda del terapeuta o de algún aparato como polainas y pelotas.

MOVILIZACIÓN PASIVA: Son aquellos movimientos que ejecuta el fisioterapeuta u operador, de forma preventiva o curativa, sin que haya

participación activa (ayuda o resistencia) del paciente. Es el desplazamiento de una parte o la totalidad del organismo por una fuerza externa sin acción ni resistencia voluntaria por parte del individuo.

MUSICOTERAPIA: Uso de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) como terapia para un paciente o grupo. Es el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, aprendizaje, movilización, expresión, organización u otros objetivos terapéuticos relevantes con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

NEUROLÉPTICOS: Se emplean para tratar los síntomas de la psicosis tales como alucinaciones, (visión, sonidos, olores, gustos o contactos que una persona cree que son reales, pero no lo son). Delirios (creencias falsas), y demencias (perdida de la capacidad de pensar, recordar, aprender y tomar decisiones y resolver problemas). La mayoría de los neurolépticos impiden la acción de ciertas sustancias químicas en el sistema nervioso.

OVILLOS NEUROFIBRILARES: Son un conglomerado anormal de proteínas compuesto por pequeñas fibrillas entrelazadas dentro de las neuronas. Los ovillos se forman por la múltiple fosforilación (adición a una molécula) de proteínas asociadas a los micros túbulos intracelulares llamadas proteínas tau. El principal mecanismo de formación de los ovillos no se entiende en su totalidad. Fueron descritos por primera vez por Alois Alzheimer en uno de sus pacientes con Demencia.

PERCEPCION: Es el primer proceso cognoscitivo y nervioso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. La razón de esta información es que usa la que está implícita en las energías que llegan a los sistemas sensoriales y que permiten al individuo formar una representación de la realidad. La luz, por ejemplo codifica la información sobre la distribución de la materia – energía, en el espacio – tiempo, permitiendo una representación de los objetos en el espacio, su movimiento y la emisión de energía luminosa.

PLANEACION: Consiste en fijar el curso concreto de acción que ha de seguirse, estableciendo los principios que habrán de orientarlo, se la secuencia de operaciones para realizarlo y la determinación de tiempo y números necesarios para realizarlo. Es el primer paso del proceso administrativo por medio del cual se define el problema, se analizan las experiencias pasadas y se esbozan planes y programas.

PROTEINA TAU: Es la principal proteína responsable de la formación de los ovillos neurofibrilares encontrados en las neuronas degeneradas. En condiciones normales, participa en el mantenimiento de la estructura interna de las neuronas, pero en el Alzheimer se sintetiza en exceso. Puede medirse en el líquido cefalorraquídeo, donde una concentración elevada apoya el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

PSICOESTIMULANTES: Son medicamentos que causan un sentido de bienestar disminuyen la fatiga y la depresión y aumenta el deseo de comer. Estos pueden causar cambios en el estado de ánimo y problemas

para dormir. Son sustancias que aumentan el estado de vigilia, combaten el sueño producen una sensación de energía incrementada y a dosis elevadas, estados de excitación extrema. Se pueden dividir en naturales y químicas.

REHABILITACIÓN: Es el proceso de duración limitada con un objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Comprende medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional.

REMINISCENCIA: Es una técnica de intervención cognitiva, que ha sido aplicada en pacientes con demencia. Puede realizarse de varias formas, con estimulación a partir de un objeto antiguo, mediante grupos de conversación sobre un centro de interés, con representaciones teatrales que hagan revivir una experiencia previa a través de imágenes proyectadas o impresas.

SEDANTES: Son medicamentos utilizados en forma de pastillas para tranquilizar los nervios. Actúan sobre el organismo disminuyendo las funciones vitales lo cual determina sus propiedades tranquilizantes

TERAPIA COGNITIVA: Es un tratamiento psicológico cuyo objetivo es ayudar a las personas con dificultades para resolver problemas específicos en su conducta, en sus emociones o en sus relaciones interpersonales o bien por las limitaciones que experimentan para poder realizar las actividades de la vida diaria.

ULCERA POR PRESIÓN: Es aquella necrosis de la piel y de los tejidos subyacentes producida cuando una presión mantenida entre la protuberancia ósea y una superficie dura provoca un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel, ocasionando una lesión que se presenta en diferentes grados dependiendo de la profundidad.

VAGABUNDEO: Es la pérdida en el sentido de la orientación cuando el Anciano no sabe dónde se encuentra. Es un momento potencialmente peligroso ya que el enfermo puede salir de casa y muchas de esas salidas ocurren por la noche, pueden perderse y ser protagonista de situaciones peligrosas sobre todo en una ciudad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALONSO, María Elisa. Cuidados de enfermería a la persona anciana. Nuevo manual de enfermería. Ed. Océano. 2ª ed. Barcelona, 710 pp.

ANGOA, Mariana. Estrés oxidativo y neurodegenerativo, causa o consecuencia. En la revista Archineurociencia Vol.12, No. 1: México 2007, p 45 – 54

BEERS, Marck Nuevo manual Merck. Demencia. Ed. Océano, 2ª ed. Barcelona, 2003. 2171 pp.

BERMEJO, Ivan. Demencias, conceptos actuales Ed. Díaz de santos. 4ª ed. Madrid, 1992. 240 pp.

BALSEIRO, Lasty. Investigación en enfermería. Ed. Prado. 2ª . ed. México, 2000, 192 pp.

CACABELOS, Ramón. Enfermedad de Alzheimer. Ed. Prodisa. 3ª ed. Barcelona, 1998. 560 pp.

CARROLL, Mary y Jane Brue. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Ed. Doyma 2ª.ed. Barcelona, 1989. 514 pp.

CORDOBA V. José Angel y Cols. La melanina un coadyuvante potencial en el tratamiento de las demencias. En la revista Salud mental vol. 31, No. 3 mayo – junio. 2008 134 pp

De Gispert, Carlos, Nuevo Manual de la Enfermera. Ed. Oceano, 19ª ed. Barcelona 1984. 1400 pp.

DELGADO, María Antonia. Rehabilitación y fisioterapia en geriatría. Ed. Formación Alcalá. 2ª. ed. México, 2004 pp.

D'HYVER Carlos y Luis Miguel Gutiérrez. Geriatría. Ed. Manual Moderno 2ª.ed. México, 2009. 831 pp.

FERRI, Fred Enfermedades y trastornos, consultor clínico de medicina interna. Ed. Océano. 5ª ed. Barcelona, 2007. 890 pp.

GARCIA L. María Victoria y Cols. Enfermería del anciano. Ed. DAE. 2ª ed. Madrid. 1996. 235 pp.

GARCIA S. Coral y VRM. De Luciano CJ y Cols. Enfermedad de Alzheimer, una panorámica desde su primera descripción hacia una perspectiva molecular. En la revista Medicina interna. México, 2009 25 (4): 300 – 12 pp.

HALABE, Jhon y Cols. El internista. Ed. Mc. Graw Hill interamericana 2ª ed. México 1997. 1430 pp.

HARRISON Sergio y Cols. Principios de medicina interna. Ed. Mc. Graw Hill. 16ª ed. México 2005.. 1300 pp.

HOPE Rodrigo y Cols. Medicina interna. Ed. Morban, 4ª ed. Barcelona 2003. 2171 pp.

JUÁREZ G. Luz del Carmen. La enfermedad de Alzheimer. Ed. Trillas México 1997. 134 pp.

MACE, Nancy y Peter Robins, Cuando el día tiene 36 horas. Ed. Pax. 2ª ed. México. 1997. 374 pp.

LÓPEZ Ibor Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor 2ª ed. Madrid, 1992. 423 pp.

PARDO Felipe. Anatomía patológica. Ed. Mosby. 2ª ed. Madrid. 1997. 1010 pp.

ROMERO T. José Manuel +++ y cols. Niveles de actividad enzimática de parcoxonosa 1 en pacientes con demencia tipo Alzheimer y demencia vascular. En la Rev. Sanid milit México, 2009 63 (2), mar – abril. P. 56 -62.

ROZMAN Farreras Joan Medicina interna. Ed Harcourt Brace. 13ª ed. Madrid 1995. 2776 pp.

RUÍZ, Sains. Manual de psicogeriatría clínica. Ed. Masson, 19ª ed. México. 410 pp.

VALENCIA R. José de J. Los cuidados del anciano. Ed. Diana 3ª ed. México. 1998 166 pp.

VANDER Cammen Tom Manual clínico de geriatría. Ed. El manual Moderno 3ª ed. México. 1994 1200 pp.

Gogle. com. Fotografía de Alois Alzheimer. En internet: Enfermedad de Alzheimer una panorámica desde su primera aparición en internet: www.nietoeditores.com.mx/download/med. México,2010, p.1 consultado el día 12 de Dic. del 2010.

Gogle.com. Diferencia entre un cerebro normal y uno con Alzheimer. En internet [http://neuropsicologia.blogspot.com/2010/02/el-Alzheimer-la-demencia-mas frecuente.html](http://neuropsicologia.blogspot.com/2010/02/el-Alzheimer-la-demencia-mas-frecuente.html). México, 2010. P.3 Consultado el día 12 de Dic. Del 2010.

Gogle.com. cito esqueleto. En internet <http://www.cancerquest.Org/index>. México, 2010. P.3 Consultado el día 14 de Dic. Del 2010.

Gogle.com. Examen de Minimental y Prueba de Folsteins. En internet. Escalas y test www.Hipocampo.org/escalas. Asp. México, 2010 p.1 Consultado el día 12 de Dic. Del 2010.

Gogle.com. Caídas en el adulto mayor de la comunidad, evaluación integral. En internet: [www.uc.cl/medicina_familiar/html/288 htm](http://www.uc.cl/medicina_familiar/html/288.htm).

Gogle.com. Estreñimiento. En internet. <http://www.Fisterra.com/guías> México, 2010 p.1 Consultado el día 08 de Ene. Del 2011.

Gogle.com. Benzodiacepinas En internet. [http://www.Forumclinic.org/actualidad-las benzodiacepinas México](http://www.Forumclinic.org/actualidad-las-benzodiacepinas-México), 2010 p.1
Consultado el día 12 de Dic. Del 2010.