



LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

INDICE

Definición de la enfermedad de Alzheimer	2
Como se manifiesta, primeros indicios.	2
Proceso evolutivo de la enfermedad	3
Posibles tratamientos.	3
Intervención de enfermería con el enfermo de Alzheimer y su familia .	4
Valoración del paciente y objetivos.	4
Diagnósticos de enfermería.	4
El cuidador del enfermo de Alzheimer.	5
Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer	5
Objetivos de la atención a los enfermos	6
Bibliografía.	7

DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Una demencia se define como un síndrome adquirido producido por patología orgánica, en un paciente sin alteraciones de conciencia, que ocasiona un deterioro persistente de varias de las funciones mentales

superiores, lo cual provoca su incapacidad funcional en el ámbito social y laboral.

Los criterios de diagnósticos de Demencia según DSM-III-R son:

- **Pérdida de funciones intelectuales que determinan desadaptación social y laboral.**
- **Deterioro de la memoria.**
- **Al menos uno de los siguientes síntomas.**

1 – Deterioro del pensamiento abstracto.

2 – Deterioro del juicio.

3 – Trastorno de las funciones corticales (afasia, apraxia, agnosia).

4 – Cambio de personalidad.

5 – Dificultades en tareas constructivas.

- **Nivel de conciencia preservado.**
- **Además uno de los siguientes:**

1 – Evidencia de causa orgánica.

2 – Presunción de causa orgánica.

COMO SE MANIFIESTA, PRIMEROS INDICIOS

Las manifestaciones clínicas de las demencias expresan el deterioro simultáneo de varias o todas las funciones superiores: memoria, lenguaje. Antes o después se afecta también la conducta y el estado anímico.

El síntoma neurológico más frecuente y clásicamente el que motiva la primera consulta es la falta de memoria, específicamente la falta de memoria a corto plazo con repercusión en las actividades cotidianas (del hogar, del trabajo, de las finanzas) con inicial conservación de la memoria lejana evocadora que en estadios avanzados también se afectará.

La Enfermedad de Alzheimer es una demencia degenerativa primaria de causa desconocida, con máxima frecuencia esporádica aunque puede ser familiar en el 5 – 10 % de los casos. Afecta a los adultos entre los 40 y 90 años con incidencia progresiva en relación con la edad. Es la causa más frecuente de demencia en los adultos de los países desarrollados, afecta a ambos sexos predominando en las mujeres, y tiene una evolución inexorable que conduce a la invalidez plena y finalmente a la muerte.

PROCESO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD

De forma general se han establecido tres fases en la evolución de las demencias, tomando como modelo la Enfermedad de Alzheimer:

Fase inicial

Duración de la enfermedad entre 1 y 3 años.

Fallos en memoria a corto plazo, rememoración conservada.

Lenguaje pobre.

Desorientación.

Electrocardiograma y Tomografía Computarizada normales.

Conserva autonomía en el entorno doméstico.

Fase de estado

Duración de la enfermedad entre 2 y 10 años.

Fallos de memoria proximal y distal.

Desorientación.

Afasia, Apraxia, Agnosia.

Ondas lentas en el E.C.G. y signos de atrofia en la Tomografía.

Necesita ayuda en el entorno domestico.

Fase terminal

Duración de la enfermedad entre 8 y 12 años.

Severo deterioro intelectual.

Signos neurológicos motores (rigidez, flexión).

No control esfinteriano.

E.C.G. y Tomografía más severamente afectadas.

Dependencia total.

POSIBLES TRATAMIENTOS

La Enfermedad de Alzheimer como todas las demencias degenerativas carecen de tratamiento médico curativo. Se han ensayado numerosas terapéuticas farmacológicas según las diferentes hipótesis patogénicas de la enfermedad. Además y con más trascendencia práctica, el tratamiento puede ofertar indicaciones farmacológicas para contrarrestar algunos de los síntomas frecuentes en estos pacientes.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER Y SU FAMILIA

La evaluación de enfermería es la más completa, ya que abarca todos los aspectos del individuo. Ningún otro profesional puede llegar a pasar hasta 24 horas al día en contacto con el paciente. El punto fuerte de la valoración de enfermería se sitúa en su capacidad de observar, registrar y poner en común con el resto del equipo el contenido de sus observaciones. No hay que olvidar que la familia en la que está incluido el demente debe ser considerada como un SISTEMA en sí misma. Se recomienda el uso de intervenciones con la familia como entrenamiento de afrontar y resolver conflictos, la preparación al duelo y el entrenamiento asertivo.

VALORACIÓN DEL PACIENTE Y OBJETIVOS

En la valoración del paciente con una posible demencia hay instrumentos de gran utilidad que se pueden emplear a dos niveles: por un lado, permiten evaluar el estado del paciente en un momento determinado; por otra parte sirven para valoraciones a largo plazo, que permiten calibrar la evolución del paciente. Desde el punto de vista de enfermería tienen interés los instrumentos que miden el estado cognitivo del paciente, y los que evalúan el funcionamiento del paciente.

La prueba de valoración cognitiva más popular y conocida es *el Mini Mental State de Folstein*, más conocida como *Mini Examen Cognoscitivo (MEC)*. No es un test que permita diagnosticar la demencia, pero sí es válido para orientar en esta dirección.

El objetivo prioritario de los cuidados de enfermería debe ser mantener el bienestar del paciente y resguardar en la medida de lo posible el mayor grado de autonomía personal.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Trastorno de la comunicación verbal relacionado con la pérdida de memoria, alteraciones del lenguaje y desorientación.

Déficit de autocuidado relacionado con el deterioro de las funciones superiores.

Alteración en el patrón del sueño relacionado con la inmovilidad, ansiedad y desorientación.

Riesgo de lesión física relacionado con el comportamiento errante.

Aislamiento social relacionado con el deterioro intelectual y las alteraciones del carácter y de la conducta.

Riesgo de comportamiento agresivo relacionado con el progresivo deterioro mental.

EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ALZHEIMER

Estudios demográficos realizados en España muestran que entre el 30 y el 50% de los ancianos dementes están casados y son cuidados por su cónyuge, entre el 25 y el 30% son viudos o divorciados y atendidos por una hija o nuera, y el resto son atendidos por otros familiares, vecinos, amigos o voluntarios.

Los cuidadores familiares no se identifican con el rol de proveedor de cuidados, cuidan de sus familiares dementes por la sencilla razón de que es su deber. Estos cuidadores tienen la creencia generalizada de que los servicios sociales solo deben intervenir una vez agotados los recursos familiares o que la familia esté agotada y exhausta. No está justificado que la familia se queme como principal proveedor de cuidados, por eso enfermería puede desempeñar una labor esencial en la detección precoz de síntomas de estrés, agotamiento, frustración o depresión del cuidador.

ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

Estas asociaciones se han ido creando generalmente a partir de un reducido número de familias que, desorientadas, deseaban información y ayuda. Estas organizaciones en la actualidad prestan una ayuda decisiva a muchos familiares de personas afectadas de demencias, por lo que es un recurso absolutamente aconsejable.

Tienen como objetivos generales:

Aprender a vivir lo mejor posible con un enfermo de Alzheimer.

Conseguir una atención integral del enfermo.

Informar y asesorar a los familiares de los enfermos.

Apoyar y ayudar a los familiares para afrontar el impacto de la enfermedad en la familia.

Difundir la necesidad de un diagnóstico preciso.

Para ello desarrollan una serie de actividades como:

Actividades de información y difusión: publicaciones, conferencias, información por teléfono, entrevistas con los familiares etc.

Actividades de apoyo y ayuda a las familias: asistencia domiciliaria, grupos de apoyo psicológico, asesoría jurídica.

Actividades de representación y defensa de los intereses de los enfermos y de familiares.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS

Los principales objetivos son:

Diagnóstico correcto y tratamiento si procede.

Mejorar el estado funcional del paciente.

Identificar y tratar las complicaciones psicopatológicas.

Mantener revisiones periódicas.

Aportar información sobre la enfermedad al paciente y a la familia.

Aportar información sobre los recursos sociales disponibles al paciente y a la familia.

Dar consejo y apoyo a las familias.

Nota de los Autores:

Este trabajo ha sido impreso con papel producido a base de algas marinas.

Las algas vegetales excedentes en la naturaleza sustituyen como materia prima parcialmente a los árboles.

La tutela del ambiente con un ahorro de árboles, un mar limpio y el empleo de recursos naturales simples, alternativos a los tradicionales, hace que nuestra naturaleza se nos muestre agradecida ante estas iniciativas.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, DSM-III-R, MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, 3ª Edición, Masson, Barcelona 1.988.

Bermejo F., NIVEL DE SALUD Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ANCIANOS, SG Editores S.A., Madrid 1.993.

Coria F. TRASTORNOS DE LA MEMORIA EN LA ANCIANIDAD, Medicine, 6: 26–34, 1.994

Herrero Botin M., Pascual Pérez AM, Fernández Camino C., ANCIANOS CON DEMENCIAS: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, Rev. Rol de Enfermería 185, 1.994.

Lobo A., Ezquerro J., Gómez F., Sala JM., Seva A., EL MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO, Actas.Luso-Esp. Neurol Psiquiat Cienc Afines, 1.979; 3: 189–202.

López-Pousas S., Vilalta J., Llinas J., EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS EN ESPAÑA, Rev. Gerontol. Sup. Abril 28–33, 1.995.

Mace NL., Rabins PV., 36 HORAS AL DÍA. GUIA PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE ALZHEIMER, Ancora, Barcelona 1.991.

6

7

