

Universidad de Puerto Rico en Arecibo
Departamento de Enfermería
Programa de Educación Continua para Profesionales de la Salud
Tel. (787) 815-0000 Ext. 3254, 3260, 3250
Fax. (787) 880-6277
P.O. Box 4010
Arecibo, Puerto Rico 00614-4010
Num. Proveedor: 00028

MÓDULO

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER Y EL CUIDADOR



<http://3.bp.blogspot.com/-79cAHIMRdOA/Vg5Fsss750I/AAAAAAAAACUo/PtQ2mJHuw5g/s1600/personas-mayores.jpg>

Audiencia: ASS, CR, CP, D/AD/HD, ES/ESC, EM, EG/EA/EP/EE/EO, MV, OP, OPT, POD, QUI, TCR, TEM, TM, TMN, TR, TF/ATF, THL/PHL/AUD, TO A/TO, PSI, ND, NL, TPM, HTG/HT, TGV/TV

Clasificación: Módulo

Categoría: VI

Costo: \$25.00

INTRODUCCIÓN

Estrategias para el Manejo del Paciente de Alzheimer y el Cuidador

La enfermedad de Alzheimer fue descubierta y descrita por el neurólogo alemán Alois Alzheimer en el 1906. El Dr. Alzheimer realizó una necropsia al cerebro de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Esta mujer había presentado síntomas tales como pérdida de la memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible. Al examinar su cerebro, el Dr. Alzheimer descubrió unas masas anormales (actualmente llamadas placas amiloideas) y unos bultos retorcidos de fibras (llamados actualmente ovillos o nudos neurofibrilares). La enfermedad de Alzheimer es la más común de varios tipos de demencia. Durante el transcurso de los años se han identificado varios tipos de demencia en adultos tales como demencia vascular, demencia de Enfermedad de Parkinson, demencia fronto-temporal; sin embargo, la enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencia en el 50 % de todos los pacientes con demencia. (Lerner, 2012, *The many faces of dementia*).

De acuerdo a otros datos presentados por la *Alzheimer's Association*, el por ciento de pacientes con Alzheimer va de un 50 a un 80% de todos los tipos de demencia identificados en el adulto. En los Estados Unidos se han identificado 5.4 millones de americanos con esta enfermedad degenerativa. Uno de cada ocho adultos envejecientes americanos padece la Enfermedad de Alzheimer, siendo esta la sexta causa de muerte en los Estados Unidos (Alzheimer's Association 2012, Alzheimer's disease facts and figures). (Alzheimer's and Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association. March 2012; 8:131–168).

En cuanto a Puerto Rico se refiere, aunque no existen estadísticas oficiales, el Departamento de Salud estima que unas 70,000 personas padecen de EA (Enfermedad de Alzheimer por sus siglas en español), convirtiéndose en la cuarta causa de muerte en la Isla (*El Nuevo Día, febrero 2012*). Existe una ley en Puerto Rico desde el año 2004 que requiere el

establecimiento de un registro de pacientes con esta enfermedad, pero al día de hoy no se ha realizado. De acuerdo a los datos estadísticos, tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico, esta enfermedad degenerativa es un problema de salud bastante preocupante. No es solo el porcentaje de personas que actualmente padecen la enfermedad, sino la proyección para el futuro de personas que están en riesgo de padecerla. De acuerdo a un estudio conducido por la Organización Mundial de la Salud se pronostica que 65.7 millones de personas en el mundo padecerán la enfermedad para el 2030 (New Breakthrough in Alzheimer Detection, abril 2012).

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA
NÚM. PROVEEDOR 00028

Pre-Prueba: Estrategias para el Manejo del Paciente con Alzheimer y el Cuidador

Nombre y apellidos: _____ Fecha: _____

Profesión: _____ Puntuación: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente y circule la mejor contestación.

1. La enfermedad de Alzheimer se describe como:
 - a. Una enfermedad neurológica, degenerativa, neurológica que afecta la memoria y la función cognoscitiva
 - b. Una enfermedad mental, crónica, obstructiva que afecta el estado físico y neurológico
 - c. Una enfermedad física, aguda, progresiva que afecta las funciones anímica y fisiológica
 - d. Una enfermedad psicológica, aguda, temporera que afecta el estado emocional y social

2. Pérdida de la habilidad para reconocer objetos y para que se utilizan, se refiere a:
 - a. Afasia
 - b. Apraxia
 - c. Agnosia
 - d. Amnesia

3. Entre algunas de las causas o factores de riesgo asociadas a la Enfermedad de Alzheimer están las siguientes:
 - a. Envejecimiento, bacterias
 - b. Hipertensión, enfermedad cerebrovascular
 - c. Infección vírica o bacteriana, historial familiar
 - d. Enfermedades respiratorias, envejecimiento

4. Normalmente en el cerebro hay una disposición precisa de filamentos y túbulos que se encargan de la integridad celular. En el cerebro del paciente con EA se desarrollan:
 - a. Ovillos neurofibrilares y placas neuríticas
 - b. Placas de acetilcolina y neuronas engrandecidas
 - c. Disposición precisa de filamentos y túbulos
 - d. Disminución en niveles de colinesterasa y placas neuríticas

5. Lo siguiente es característico de la primera etapa de la EA:
 - a. Dura de 2 a 12 años
 - b. Presenta agnosia
 - c. Dependencia completa
 - d. Pérdida de la memoria de corto plazo

6. Pérdida de la habilidad de conversar y dependencia completa, en la EA se presenta en la siguiente etapa:
 - a. Segunda
 - b. Tercera
 - c. Primera
 - d. Ninguna

7. El siguiente estudio es recomendado para ser realizado a pacientes con EA porque evidencia la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas:
 - a. EEG
 - b. CT
 - c. MRI
 - d. PET

8. Ejemplos de medicamentos inhibidores de colinesterasa que se utilizan para estimular la retención de acetilcolina y mantener las destrezas de la memoria por un periodo de tiempo:
 - a. Aricept, Exelon y Reminyl
 - b. Haldol, Namenda, Valium
 - c. Atenolol, Reminyl, Haldol
 - d. Lasix, Namenda, Aricept

9. Una de las acciones de enfermería que se presentan a continuación ayudarán a cumplir la siguiente meta establecida para el paciente de EA “**Promover la función cognoscitiva**”:
 - a. Ambiente calmado y predecible para el paciente
 - b. Establecer una rutina regular
 - c. Utilizar claves y ayudas que promuevan la memoria
 - d. Todas las anteriores aplican para alcanzar esta meta

10. Instalación de pasamanos, remover objetos peligrosos, proveer luz adecuada en pasillos y escaleras, evitar restricciones porque aumenta la agitación, son acciones de enfermería que se aplican en el cuidado del paciente de EA para alcanzar la siguiente meta:
 - a. Promover de socialización e intimidad
 - b. Promover la seguridad física
 - c. Reducir la ansiedad y la agitación
 - d. Mejorar la comunicación

11. El estado de salud del cuidador es importante, debe conocerse y poner límites realista a la carga como cuidador y mantener hábito saludable como:
 - a. Dormir y descansar varias veces al día
 - b. Dedicar ratos a leer, pintar y coser
 - c. Hacer ejercicios dos veces a la semana
 - d. Comer bien, a sus horas con una dieta balanceada, dormir y descansar

12. El cuidador tiene que estar preparado para reconocer las limitaciones del que cuida. Por lo tanto:

- a. La paciencia es una cualidad que debe entrenar un cuidador y planificar el futuro de todos los miembros del hogar
- b. La comunicación verbal o no verbal es una herramienta que le facilita el trabajo
- c. La rutina no provee seguridad al paciente con Alzheimer
- d. Planificar su futuro, el del paciente con Alzheimer y el resto de la familia serena la actividad cotidiana

OBJETIVOS

T1. Objetivo terminal:

Objetivo terminal: A través de la lectura de este módulo los profesionales de la salud reforzarán sus conocimientos sobre la Enfermedad de Alzheimer.

Al finalizar la lectura del módulo el profesional de la salud:

C1. Describe la Enfermedad de Alzheimer.

C2. Define los conceptos:

- a. Afasia
- b. Apraxia
- c. Agnosia

C3. Menciona las causas de la EA.

C4. Explica la patofisiología de la EA.

C5. Describe las tres etapas del paciente con Alzheimer

C6. Distingue entre las manifestaciones clínicas de la EA en las tres etapas.

C7. Identifica los datos que se deben obtener en el estimado de un paciente con EA.

C8. Explica la importancia de los diferentes estudios y pruebas diagnósticas a realizarle al paciente de EA.

C9. Discute las acciones de los medicamentos actualmente utilizados para estos pacientes.

C10. Establece relación entre las metas para el cuidado del paciente con EA y las acciones de enfermería diseñadas para el logro de estas por el paciente y su familia.

C11. Explica el enfoque del cuidador en cuanto “aprender a cuidarse a si mismo”.

REPASO DE FUNCIÓN NORMAL DE CÉLULAS CEREBRALES

El cerebro tiene 100 billones de células nerviosas o neuronas. Cada célula nerviosa se conecta con muchas otras para formar redes de comunicación. Los grupos de células tienen tareas especiales. Algunas están envueltas en pensamiento, aprendizaje y memoria. Otras ayudan en la audición, olor y la vista. Para hacer su trabajo las células cerebrales operan como pequeñas fábricas. Estas reciben suplido, generan energía, construyen equipo y sacan desperdicios. Las células también procesan y almacenan información y se la comunican a otras células. El mantener este funcionamiento requiere coordinación y grandes cantidades de alimento y oxígeno.



Fig. 1 Neuronas normales

Definición de conceptos:

1. **Afasia:** defecto o pérdida del poder de expresión por medio del lenguaje, escritura o signos; o falta de comprensión del lenguaje hablado o escrito causada por enfermedad o lesión de los centros cerebrales.
2. **Apraxia:** inhabilidad de un individuo para realizar movimientos o tareas cuando se le pide, aunque entienda lo que se le indica.
3. **Agnosia:** pérdida de la habilidad para reconocer objetos y para que se utilizan.

DESCRIPCIÓN, CAUSAS, Y PATOFISIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer, (AD) por sus siglas en inglés, es una enfermedad neurológica, degenerativa, progresiva que comienza insidiosamente y está caracterizada por pérdida gradual de función cognoscitiva y disturbios en conducta y afecto (Honan Pellico, 2013). Es un tipo de demencia donde ocurre pérdida progresiva de la función mental interfiriendo con la memoria, capacidad de pensar con claridad y aprender, y con el tiempo, la capacidad de funcionar (Williams and Hopper, 2009). Se ha encontrado que la enfermedad es más común en mujeres que en hombres y que su incidencia y prevalencia aumenta dramáticamente después de los 65 años de edad. Sin embargo, individuos menores de 65 años de edad pueden desarrollar o presentar síntomas de EA, por sus siglas en español.

La causa exacta de la EA se desconoce, pero se han propuesto causas tales como infección vírica o bacteriana, y disfunción autoinmunitaria (Williams and Hopper, 2009). Se han identificado otros factores de riesgo tales como historial familiar, especialmente en individuos con comienzo de los síntomas en edades tempranas (40 a 60 años). Se ha documentado que el daño al cerebro empieza de 10 a 20 años antes de que aparezcan los síntomas.

Normalmente en el cerebro hay una disposición precisa de filamentos y túbulos que se encargan de la integridad celular. Las personas con EA desarrollan ovillos neurofibrilares (masas de neuronas no funcionales) en lugar de la configuración ordenada normal.

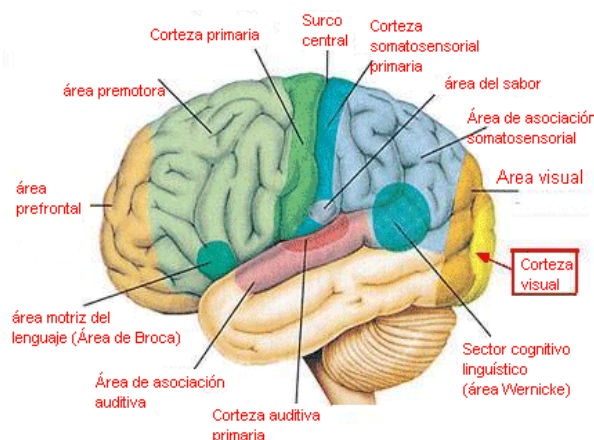
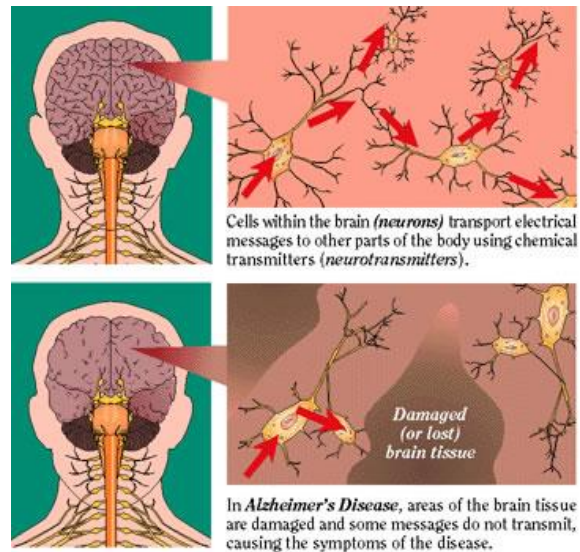


Fig. 2 Vista de un cerebro normal

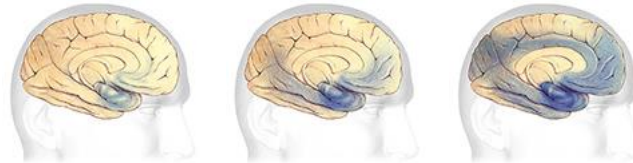
Fig. 3 Cerebro normal y cerebro con EA



Se produce una anomalía dentro de la proteína de la membrana celular de una neurona.

Los terminales del axón se van desintegrando y las ramas dendríticas se reúnen en placas seniles o neuríticas (depósitos de proteína amiloidea). Las placas neuríticas y ovillos neurofibrilares se diseminan a través de los axones a otras áreas del cerebro (Ver Fig. 4). El daño neuronal ocurre primariamente en la corteza cerebral resultando en atrofia cerebral. Las células del cerebro principalmente afectadas son las que utilizan el neurotransmisor acetilcolina, (enzima envuelta específicamente en el proceso de memoria) la cual va disminuyendo en cantidad.

Fig. 4 Las placas y ovillos tienden a esparcirse a través de la corteza según progresa la enfermedad



Según las personas envejecen, van desarrollando en el cerebro placas neuríticas y ovillos neurofibrilares, pero los pacientes con EA tienden a desarrollarlas en mucho más cantidad. Las desarrollan además en un patrón predecible, comenzando en áreas importantes para la memoria y dispersándose a otras regiones.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es muy difícil establecer la fecha de comienzo de la EA, pero una vez esta se sospecha y se identifica el progreso es gradual e inevitable. En las etapas tempranas de la enfermedad ocurren olvidos y pérdida sutil de la memoria. Los pacientes comienzan a experimentar dificultades en el trabajo o actividades sociales lo cual los puede llevar a deprimirse. Eventualmente los olvidos se van manifestando en la vida diaria perdiendo la habilidad para reconocer cosas familiares tales como personas, objetos y lugares familiares. Suelen repetir historias o hechos ya relatados porque olvidan que ya los han contado.

Los síntomas de la EA se desarrollan en tres etapas distintas (Lerner, Nancy. *The many faces of dementia. Nursing made incredibly easy.* March/April, 2012). La primera etapa es la amnesia o pérdida de la memoria especialmente la memoria corta. Dura de dos a cuatro años y se distingue por aumento de los olvidos (Williams and Hopper, 2009). Los pacientes experimentan también desorientación en tiempo y lugar. Durante esta etapa disminuye el interés por las actividades diarias, por el conocimiento y por el entorno.

La segunda etapa es la de más larga duración, puede durar de dos a doce años (Williams and Hopper, 2009). La función cognitiva se deteriora progresivamente, dificultándoles la realización de tareas que usualmente realizaban lo cual los puede tornar irritables. Aparecen síntomas de afasia, como lo es la dificultad para encontrar palabras y vocabulario reducido dificultándoles la capacidad para conversar. También aparecen los síntomas de apraxia (inhabilidad para realizar movimientos o tareas cuando se le pide aunque entienda lo que se le pide) y agnosia (pérdida de la habilidad para reconocer objetos). Con la apraxia el paciente puede tener dificultad para utensilios del hogar o dificultad para bañarse o vestirse. Con la agnosia el paciente tendrá dificultad para reconocer el uso de objetos comunes tales como la cuchara y el tenedor. Durante esta segunda etapa el paciente se puede tornar irritable, presenta trastornos en el ciclo normal del sueño, tienden a vagabundear principalmente en

las noches, se puede perder en los alrededores y desarrolla ansiedad.

La tercera etapa de la EA se caracteriza por la evolución de la dependencia completa (Williams and Hopper, 2009). Ya para esta etapa el paciente pierde la habilidad de realizar su autocuidado, pierde el control tanto de la vejiga como del intestino, pierde la capacidad para conversar, el control emocional, ambular, y reconocer sus seres queridos lo cual es devastador para su familia. Este paciente va a requerir supervisión constante, particularmente si aún ambula. Al final de esta etapa el paciente será incapaz de moverse de forma independiente, deglutir y expresar sus necesidades. La duración de la vida del paciente en esta etapa final depende de varios factores tales como la estamina física, la salud general de la persona y las decisiones tomadas respecto a alimentación artificial y apoyo respiratorio.

TABLA 1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Pérdida de la memoria de corto plazo	Afasia	Dependencia completa
Amnesia	Apraxia	Pérdida de capacidad para conversar
Dificultad para integrar nueva información	Agnosia	Incontinencia intestinal y urinaria
Desorientación en tiempo y lugar	Deterioro de función cognitiva	Pérdida del control emocional
Disminución de interés en actividades diarias, conocimientos y entorno	Irritabilidad	Pérdida de la capacidad para conversar, ambular, y reconocer sus seres queridos
Rechazo a realización de tareas	Trastornos del sueño	Pérdida de la habilidad para deglutir y expresar sus necesidades
Deterioro en desempeño diario	Ansiedad	
	Pueden ocurrir alucinaciones y convulsiones	
	Deterioro de higiene personal	

TABLA 2. ESTIMADO Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Estimado	Estudios y Pruebas diagnósticas
Signos y síntomas: (Etapas) conductas siquiátricas: depresión, paranoide, hostilidad, combatividad, desorientación	CBC
Historial de salud: historial médico, historial familiar, historial de medicamentos	Perfil químico
Examen físico: incluyendo estado de salud funcional y mental	Niveles de vitamina B12
	Niveles de hormona tiroidea
	Examen de líquido cerebrospinal (CSF por sus siglas en inglés)
	EEG
	CT
	MRI (puede revelar la presencia de los ovillos neurofibrilares y de las placas neuríticas)
	PET (tomografía por emisión de positrones)
	SPECT (tomografía computadorizada de emisión de fotón único): muestran áreas de inactividad neuronal

MANEJO MÉDICO

No existe cura ni forma de disminuir el progreso de la EA (Williams and Hopper, 2009).

La meta principal del tratamiento médico en el paciente con EA es manejar los síntomas cognitivos y conductuales. Para estimular la retención de acetilcolina en el cerebro y mantener las destrezas de la memoria por un periodo de tiempo se utilizan los inhibidores de colinesterasa tales como **Aricept**, **Exelon** y **Reminyl**. Otro medicamento recomendado es **Namenda** el cual es un receptor antagonista del receptor N – methyl – D – aspartate, disminuyendo así los síntomas de la EA. La habilidad cognitiva mejora de 6 a 12 meses luego de iniciada la terapia de medicamentos, pero si se descontinúan los medicamentos se afecta el aspecto cognitivo y aumenta el progreso de la enfermedad.

Para los problemas conductuales como agitación y sicosis se recomienda terapia conductual y sicosocial. Para la depresión y problemas conductuales se recomiendan antidepressivos y los neurolépticos atípicos más recientes ya que tienen pocos efectos adversos (Honan Pellico, 2013). Se incluye en el tratamiento antipsicóticos y ansiolíticos. Según visto hasta ahora, aunque no existe cura para la EA, el enfoque del tratamiento se basa en minimizar los efectos de la enfermedad y mantener la independencia hasta donde sea posible.

INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

El proveer cuidados a pacientes con la Enfermedad de Alzheimer se convierte en un reto no solamente para la familia sino también para el equipo de salud, particularmente para el profesional de la salud. Entre los factores que pueden interferir en el cuidado de estos pacientes están las pérdidas cognoscitivas, la hostilidad y la agitación con la que reaccionan los pacientes cuando no pueden realizar tareas o comunicarse efectivamente. Dentro de las metas del profesional de la salud en el cuidado del paciente con EA están:

1. Promover la función e independencia del paciente por el más tiempo posible.
2. Promover la seguridad física.
3. Promover la independencia y actividades de autocuidado.
4. Reducir la ansiedad y la agitación.
5. Mejorar la comunicación.
6. Proveer para la socialización y la intimidad.
7. Promover nutrición adecuada.
8. Promover balance entre actividad y descanso.
9. Educar y proveer soporte a los familiares cuidadores.

TABLA 3. METAS E INTERVENCIONES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Metas	Intervenciones y/o educación a familiares cuidadores
<p>1. Promover la función cognoscitiva</p>	<p>Ambiente calmado y predecible para el paciente; establecer una rutina regular.</p> <p>Hablar de forma calmada, clara y simple.</p> <p>Utilizar claves y ayudas que promuevan la memoria (relojes, calendarios, código de colores en las puertas.</p> <p>Promover participación activa del paciente para prolongar las actividades sociales, cognitivas y funcionales.</p>
<p>2. Promover la seguridad física</p>	<p>Instalación pasamanos.</p> <p>Remover objetos peligrosos.</p> <p>Proveer luz adecuada en pasillos, baños, escaleras.</p> <p>Evitar restricciones porque aumenta la agitación.</p> <p>Asegurar las puertas de salida del hogar.</p> <p>Supervisar todas las actividades fuera del hogar y colocarle al paciente algún brazalete o cadena en el cuello que lo identifique.</p>
<p>3. Promover independencia en actividades de autocuidado</p>	<p>Asistir al paciente para mantenerse funcionalmente independiente el mayor tiempo posible.</p> <p>Simplificar las actividades diarias organizándolas en pasos cortos.</p> <p>Supervisión directa manteniendo autonomía y dignidad del paciente.</p> <p>Estimular al paciente a realizar elecciones cuando sea apropiado.</p> <p>Permitirle participar en actividades de su autocuidado.</p>
<p>4. Reducir ansiedad y agitación</p>	<p>Proveer soporte emocional constante al paciente que refuerce su auto imagen positiva.</p> <p>Mantener un ambiente familiar y libre de ruido.</p> <p>No forzar al paciente a realizar alguna actividad.</p>

<p>5. Mejorar la comunicación</p>	<p>El profesional de la salud debe permanecer sin apuros y reducir los ruidos y las distracciones.</p> <p>Utilizar oraciones claras y fáciles de entender.</p> <p>En las etapas tempranas de la enfermedad es útil utilizar listas e instrucciones escritas que le sirvan de recordatorio al paciente.</p>
<p>6. Proveer para las necesidades de socialización e intimidad</p>	<p>Estimular el que reciba visitas, cartas, llamadas telefónicas.</p> <p>Las visitas deben ser cortas y no estresantes.</p> <p>Proveer recreación.</p> <p>Promover actividades tales como caminar, ejercitarse y socializar para una mejor calidad de vida.</p> <p>Se debe mantener las relaciones entre esposos.</p>
<p>7. Promover nutrición adecuada</p>	<p>Mantener calma y tranquilidad a la hora de comer.</p> <p>Los pacientes prefieren alimentos familiares apetitosos y de buen sabor.</p> <p>Cortar alimentos en pedazos pequeños para evitar ahogamiento.</p> <p>Cotejar la temperatura de los alimentos.</p> <p>Cuando lleguen los problemas de coordinación proveer ayuda o alimentar al paciente.</p>
<p>8. Promover balance entre actividad y descanso</p>	<p>Promover ambiente para dormir: leche tibia, música, masaje a la espalda para relajar al paciente.</p> <p>Estimular al paciente durante el día a ejercitarse ya que un patrón regular de actividad y descanso promueven el descanso en la noche.</p>
<p>9. Proveer soporte a los familiares cuidadores</p>	<p>La degeneración mental del paciente es gradual.</p> <p>Los familiares encaran numerosas decisiones difíciles (responsabilidades financieras del paciente, no permitirle conducir, entre otras)</p> <p>No entienden la agresividad y hostilidad del paciente sintiéndose no apreciados, frustrados y con coraje.</p> <p>El familiar cuidador se siente fatigado a consecuencia del estrés de que su cuidado al paciente pueda ser negligente u ocurra negligencia o abuso.</p>

APRENDER A CUIDARSE

Consecuencias de ser cuidador

Debe saber que cuidar a una persona con demencia supone más que cuidarla físicamente, se añade comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios de carácter, y evitarle riesgos, todo esto hace que ser cuidador no sea una tarea fácil.

No todos los cuidadores afrontan este reto de la misma manera, ni supone a todos el mismo esfuerzo, pero es cierto que con el tiempo se produce en mayor o menor medida un “desgaste físico y emocional” que repercute en el estado de salud del cuidador.

En general las personas que ejercen de cuidadores no vigilan su salud, pues la tarea es considerable, y así antes pequeñas “señales de alarma” (dolor, tristeza, insomnio, inquietud, cansancio...) continúa cuidando sin prestarse atención.

Esta “dolencia”, y “padecimientos” son el comienzo de un mal estado de salud si no lo remedia. Tiene por tanto que saber reconocer estos síntomas, y darle su debida importancia para no aumentar el sufrimiento de usted y el de su mayor enfermo.

- Sepa que su ser querido si pudiese no le pediría tanto sacrificio.
- Si usted se cuida en los aspectos físicos, emocionales y sociales, cuidará mejor a su ser querido.
- Para que su familiar enfermo, note su confianza y responda a su necesidad, precisa de una persona con energía y salud, es decir, una persona cuidada.

SUGERENCIAS

- Reconocer que ambos son iguales de importantes en los cuidados.
- Usted cuida a un ser querido enfermo.
- La enfermedad que padece va a precisar de usted cada día un poquito más y para ello debe de programarse.
- Saber hasta dónde puede llegar, y a partir de que momento tiene que pedir ayuda.
- Ser realista, entender que habrá cosas que tendrá que delegar por el bien suyo, no se engañe.
- Elegir aquellas tareas que le suponen a usted con su familiar mas satisfacción y menor perjuicio para su salud física y/o emocional.
- Y sobre todo, no culparse, los sentimientos negativos existen y deben de aflorar, no los esconda, perjudicaría seriamente su salud.

ATENCIÓN

La falta de cuidados para usted puede ser fatal, ¿lo ha pensado? Ni su ser querido estará bien cuidado ni usted tampoco.

LA SALUD DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Es responsabilidad de usted como cuidador mantener un buen estado de salud, tanto físico como emocional, y para ello debe buscar tiempo para acudir al médico, tiempo para disfrutar de ratos con su familia, sus amigos, seguir manteniendo algunos pasatiempos, buscar soluciones, etc...

Debe ser consciente de la necesidad de poner límite al papel de cuidador a favor de su autocuidado. Desarrollar una actitud favorable y actividad en la búsqueda de soluciones es una forma positiva de introducir cambios en la tarea que ha sumido y, sobre todo, hacerla compatible con su proyecto de vida.

SUGERENCIAS

- Aprenda a delegar.
- Programe su vida.
- Deje espacios de ocio y libertad y ¡respételes!
- Su tesoro es su tiempo. Su tiempo es su salud.



ATENCIÓN

- Acepte sus limitaciones, no todo puede solucionarlo usted.
- Debe buscar cosas o hechos positivos, no lo olvide.

SEÑALES DE ALERTA

¡Obsérvese! Los cambios en sus hábitos de vida como comer más o menos, el ritmo del sueño, dormir pero o incluso no dormir, la irritabilidad con los suyos, la tristeza continua, la sensación de que nadie le agradece el esfuerzo que esta haciendo sintiéndose ignorado/a, puede ser el inicio de una “sobrecarga”, y sepa que al final de estos cambios está la pérdida de su estado de salud, con depresión, dolor crónico, falta de vitalidad, aislamiento...

Para ello debe de aprender a conocer sus sentimientos y señales de alerta que le informan de cómo se está viendo afectado/a:

- Problemas para dormir.
- Cansancio nocturno.
- Pérdida de contacto social.
- Empieza a consumir alcohol y sedantes.
- Cambios en los hábitos alimentarios.
- Tiene dificultad para concentrarse.
- Deja de tener interés para actividades que antes le producían placer.
- Comienza a realizar actos rutinarios y repetitivos como limpiar la casa continuamente.
- Se enfada fácilmente.
- Tiene un trato desconsiderado con el resto de sus familiares y amigos.

ATENCIÓN

Ante estos síntomas, piense que esta al límite de sus posibilidades y que precisa ayuda **PÍDALA**

SUGERENCIAS

- Solicite ayuda de sus familiares.
- Solicite ayuda de profesionales.
- Solicite ayuda de amigos y voluntarios.
- Solicite ayuda de instituciones.



COMO SABER SI SOY UN CUIDADOR SOBRECARGADO

(Anotar Sí o No) (Sí: 1 punto. No: 0 puntos.)

ÍNDICE DEL ESFUERZO DEL CUIDADOR	SÍ	NO
1. Tiene trastornos del sueño (por ejemplo, porque el enfermo se levanta o se acuesta por la noche).		
2. El cuidado de su paciente es poco práctico (porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse).		
3. Esta situación le representa un esfuerzo físico (por ejemplo, por que hay que sentarlo y levantarlo de la silla).		
4. Le supone una restricción a su vida anterior (por ejemplo, por ayudar le limita el tiempo libre y no puede hacer visitas).		
5. Ha habido modificaciones en su familia (por ejemplo, la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6. Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, tuvo que rechazar un trabajo o no pudo ir de vacaciones).		
7. Ha habido otras exigencias de tiempo (por parte de otros miembros de la familia).		
8. Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, por discusiones).		
9. Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos (por ejemplo, incontinencia, acusa de que le quitan cosas).		
10. Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado el enfermo comparado a cómo era antes.		
11. Ha habido modificaciones en su trabajo.		
12. El enfermo es una carga económica.		
13. La situación se ha desbordado totalmente.		
Puntos:		

Si su puntuación es superior a 7 ¡cuidado!, esta poniendo en riesgo su salud.

ATENCIÓN

Fíjese metas realistas, usted existe y él le necesita para algo más que para hacer cosas. Comparta las obligaciones, delegue responsabilidades y emplee tiempo en estar y acompañar a su ser querido.

ESTRATEGIAS PARA CUIDARSE CUIDANDO

Su estado de salud es importante, debe conocerse y poner límites realistas a la carga como cuidador y mantener hábitos saludables.

SUGERENCIAS

- Comer bien y a sus horas con una dieta equilibrada.
- Hacer ejercicio diariamente si es posible.
- Dormir y descansar varias veces al día.
- Hablar por teléfono o personalmente con familiares y amigos.
- Dedicar sus ratos a leer, pintar, coser... es decir, a sus pasatiempos.



ATENCIÓN

Los hábitos correctos de sueño, alimentación y ejercicio son su fuente de salud.

Aprenda a reconocer sus sentimientos positivos y negativos. Son reales, debe de conocer el motivo de sus sentimientos contradictorios. Solicite y busque quien le puede ayudar para aclararle dudas.

SUGERENCIAS

- Si se siente triste: Realice actividades gratificantes y busque quien le escuche.
- Si se siente desbordado: Ponga sus límites y delegue.
- Si se siente enfadado: Tiene derecho, pero luego medite, él no puede interpretar las razones de su enfado, delegue, hay alguien más que puede sustituirle.



RECUERDE

La queja indiscriminada no soluciona su problema, ni identifica a quien o quienes le pueden ayudar.

Tiene que estar preparado para reconocer las limitaciones del que cuida, no mire hacia atrás, ya no es el que fue, y por lo tanto no le pida que lo sea, pero si es alguien que aún mantiene habilidades y recuerdos que puede compartir con usted aprovéchelos.

SUGERENCIAS

- La rutina del día a día da seguridad al adulto mayor con demencia.
- La paciencia es una cualidad que debe entrenar un cuidador.
- La comunicación verbal y no verbal es una herramienta que le facilita el trabajo.
- Planificar su futuro, el del adulto mayor enfermo mayor y el resto de su familia normaliza la actividad cotidiana.
- Horario constante de comidas, baño, acostarse, levantarse...
- Manejar ropa fácil de usar.
- Hacer comidas variadas respetando el gusto del adulto mayor.
- Simplificar las tareas y los esfuerzos, existen ayudas técnicas.

ATENCIÓN

Haga fácil, con la rutina, una labor tan difícil.

Mantenga actividades que puedan compartir y le haga a ambos la vida más agradable.

SUGERENCIAS

- Oír música juntos.
- Leer un libro en voz alta, mejor si es conocido.
- Mirar álbumes.
- Ver películas antiguas.
- Merendar con familiares comunes que reconozca.



ATENCIÓN

Esto le ayuda a disminuir la carga de actividades y a mejorar la autoestima del adulto mayor.

Ayude a mantener la independencia de su ser querido, el mayor tiempo posible, conozca lo que puede hacer él solo o con escasa supervisión y déjele que lo haga. No le pide actividades que no puede realizar, serán motivo de frustración, y tendrá consecuencias en su comportamiento con agresividad o inhibición.

Además esto le aporta seguridad al enfermo de Alzheimer y evita que usted tenga que tomar decisiones continuamente por él, con el desgaste personal que esto supone.



ATENCIÓN

Mantenga el máximo tiempo posible la independencia del mayor, no le sustituya.

Debe conocer que su familiar puede pasar etapas con cambios de carácter y comportamiento, más conflictivas y donde usted se verá desbordado por la carga excesiva de cuidados que debe de afrontar.

SUGERENCIAS

- Evite confrontaciones.
- Aprenda a comunicarse por la mímica y los gestos.
- Háblele a la cara, utilice la expresión corporal.
- Prepárese para solicitar ayudas sin renunciar a la institucionalización.



ATENCIÓN

El enojo, los gritos y la crispación empeoran la situación. No olvide que su familiar además, es un enfermo.

Identifique sus necesidades. Haga una lista de sus necesidades reales para mantenerse sano y poder cuidar mejor.

SUGERENCIAS

- Tiene derecho a tener un tiempo libre real. Puede ser poco, pero es suyo.
- Tiene derecho a mantener un “mínimo” de contacto social con sus amigos y otros familiares.
- Tiene derecho a cometer errores, cansarse de cuidar y desear no seguir haciéndolo.
- Tiene derecho a expresar sus sentimientos y buscar al alguien que le apoye.
- Tiene derecho a enfadarse y tener sentimientos negativos.
- Tiene el deber de programar su futuro con él y sin él.
- Y sobre todo tiene derecho a poner límites ante demandas excesivas o en las que corra peligro su salud.

ATENCIÓN

No llegue al límite.

MANEJO DE SITUACIONES DIFÍCILES

Podemos considerar que más que la incapacidad física (moverse o trasladarse) del adulto mayor enfermo, incluso más que su declive físico y psíquico, lo que realmente estresa al cuidador son los trastornos de la conducta y del comportamiento, sus cambios repentinos de carácter y los cambios en el ritmo del sueño.

Los cuadros más frecuentes que producen sobrecarga son:

- Agitación, inquietud y recelo.
- Trastornos del sueño.
- Comunicación verbal.
- Repetición de palabras y acciones.
- Alucinaciones y delirios.

Estas situaciones han sido abordadas en la primera parte de la guía (Cuidados a la persona con Alzheimer). El éxito está, en líneas generales, en mantener el control de la situación. Este estado de cambio de conducta tiene un límite en el tiempo y es más corto si modificamos el entorno, las circunstancias, e incluso el escenario.

SUGERENCIAS

- Apóyelo si se enfada por algo que cree cierto y modifique su atención poco a poco.
- No discuta. Sosiéguele
- Bríndele seguridad. Abrácele
- Cámbiele paulatinamente de sitio. Póngale a caminar
- Si es una acción determinada en un momento preciso, ¡analícelo! y cambien el patrón de actividades. Procure no dejarle solo en estas situaciones comprometidas, debe supervisarle a distancia.



SUGERENCIAS

Sobre todo por usted, no haga de estas situaciones un problema personal. Su familiar no lo hace premeditamente.

REACCIONES CATASTRÓFICAS

Puntualmente puede encontrarse con una situación más complicada conocida con el nombre de “reacciones catastróficas”.

En determinadas situaciones, con algunas personas o con usted como cuidador, el enfermo puede reaccionar de forma impredecible y brusca, rebelarse y manifestar un miedo intenso. Ante esta situación él reaccionara con agresividad y defensa mediante gestos, patadas, etc.

SUGERENCIAS

- Esté usted preparado, esto puede suceder en momentos puntuales de más agitación (visitas, cambios de lugar, actividades como el baño...), y no debe se estar solo, para la seguridad de usted y de su ser querido.
- Pida ayuda antes de que la situación le desborde. No olvide que su seguridad y la de él, es lo primero.
- Dedique un poco más de tiempo, menos prisa, sosiego, caricias.



SUGERENCIAS

Es usted el único capaz de controlar la situación, su familiar no está capacitado.

RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer afecta la memoria del paciente, su estilo de vida, sus destrezas y capacidades. Es importante tener en cuenta que aunque el mayor factor de riesgo es el aumento en la edad, la EA no es una parte normal del envejecimiento. Se le puede proveer una mejor calidad de vida a estos pacientes, aprendiendo tanto los familiares como el paciente a vivir con la enfermedad proveyendo los medicamentos y el cuidado adecuado. Aunque los medicamentos no pueden detener el progreso de la enfermedad ni la pueden curar, ayudan a disminuir el empeoramiento de los síntomas y a mejorar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

Actualmente, la Enfermedad de Alzheimer continúa bajo investigación, incluyendo como se desarrolla, como afecta el cerebro, como los medicamentos pueden retrasar su progreso, como se puede prevenir y se trata de conseguir la cura para esta. Mientras la cura llega, debemos tanto los pacientes, familiares y más aun los miembros del equipo de salud manejar la enfermedad y sus implicaciones en vías de mantener una mejor calidad de vida.

Revisado en junio 2018

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA
NÚM. PROVEEDOR 00028**

Post-Prueba: Estrategias para el Manejo del Paciente con Alzheimer y el Cuidador

Nombre y apellidos: _____ Fecha: _____

Profesión: _____ Puntuación: _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente y circule la mejor contestación

1. La enfermedad de Alzheimer se describe como:
 - a. Una enfermedad neurológica, degenerativa, neurológica que afecta la memoria y la función cognoscitiva
 - b. Una enfermedad mental, crónica, obstructiva que afecta el estado físico y neurológico
 - c. Una enfermedad física, aguda, progresiva que afecta las funciones anímica y fisiológica
 - d. Una enfermedad psicológica, aguda, temporera que afecta el estado emocional y social

2. Pérdida de la habilidad para reconocer objetos y para que se utilizan, se refiere a:
 - a. Afasia
 - b. Apraxia
 - c. Agnosia
 - d. Amnesia

3. Entre algunas de las causas o factores de riesgo asociadas a la Enfermedad de Alzheimer están las siguientes:
 - a. Envejecimiento, bacterias
 - b. Hipertensión, enfermedad cerebrovascular
 - c. Infección vírica o bacteriana, historial familiar
 - d. Enfermedades respiratorias, envejecimiento

4. Normalmente en el cerebro hay una disposición precisa de filamentos y túbulos que se encargan de la integridad celular. En el cerebro del paciente con EA se desarrollan:
 - a. Ovillos neurofibrilares y placas neuríticas
 - b. Placas de acetilcolina y neuronas engrandecidas
 - c. Disposición precisa de filamentos y túbulos
 - d. Disminución en niveles de colinesterasa y placas neuríticas

5. Lo siguiente es característico de la primera etapa de la EA:
 - a. Dura de 2 a 12 años
 - b. Presenta agnosia
 - c. Dependencia completa
 - d. Pérdida de la memoria de corto plazo

6. Pérdida de la habilidad de conversar y dependencia completa, en la EA se presenta en la siguiente etapa:
 - a. Segunda
 - b. Tercera
 - c. Primera
 - d. Ninguna

7. El siguiente estudio es recomendado para ser realizado a pacientes con EA porque evidencia la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas:
 - a. EEG
 - b. CT
 - c. MRI
 - d. PET

8. Ejemplos de medicamentos inhibidores de colinesterasa que se utilizan para estimular la retención de acetilcolina y mantener las destrezas de la memoria por un periodo de tiempo:

- a. Aricept, Exelon y Reminyl
- b. Haldol, Namenda, Valium
- c. Atenolol, Reminyl, Haldol
- d. Lasix, Namenda, Aricept

9. Una de las acciones de enfermería que se presentan a continuación ayudarán a cumplir la siguiente meta establecida para el paciente de EA "**Promover la función cognoscitiva**":

- a. Ambiente calmado y predecible para el paciente
- b. Establecer una rutina regular
- c. Utilizar claves y ayudas que promuevan la memoria
- d. Todas las anteriores aplican para alcanzar esta meta

10. Instalación de pasamanos, remover objetos peligrosos, proveer luz adecuada en pasillos y escaleras, evitar restricciones porque aumenta la agitación, son acciones de enfermería que se aplican en el cuidado del paciente de EA para alcanzar la siguiente meta:

- a. Promover de socialización e intimidad
- b. Promover la seguridad
- c. Reducir la ansiedad y la agitación
- d. Mejorar la comunicación

11. El estado de salud del cuidador es importante, debe conocerse y poner límites realista a la carga como cuidador y mantener hábito saludable como:

- a. Dormir y descansar varias veces al día
- b. Dedicar ratos a leer, pintar y coser
- c. Hacer ejercicios dos veces a la semana
- d. Comer bien, a sus horas con una dieta balanceada, dormir y descansar

12. El cuidador tiene que estar preparado para reconocer las limitaciones del que cuida. Por lo tanto:

- a. La paciencia es una cualidad que debe entrenar un cuidador y planificar el futuro de todos los miembros del hogar
- b. La comunicación verbal o no verbal es una herramienta que le facilita el trabajo
- c. La rutina no provee seguridad al paciente con Alzheimer
- d. Planificar su futuro, el del paciente con Alzheimer y el resto de la familia serena la actividad cotidiana

REFERENCIAS

Alzheimer's Association. (2015) ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer? Recuperado

el 16 de junio de 2015 de,

http://www.alz.org/espanol/about/que_es_la_enfermedad_de_alzheimer.asp

Honnan, P. (2013). *Focus en Adult Health Medical – Surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins

Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. (2015). *La enfermedad de Alzheimer*. Recuperado

el 16 de junio de 2015 de, <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/enfermedad-alzheimer>

Lerner, N. *The many faces of dementia*. Nursing Made Incredibly Easily. March/April, 2012.

Mast, B., & Yochim, B. (2018). *Alzheimer 's Disease and Dementia*. Toronto:

Hogrefe Publishing Company.

MedlinePlus. (2015). *Enfermedad Alzheimer*. Recuperado el 16 de junio de 2015 de,

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html#cat10>

Méndez, R., Molina, E., Téna-Dávila, M. & Jagüe, A. Recuperado el 27 de noviembre de 2012,

en www.amma.es/pdf/guia_familiares_enfermos_alzheimer_aytomadrid.pdf

Mullan M. *Symtoms of Alzheimer 's*. Recuperado el 28 mayo de 2012, en

<http://www.mulanalzheimer.com>

Ricci, R. (abril, 2012). *New Breakthrough in Alzheimer Detecion*. Recuperado el 28 de mayo de 2012, en www.myhealthworld.com

What is Alzheimer. Recuperado el 28 de mayo de 2012, en www.alz.org/alzheimer.com.

Rivera, M. (2014, Diciembre 21). Nace un Registro de Alzheimer. *El Nuevo Día*, p. 44-45.

