



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2014-2015

TRABALLO FIN DE GRAO

Cuidados de Enfermería en el Alzheimer: Revisión bibliográfica

Sandra Blanco Rodríguez

Titora: Carmen María García Martínez

Presentación do traballo: Mayo/2015

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DA CORUÑA

Índice

Índice de tablas y figuras	2
Índice de acrónimos.....	3
RESÚMENES ESTRUCTURADOS	4
1. INTRODUCCIÓN	7
Etiología	7
Epidemiología.....	8
Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD).....	8
Cuidados de Enfermería en la Demencia tipo Alzheimer.	11
2. OBJETIVO	12
3. PROPÓSITO DE LA REVISIÓN	12
4. METODOLOGÍA	13
4.1 Estrategia de búsqueda.....	14
4.2 Criterios de inclusión de los estudios.	15
4.3 Criterios de exclusión de los estudios.	16
4.4 Limitaciones	16
5. RESULTADOS.....	17
5.1 Factor de impacto de las Revistas Científicas.....	18
6. DISCUSIÓN	20
7. CONCLUSIÓN	28
8. AGRADECIMIENTOS.....	30
9. BIBLIOGRAFÍA	31
10. ANEXOS.....	35
ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	35
ANEXO 2: TABLAS DE RESULTADOS.....	38
ANEXO 3. GUÍAS Y LIBROS	49

Índice de tablas y figuras

Tablas:

Tabla 1. Factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer	7
Tabla 2. Tipos de SPCD	9
Tabla 3. DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda	14
Tabla 4. Resultados obtenidos en las Bases de Datos.....	17
Tabla 5. Factor de impacto de las revistas utilizadas	18
Tabla 6. Definición y manejo de los principales SPCD	25

Figuras:

Figura 1. Modelo conceptual que describe la interacción	10
Figura 2. Resultados de la búsqueda	19
Figura 3. Dominios incluidos en la evaluación de los SPCD	20

Índice de acrónimos

ACV: Accidente Cerebro-Vascular

BVS: Biblioteca Virtual de Salud

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud

EA: Enfermedad de Alzheimer

IBECS: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud

LILACS: Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

OMS: Organización Mundial de la Salud

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SEEGG: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

SPCD: Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia

RB: Revisión Bibliográfica

RS: Revisión Sistemática

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

Título: *Cuidados de Enfermería en el Alzheimer: Revisión bibliográfica*

RESUMEN

Introducción. El aumento de la esperanza de vida conlleva un aumento de la prevalencia de enfermedades como el Alzheimer, que origina una creciente dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria, provocando dependencia y pérdida de autonomía, convirtiendo en esencial el papel de la Enfermería en el cuidado de estas personas.

Objetivo. El objetivo de esta revisión es recoger la información existente sobre los cuidados de enfermería adecuados para el manejo de los síntomas del Alzheimer, asegurando así una mejora de la calidad de vida.

Metodología. Como punto de partida se procede a la búsqueda de una Revisión Sistemática cuyos objetivos se adapten a los aquí propuestos, seleccionando la propuesta por Blythe et al. Posteriormente se realiza una búsqueda en Bases de Datos, libros, guías y manualmente, estableciendo el Factor de Impacto de las revistas seleccionadas.

Resultados. Fueron seleccionados finalmente un total de 37 documentos que cumplen los criterios propuestos, compuestos por 32 artículos, 4 libros y 1 Guía de cuidados enfermeros.

Conclusión. Se pueden evidenciar los múltiples cuidados que el personal de Enfermería proporciona al paciente afectado por la enfermedad de Alzheimer. Las sociedades profesionales apoyan la eficacia del tratamiento no farmacológico (cuidados), sin embargo su aceptación es insuficiente en la práctica real.

RESUMO

Introdución. O aumento da esperanza de vida leva a un aumento do predominio de enfermidades coma o Alzheimer, que provoca o aumento da dificultade para realizar actividades da vida diaria, causando dependencia e perda de autonomía, convertendo en esencial o papel da enfermaría no coidado destas persoas.

Obxectivo. O obxectivo desta revisión é recoller a información existente sobre os cuidados de Enfermería adoitados para o manexo dos síntomas do Alzheimer, asegurando así una mellora na calidade de vida.

Metodoloxía. Como punto de partida procédese á busca dunha Revisión Sistemática con obxectivos que se adapten aos propostos, seleccionando a proposta por Blythe et al. Posteriormente realízase unha busca en Bases de Datos, libros, guías e manualmente, establecendo o Factor de Impacto das revistas seleccionadas.

Resultados. Foron seleccionados finalmente un total de 37 documentos que cumpren os criterios propostos, compostos por 32 artigos, 4 libros e 1 Guía de cuidados enfermeiros.

Conclusión. Pódese evidenciar os múltiples cuidados que o persoal de Enfermería pode proporcionar á persoa diagnosticada de Alzheimer. As sociedades profesionais apoian a eficacia do tratamento non farmacolóxico (cuidados), nembargante a súa aceptación é insuficiente na práctica real.

ABSTRACT

Introduction. Increased life expectancy leads to an increase in the prevalence of diseases such as Alzheimer, which causes increasing difficulty in performing activities of daily living, causing dependence and loss of autonomy, becoming essential the role of Nursing care of these people.

Objective. The objective of this review is to collect the available information of appropriate nursing care to manage symptoms of Alzheimer, ensuring improved quality of life.

Methodology. As a starting point, we proceed to the search for a systematic review whose objectives fit those proposed here, selecting the proposal by Blythe et al. Later a search was performed in Databases, books, guides and manually, setting the impact factor of the selected journals.

Results. They were finally selected a total of 37 documents that meet the proposed criteria, composed of 32 articles, 4 books and 1 Guide about nursing care.

Conclusion. We show the multiple care that nurses can provide to the person diagnosed with Alzheimer. Professional societies support the effectiveness of non-pharmacological treatment (care), but its acceptance is insufficient in actual practice.

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida que se ha observado a lo largo del siglo XX conlleva el aumento de la prevalencia de demencias entre la población adulta. El Alzheimer¹ constituye hoy en día la forma más frecuente², con un 50% de los casos^{3,4}.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) fue descrita por primera vez en 1907 por un neurólogo de origen alemán llamado Alois Alzheimer⁵. Se trata de una afectación neurológica degenerativa, progresiva e irreversible, con inicio insidioso y pérdidas graduales de la función cognitiva⁶. Se observa en el curso de la enfermedad una afectación de diversas funciones intelectuales⁷ tales como la memoria, la atención, la concentración, praxias, gnosias, funciones visuoespaciales y capacidades ejecutivas; frecuentemente acompañado de alteraciones psicológicas y de conducta^{2,3}. Todas estas características determinan una desviación del curso normal del envejecimiento, cuyo pronóstico es impredecible^{8,9}.

Etiología

Aunque las causas de la EA no están determinadas, se han podido identificar diversos factores de riesgo asociados, algunos de ellos potencialmente evitables⁴.

Tabla 1. Factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer

Sociodemográficos:

- Edad avanzada, sexo femenino.
- Reserva cognitiva: bajo nivel educativo e intelectual

Familiares y genéticos:

- Historia familiar: el riesgo aumenta 3,5 veces si un familiar de primer grado está afectado.
- Mutaciones en los cromosomas 1, 14 y 21
- Genotipo ApoE4
- Síndrome de Down

Historia médica:

- Traumatismo cráneo-encefálico
- Depresión
- Factores de riesgo cerebrovascular: hipertensión, diabetes, homocisteína, fibrilación auricular, Accidente Cerebro-Vascular (ACV), sedentarismo y colesterol alto.

Epidemiología

Se estima que a nivel mundial 35,6 millones de personas sufrían Demencia en el año 2010⁹, elevándose esta cifra hasta 44 millones en el año 2013¹¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que existen 7,7 millones de nuevos casos cada año, por lo tanto, la estimación esperada es de 65,7 millones en 2030¹¹, alcanzando los 135 millones en 2050⁹.

En España existen aproximadamente 900.000 casos de Demencia³, y hay que considerar que a medida que se produzca un envejecimiento de los grupos de edad, como está ocurriendo actualmente en la población mundial, la proporción tenderá a un aumento significativo².

La prevalencia en población general es muy baja antes de los 60 años, pero a partir de esa edad se multiplica por dos cada 5 años. En el grupo de edad de 60-69 años es de 1,5% y alcanza el 90% en nonagenarios^{3,10}.

Síntomas Psicológicos y Conductuales de la Demencia (SPCD)

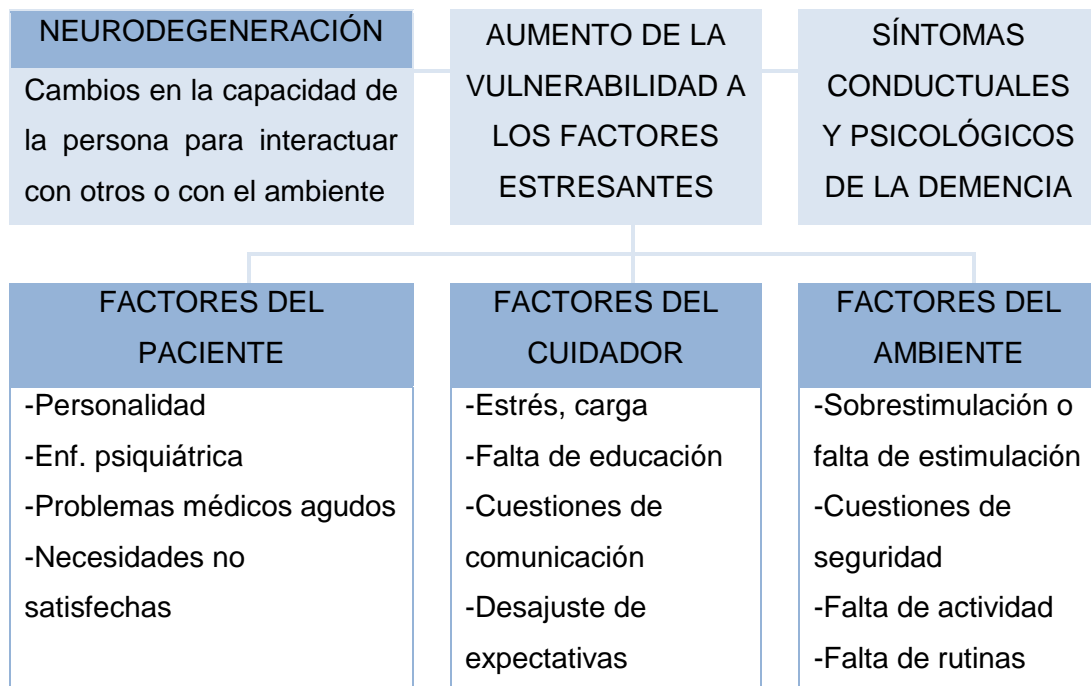
Los Síntomas Psicológicos y Conductuales fueron designados como tal por la Asociación Internacional de Psicogeriatría¹² para aludir al conjunto de signos y síntomas que pueden aparecer en las personas con Demencia. Este nuevo término implica dos clases de síntomas: los psicológicos, más complejos y elaborados desde un punto de vista mental, obtenidos a través de la entrevista con el paciente; y los conductuales, más básicos, obtenidos a través de la observación directa del paciente¹³.

Estos síntomas son altamente prevalentes, afectando a casi todas las personas en algún momento del curso de su enfermedad. Se presentan de manera gradual, y avanzan con diferente rapidez entre los individuos afectados^{4,14}.

Tabla 2. Tipos de SPCD^{8,15}	
Irritabilidad o labilidad	
Depresión o disforia	
Ansiedad y preocupación	
Apatía o indiferencia	
Trastornos del sueño (despertares nocturnos)	
Ilusiones y alucinaciones	
Agitación	<ul style="list-style-type: none"> - Fácilmente alterable - Repetición de preguntas - Discutir o quejarse - Acaparamiento - Gritos, lloros, sonidos perturbadores - Rechazo al cuidado - Abandono del hogar
Agresión	<ul style="list-style-type: none"> - Física - Verbal
Desinhibición	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento social inapropiado - Comportamiento sexual inapropiado
Trastorno motor	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades repetitivas sin finalidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vagabundeo ○ Hurgar, rebuscar

Debido a que el deterioro cognitivo por sí solo no puede explicar la aparición de estos síntomas, se han identificado varios factores (personales, ambientales y del cuidador) considerados como desencadenantes, explicados a través del siguiente modelo conceptual:

Figura 1. Modelo conceptual que describe como interacciona la persona, el cuidador y los factores ambientales para causar los SPDC.



Existen estos síntomas en el 50% de los pacientes con EA ambulatorios y en el 75% de los pacientes ingresados en centros sociosanitarios⁸.

La EA origina una creciente dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria ya que incapacita a las personas para valerse por sí mismas¹, deteriorándolos tanto física como intelectualmente², provocando una situación de dependencia¹⁶, situaciones de desadaptación social² y pérdida de autonomía, con la consecuente afectación de la calidad de vida^{17,18}.

El conjunto de estas características, constituyen una razón importante para la institucionalización¹⁹. Aunque los principios de las políticas europeas destacan la importancia de mantener a las personas en el hogar durante el mayor tiempo posible, muchas de ellas serán admitidas en centros sociosanitarios, debido a la progresión de la enfermedad, continua carga de trabajo al que se le une el impacto financiero, social y psicológico²⁰.

La OMS reconoce la Demencia como una prioridad de Salud Pública. Así lo muestra en el informe “*Dementia: A public health priority*” publicado en 2012, que tiene por objetivo proporcionar información y fomentar una mayor concienciación sobre la demencia. Entre sus metas más concretas está la de velar por que se intensifiquen los esfuerzos públicos y privados en pro de la mejora de la atención y el apoyo prestados a las personas con demencia y sus cuidadores.

Cuidados de Enfermería en la Demencia tipo Alzheimer.

Dado que no se conoce la causa y que no hay posibilidades de cura², lo que maximiza la calidad de vida gana cada vez más atención por parte de las organizaciones, responsables políticos y autoridades sanitarias²⁰, poniendo en marcha el desarrollo y la evaluación de programas de atención²¹.

Este tipo de enfermedades requieren una gran demanda de cuidados, ya que se presentan múltiples oscilaciones en el curso de la enfermedad, por lo que es necesario que el personal de Enfermería tenga unos conocimientos sólidos que permitan tratar correctamente los diversos problemas que se puedan presentar y prestar unos cuidados de máxima calidad²².

El personal de Enfermería es el cuidador de primera línea²³ y uno de los pilares básicos del equipo de atención asistencial^{5,24}, que proporciona cuidados como recurso fundamental en el tratamiento⁹. Las personas dependen ellos para identificar y responder a sus necesidades, proporcionando vigilancia y gestión continua las 24 horas del día, 7 días a la semana²³, además de identificar los riesgos que pueden llegar a producirse y actuar una vez que aparezcan⁵.

Por ello es necesaria la elaboración de documentación científica basada en la experiencia profesional, para dotar a la Enfermería de los diferentes ámbitos de atención (desde la Atención Primaria hasta la Atención Especializada, como Centros de Día, Residencias, Hospitales, etc.)² del

rigor y de los conocimientos apropiados para dar respuestas óptimas a las necesidades planteadas por estas personas²².

La falta de conocimiento sobre la enfermedad por parte del personal y el uso de intervenciones inadecuadas, como uso excesivo de medicación y otras prácticas dañinas, como el abuso y el descuido, pueden producir un comportamiento negativo².

2. OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es recoger la evidencia existente acerca de los cuidados de enfermería adecuados para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos en pacientes afectados por Demencia tipo Alzheimer. Para ello se realiza una revisión de la literatura científica y de esta manera poder actualizar los conocimientos relacionados con el cuidado enfermero.

Se diseñó una revisión basada en la siguiente pregunta: *¿Son efectivos los cuidados proporcionados por el personal de enfermería en pacientes diagnosticados de Alzheimer moderado o grave en cuanto a la presencia y tipo de síntomas psicológicos y conductuales?*

3. PROPÓSITO DE LA REVISIÓN

El envejecimiento progresivo que está desarrollando la sociedad es una realidad, y asociado a él se encuentra el Alzheimer, esa enfermedad que ya es considerada como la “Pandemia del siglo XXI”. Como consecuencia se nos presenta un gran reto: su estudio y terapéutica.

Para dispensar los cuidados adecuados a los pacientes afectados por la Demencia tipo Alzheimer, los enfermeros que los atienden bien en ámbito domiciliario o sociosanitario deberían conocer la evidencia existente sobre ese tema y al mismo tiempo tener la capacidad suficiente para llevar a la práctica dicha evidencia.

Estos profesionales se encuentran en contacto directo con el paciente y su familia en todos los ámbitos de salud, desde la Atención Domiciliaria hasta los Centros Sociosanitarios, lo que requiere unos amplios conocimientos sobre el manejo de su situación, caracterizados por su complejidad y carácter irreversible, por lo tanto debe elaborarse un plan de cuidados que contemple de forma detallada el abordaje de las necesidades actuales y futuras.

La finalidad de esta revisión bibliográfica es revisar el estado de los cuidados enfermeros para conocer la enfermedad y en qué podemos contribuir para mejorar la atención de estas personas.

4. METODOLOGÍA

Como inicio para la elaboración de esta revisión, se ha procedido a elaborar una pregunta PICO ya que tiene gran utilidad para formular la pregunta para revisiones sistemáticas y, al mismo tiempo, nos facilita la posterior búsqueda en bases de datos.

P Individuos con 65 años y más, diagnosticados de Alzheimer en grado moderado o avanzado, que padecen o podrían padecer Síntomas Psicológicos y Conductuales (SPCD)

I Cuidados (tratamiento no farmacológico) proporcionado por el personal de Enfermería.

C En un primer momento se consideró realizar la comparación entre el Tratamiento no farmacológico frente al farmacológico para el manejo de los SPCD. Pero finalmente se ha eliminado este apartado, ya que no existen estudios en los que exista comparación entre un grupo únicamente tratado con medicación y otro exclusivamente con intervenciones de enfermería.

O Valorar la presencia o ausencia y el tipo de Síntomas Psicológicos y Conductuales.

4.1 Estrategia de búsqueda.

Por lo tanto, finalmente se ha elaborado una pregunta PIO y a raíz de ella se realiza una búsqueda de Revisiones Sistemáticas en las bases de datos Joanna Briggs y Cochrane Library. Se analizaron los diferentes tipos de documentos encontrados, seleccionando la realizada por Blythe et al. ya que respondía a la pregunta de investigación, presenta los mismos objetivos que queremos alcanzar y presenta calidad metodológica que sirve como punto de partida para dar continuidad, es decir ampliar los conocimientos desde el año de su publicación hasta la actualidad.

Posteriormente se procede a la selección de DeCS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) y MeSH (www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh), ya que permiten el uso de una terminología común para realizar una búsqueda y obtener unos resultados que se ajusten a nuestro objetivo.

Enfermería	- Nurse, Nursing - Nursing care
Cuidados / Tratamiento	- Care - Treatment - Therapy, Therapeutic
Alzheimer	- Dementia - Alzheimer - Alzheimer disease - Symptoms

Con estos términos se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos, con la finalidad de recabar los conocimientos existentes a partir del año 2012, en el que se publica la revisión sistemática de la que partimos:

- PubMed: es el sistema de búsqueda de información de Ciencias de

la Salud más importante de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

- Biblioteca Virtual de Salud (BVS): que cuenta entre sus bases de datos con el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Literatura Latinoamericana de información en Ciencias de la Salud (LILACS), y Scientific Electronic Library Online (SciELO).
- CUIDEN: es la base de datos de la Fundación Index e incluye la producción científica de la Enfermería española e iberoamericana.

También se han obtenido artículos a través de la búsqueda manual, es decir, a través de la bibliografía reflejada en algunos documentos seleccionados, filtrando a través del título, que se ha considerado de interés y utilidad, y por la fecha (*Anexo 2*). Y finalmente se han revisado algunos libros relacionados con la Atención de Enfermería al Paciente Geriátrico. (*Anexo 3*)

4.2 Criterios de inclusión de los estudios.

Como método de selección se han tenido en cuenta aquellos criterios que establece la pregunta PIO formulada, para determinar la adecuación y la búsqueda de respuesta a la pregunta. Estos criterios están relacionados con la población, el tipo de intervención realizada y los resultados obtenidos:

- Población: personas de 65 años y más, diagnosticadas de Demencia tipo Alzheimer.
- Intervención: cuidados (tratamiento no farmacológico) proporcionados por un equipo multidisciplinar en el que se encuentre el personal de enfermería, o simplemente el personal de enfermería, para el manejo de los SPCD.
- Resultados: se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios cuantitativos y cualitativos, cuyos resultados se adapten a nuestro objetivo, proporcionando cuidados físicos, psicológicos, sociales o espirituales, con el fin de prevenir y manejar los SPCD.

4.3 Criterios de exclusión de los estudios.

Se han establecido unos criterios de exclusión con el fin de obtener la información precisa y necesaria que contestara a nuestra pregunta de investigación. Los motivos de exclusión concretos se especifican en el *Anexo 2*.

- Población: personas con edad inferior al rango seleccionado; estar diagnosticado de Demencia, pero no la modalidad de Alzheimer.
- Intervención: se excluyeron aquellos artículos en los que no esté integrado el personal de Enfermería para la atención a la persona, mostrando únicamente la función de médicos, terapeutas ocupacionales o psicológicos. También en los que la temática central es el diagnóstico o prevención de la Enfermedad. No se han tenido en cuenta los artículos de opinión o estudios de caso, o aquellos que únicamente se centran en el tratamiento farmacológico de los síntomas.

4.4 Limitaciones

En el proceso de elaboración de esta revisión nos encontramos con los siguientes sesgos:

- Sesgos de información: falta de datos sobre el tipo de población a estudio, sobre el tipo de actividad que se está llevando a cabo o la duración de la misma, o falta de descripción de la metodología empleada para su realización.
- Sesgos de accesibilidad: algunos artículos no han podido ser incluidos en la presente RB debido a la incapacidad de acceder a los mismos, por requerir suscripción (es decir, aportación económica) y permitiendo la visualización únicamente del Resumen.

5. RESULTADOS

En una fase inicial fue seleccionada la Revisión Bibliográfica (RB) de Blythe et al. ya que aborda nuestra pregunta de investigación, teniendo como objetivo “Determinar las estrategias no farmacológicas que pueden ser efectivas e implementadas por el personal de Enfermería para facilitar el manejo de los síntomas de la Demencia” y cuyas preguntas específicas han sido:

- ¿Qué estrategias no farmacológicas realiza la enfermería para manejar los síntomas de la Demencia?
- ¿Cuáles son más efectivas para reducir la severidad y la frecuencia de los síntomas?

Por esta razón, podemos concluir que la RB seleccionada es adecuada para ser nuestro punto de partida y dar continuidad a los conocimientos aportados por ella, buscando la información existente sobre el tema a partir del año 2012.

La posterior búsqueda en bases de datos, incluidos los artículos seleccionados manualmente, mostró un total de 369 documentos, de los cuales tras la lectura del resumen, fueron seleccionados 62 como apropiados para nuestra revisión. En el *Anexo 2* se establece la adecuación a nuestra pregunta de investigación, y se puede concluir que el número final de documentos seleccionados fue de 32.

Tabla 4. Resultados obtenidos en las Bases de Datos.

	PubMed	BVS	CUIDEN	Manual	TOTAL
Lectura de resumen y objetivos	172	160	25	12	369
Lectura completa y análisis	29	13	7	12	61
Finalmente seleccionados	15	6	4	7	32

Además fueron seleccionados 4 libros y la Guía de cuidados enfermeros al paciente diagnosticado de Alzheimer, elaborado por la Sociedad

Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (SEEGG), considerada de relevancia para el presente trabajo. La *Figura 2* muestra la evolución de la búsqueda de información y los resultados finales.

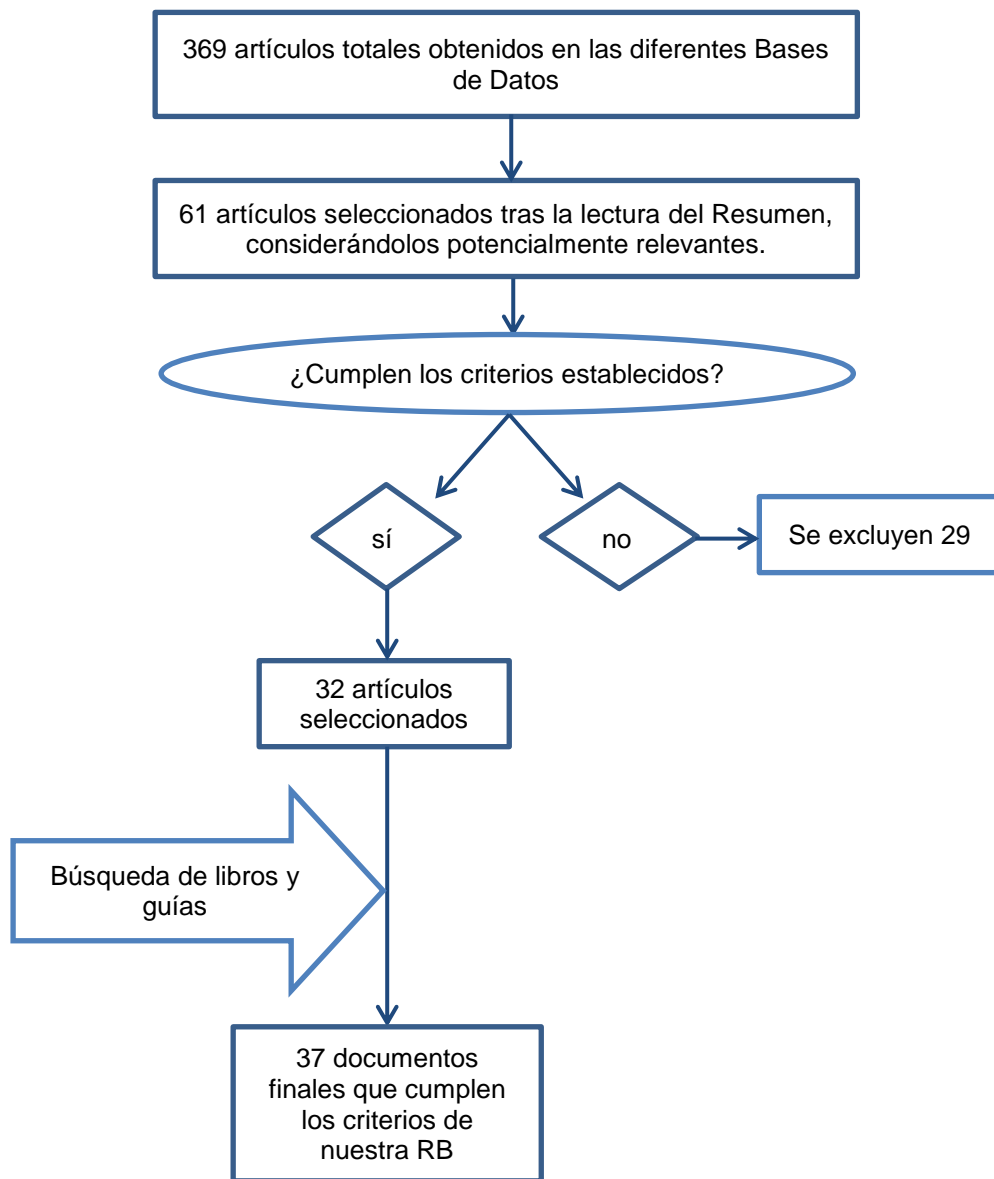
La referencia de cada uno de los documentos seleccionados se ha realizado mediante RefWorks (<http://www.refworks.com/es/>), un gestor bibliográfico que permite referenciarlos en Estilo Vancouver.

5.1 Factor de impacto de las Revistas Científicas

El factor de impacto mide la repercusión de una revista científica a partir del análisis de las citas que han recibido los artículos que se han publicado en ella. Se ha llevado a cabo a través de la **ISI Web of Knowledge – Journal Citation Reports** (<http://apps.webofknowledge.com>)

Revista	Factor de impacto
American journal of Alzheimers disease	1,426
Archivos de neuro-psiquiatria	1,006
Asian Nursing Research	0,418
BMC Geriatrics	2,000
British journal of psychiatry	7,343
BMJ-British Medical Journal	16,378
Geriatric et psychologie neuropsychiatrie	0,404
Health education & behavior	1,825
Holistic nursing practice	0,524
Journal of advanced nursing	2,772
Journal of the american geriatrics society	4,216
Research in gerontological nursing	0,607
Revista de neurologia	0,926

Figura 2. Resultados de la búsqueda



6. DISCUSIÓN

El artículo de J. Olazarán-Rodríguez (2012) nos acerca a las razones de la **aparición y mantenimiento de los SPCD**. Se centra en el modelo de las necesidades no satisfechas de la persona como principal factor asociado, diferenciando entre: necesidades biológicas (alimentación, temperatura adecuada, iluminación y actividad física), necesidades psicológicas (seguridad, empatía, refuerzo afectivo, etc.) y necesidades sociales (compañía, valoración y respeto)¹³.

En la *Figura 3*, obtenida a través del artículo de Eleanor S. McConnell (2014) reitera esa idea, mostrando los dominios que deben estar incluidos en la **evaluación de los síntomas**²⁵.

Figura 3. Dominios incluidos en la evaluación de los SPCD



Cerejeira et al (2012) recalca que la **valoración de los SPCD** requiere de un examen minucioso en el que se recoja información específica y detallada de la historia clínica (antecedentes, patologías actuales, deficiencias), experiencias subjetivas de la persona en la que exprese sus sentimientos y preocupaciones, y conductas objetivas observadas¹².

De no ser tratados, contribuyen a una progresión más acelerada de la enfermedad, una institucionalización temprana, disminución de la calidad

de vida, declive funcional acelerado, estrés del cuidador y aumento del uso y coste de los servicios de salud²⁶.

El **tratamiento no farmacológico** para el manejo de esos síntomas está recomendado por numerosas organizaciones médicas, incluidas la Sociedad Americana de Geriátrica, la Sociedad Americana de Psiquiatría y la Sociedad Americana de Psicología Geriátrica, como tratamiento de primera línea, excepto en situaciones de emergencia que constituyen un peligro inminente para la vida de la persona²⁷. Estas intervenciones se encuadran en el modelo biopsicosocial de cuidado¹³.

La **Enfermería** debe ser parte del equipo que compone los programas de cuidado de las personas con Alzheimer, prestando gran importancia a la atención, pues tiene como principal objetivo la búsqueda de alternativas⁵. La RB de Silvia García (2013) indica que las actividades enfermeras van dirigidas a suplir la incapacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, evaluar las pérdidas de las capacidades, estimulación cognitiva y modificación de conducta². Karen Rose et al (2012) añade que el personal de enfermería actúa como intermediario en la toma de decisiones y pueden aprovechar la confianza para facilitar el proceso de intervención, ya que están entrenados para identificar los factores desencadenantes, y para eliminar, reducir o prevenir la conducta²⁸.

Los cuidados requieren un aumento de la información, comprensión del problema, un entrenamiento de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales, requiere apoyo y empatía, mejorando la capacidad de ponerse en lugar del otro²⁹. Por lo tanto, para ampliar los conocimientos sobre la enfermedad, el estudio de Michelle R. Simpson et al (2012) proporcionó información a enfermeros/as, recibiendo una educación mejorada centrada en el cambio de comportamiento, evaluación y tratamiento, obteniendo una mejora notable en la atención a estas personas²³.

Fortinsky et al (2014) consideran que los **principios de atención** a la

persona con EA son: maximizar la seguridad, proporcionar una consideración positiva, medir los niveles de ansiedad, enseñar, observar y escuchar, modificar el entorno y la educación continua del equipo de atención³⁰. En cuanto a la seguridad del paciente, su juicio deficiente y sus percepciones erróneas pueden ocasionar problemas conductuales, por lo tanto es esencial un ambiente estructurado seguro⁴.

Helen C. Kales et al (2014) determina el **enfoque “DICE” (Describir, Investigar, Crear y Evaluar)** cómo método de actuación para las intervenciones. Dentro del apartado *Describir* se deben identificar los antecedentes personales, detalles de los SPCD, factores modificables y las consecuencias que provocan. Es importante conocer qué aspecto es más angustioso o problemático para planificar estrategias específicas. En *Investigar* se examinan, descartan e identifican las posibles causas; en *Crear* el equipo de atención debe colaborar para crear un plan de actuación; y el último paso establece la *Evaluación* de las intervenciones, si han sido efectivas, para ello es esencial una monitorización continua²⁷. Por otro lado, el artículo de Laura N. Gitlin et al (2012) muestra un enfoque diferente, más centrado en la gestión de los síntomas, compuesto por 6 pasos: I) Detectar y prevenir comportamiento con la identificación temprana, II) Descripción de esos comportamientos, III) Identificar las causas subyacentes, IV) Elaborar un plan de tratamiento, V) Determinar si se aplica correctamente, y VI) Monitorización continua²⁶.

Considero importante destacar el punto de vista propuesto en la revisión de Annear et al (2015) en el que plantea que las **intervenciones psicosociales** son más apropiadas y requieren más atención tanto para proporcionar calidad de vida como para mejorar los SPCD, siendo centradas en la persona, individuales y no invasivas, centradas como apoyo a la independencia y planificación de las actividades basadas en los deseos de la persona. Lawrence et al (2012) comparte su opinión, enfatizando el cuidado centrado en la persona, ya que asegura que permite conectar con la persona, provocando la expresión de emociones y

muestra de sentimientos³¹. El artículo de Palan López aumenta un escalón más, determinando importante también la atención centrada en la familia, porque mejora la atención por la comunicación frecuente, creando sensación de seguridad y protección³².

El artículo de Ennis y Wallace (2013) indica el impulso que han generado las **Intervenciones espirituales de la Enfermería**, definidas como “*lo que ocurre cuando el cuidado y la espiritualidad están integradas [...] provocando la calidad espiritual de la vida y el bienestar*” que proporciona esperanza, aceptación y alivio de la ansiedad, disminuyendo problemas de comportamiento. Algunos ejemplos serían: escucha activa, crea ambiente de confianza, humor, infundir esperanza, rezar y mostrar bondad. Todas ellas igual de importantes que las psicosociales, como parte de la atención integral, y por lo tanto se requiere su presencia en el plan de cuidados³³.

Como indica la RS de García Díaz, es de vital importancia **escuchar y observar**, considerándolo como el pilar principal de la atención, para indagar sobre lo que estas personas tratan de expresar, a veces con dificultad². Charlotte Eliopoulos en su libro también refleja la importancia de esto, dándonos unas pautas, como por ejemplo:

- Usar oraciones simples que contengan una sola idea o instrucción.
- Hablar de manera tranquila.
- Observar expresiones no verbales y conductas.
- Reconocer los esfuerzos con retroalimentación positiva.
- Evitar las discusiones con distracciones.

Más allá del entorno personal, los factores ambientales también pueden ser determinantes, como la utilización de luz por encima de los niveles considerados normales, que pueden aumentar considerablemente la agitación y la ansiedad¹³. Mariana G. Figueiro (2014) determina que la terapia de luz es un gran método para mejorar los síntomas, sobre todo porque permite alcanzar un buen patrón de sueño. Pero también

establece unas consecuencias, como malestar en los ojos y aumento de los costes¹⁵.

Últimamente se han desarrollado programas para mejorar las **actividades físicas** y ya muestran resultados positivos, mereciendo por tanto una atención especial por parte del personal de enfermería²⁰. Así lo muestra la RS de Maranda A. Trahan (2014) donde afirma que la actividad tiene potencial de mejorar la calidad de vida y reduce los síntomas, siempre y cuando sean adaptadas a los intereses y habilidades de la persona^{18,21}. Osuna et al (2013) nos propone ejemplos a realizar como que la persona salga a caminar siempre a la misma hora y con la misma rutina, por lugares tranquilos y familiares, evitando paseos demasiado largos para no ocasionar molestias o lesiones²⁴. En estos casos hay que prestar especial atención a los pacientes con *wandering* o vagabundeo, ya que esta conducta puede ponerlos en riesgo de sufrir accidentes³⁴.

La **música** también ha cobrado especial importancia en los últimos años, con múltiples estudios evidenciando buenos resultados en cuanto al manejo de los síntomas. Entre ellos se encuentran el de Dos Santos Albuquerque et al (2012) donde muestra que tiene efectos duraderos, mejorando el humor, comportamiento y función cognitiva, debido a que estimula el placer, sensación de confort, paz, tranquilidad y confianza. Fue utilizada en su estudio como método de distracción, regulación del sueño, provocándoles recuerdos y sentimientos que permiten a la persona entrar en contacto con ellos mismos⁶. A la misma conclusión llega la RS de M. Gómez Romero (2014), que recoge los resultados de 5 estudios en los que se establece un grupo de control (sin intervención) y un grupo con musicoterapia (3 sesiones por semana), apuntando a un beneficio notable¹⁶.

Existen también artículos que nos especifican intervenciones para cada situación concreta en la que se encuentre la persona, reflejado en la *Tabla 6*.

Tabla 6. Definición y manejo de los principales SPCD^{13,24,31}

	Manejo
Alteración del pensamiento	<ul style="list-style-type: none">-Fomentar el entorno familiar-Orientar o distraer hacia otros temas-No discutir
Ilusiones y alucinaciones	<ul style="list-style-type: none">-Igual al anterior
Agresividad	<ul style="list-style-type: none">-Promover la autonomía y la privacidad.-Utilizar lenguaje no verbal.-Explicar, negociar y reforzar la colaboración.-Evitar que el paciente pierda su dignidad.-Ante problemas concretos hacer un minucioso análisis de los desencadenantes.
Depresión	<ul style="list-style-type: none">-Identificar el posible desencadenante y modificarlo en la medida de lo posible.-Recuerdo de hechos pasados exitosos.-Espacios abiertos y agradables.-Interacción social, conversación.
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none">-Reducción de estímulos.-Explicaciones continuas sobre lo que ocurre.-Evitar situaciones nuevas.-Ofrecer seguridad de forma verbal y no verbal.
Euforia	<ul style="list-style-type: none">-No imitar ni reforzar al paciente.-Ofrecer afecto de forma respetuosa.
Apatía	<ul style="list-style-type: none">-Solicitud verbal o física.-Estímulos con movimiento y componente afectivo (música, animales...)
Desinhibición	<ul style="list-style-type: none">-Estudiar los posibles desencadenantes.-Actividad física, actividades lúdicas, contacto social, respeto, humor, flexibilidad.-No juzgar, comprender la conducta.

Irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio y modificación ambiental: ruidos, entorno social, actividades alternativas. - Aceptar las limitaciones.
Hiperactividad motora	<ul style="list-style-type: none"> - Calzado y espacios seguros. - Vigilancia constante. - Caminar a su lado y guiar. - No intentar detenerlo, permitir la actividad.
Vocalizaciones repetidas	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar las necesidades básicas con especial atención al aislamiento social, la falta o exceso de estímulos y el dolor.
Alteración del sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades, iluminación, dieta, siesta reducida, retrasar la hora de acostarse, evitar ruidos u otros estímulos nocturnos.
Aumento del apetito	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar exposición a los alimentos o sustancias.
Disminución del apetito	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentos y ambiente según el gusto. - Reforzar aromas, sabores y presentación. - Higiene y revisión dental. - Conversación durante la comida.

En cuanto a las **dificultades a la hora de las comidas**, tanto Silvia García como Rosario Osuna también consideran importante descubrir las causas de cualquier conducta anómala: molestias bucales, depresión o delirios², y nos recomiendan lo siguiente:

- Fijar horarios de comida al que la persona pueda habituarse.
- Procurar un ambiente relajado.
- No mostrar todos los platos a la vez.
- No obligarle a comer por la fuerza²⁴.

Como indica Helen C. Kales (2014), todas estas intervenciones requieren una mano de obra intensa, con valoración continua, resolución de problemas, modificación de estrategias y la colaboración con especialistas²⁷.

Tras todo lo anteriormente expuesto, es importante conocer lo que nos plantea Janzel et al (2013) en su estudio, en el que narra como existen **facilitadores y barreras** para la implementación de todas estas intervenciones. Establece como mayor facilitador la familiaridad con la persona, que se consigue con un mayor tiempo dedicado a ella, creando una relación positiva. Tras este se encuentra el entrenamiento del personal y la comunicación dentro del equipo, compartiendo las intervenciones exitosas. Por otro lado, nos encontramos con las barreras, donde predomina la falta de tiempo y las proporciones bajas del personal, que no permiten cumplir los objetivos propuestos por carga elevada de trabajo y poco tiempo³⁵. También el estudio de Jiska Cohen-Mansfield (2012) llega a las mismas conclusiones, añadiendo como barrera “el dolor”, ya que se considera que la persona nunca tiene dolor, y no se presta atención a esta variable, pudiendo ocasionar síntomas negativos³⁶.

Se deben identificar los **Diagnósticos de Enfermería**, ya que sirven como facilitadores de las acciones, pues nos indican cuáles son las intervenciones necesarias para cada paciente. Se considera que en el momento que se establecen los Diagnósticos, se establecen unas intervenciones eficientes y con resultados positivos en la asistencia a las personas⁵. Varios artículos y la Guía de cuidados Enfermeros proporcionada por la SEEGG determinan los principales diagnósticos según la Taxonomía NANDA que son más frecuentes en las personas con EA:

- (00129) Confusión crónica
- (00108) Déficit de autocuidado: baño
- (00102) Déficit de alimentación: alimentación
- (00109) Déficit de autocuidado: vestido
- (00110) Déficit de autocuidado: uso del inodoro
- (00051) Deterioro de la comunicación verbal
- (00131) Deterioro de la memoria
- (00085) Deterioro de la movilidad física

- (00127) Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- (00035) Riesgo de lesión^{22,24,37}

Por último, comentar que un artículo reciente de Helen C. Kales (2015) nos demuestra como, a pesar de toda la información existente, el tratamiento farmacológico sigue siendo el preferido sobre el tratamiento no farmacológico para estas personas, especificando las razones: falta de capacitación del personal en las intervenciones a desarrollar, tiempo necesario, falta de directrices sobre la dosificación y el calendario de estas estrategias y una falta de eficacia comparada con fármacos⁸.

7. CONCLUSIÓN

Tras la lectura de todos los documentos se puede evidenciar los múltiples cuidados que el personal de Enfermería puede proporcionar al paciente diagnosticado de Alzheimer, apoyado por resultados notablemente visibles.

La Enfermería cumple un papel crucial en el cuidado de estas personas, por lo que esta responsabilidad requiere adquirir una formación continua, habilidades y comunicación con el equipo de atención²³.

La evidencia que apoya la eficacia del tratamiento no farmacológico ha crecido en las últimas décadas y las sociedades profesionales lo apoyan como principal línea de tratamiento con limitado riesgo de efectos adversos, sin embargo su aceptación es insuficiente en la práctica real^{25,27}.

Para poner en marcha tratamientos alternativos al farmacológico es necesario establecer Planes de Cuidados individualizados^{2,31}. Los diagnósticos de Enfermería tienen como objetivo promover una terminología propia, determinando los objetivos que permiten evaluar los cuidados proporcionados, utilizándolos como instrumento que acompaña

la evolución clínica de la enfermedad. Se considera que los Diagnósticos una vez establecidos, posibilitan intervenciones eficientes y resultados positivos en el cuidado^{5,37}.

Destaca como, a pesar de tener una taxonomía propia, el personal de enfermería no lo incluye dentro de sus artículos de investigación. Se describen diversos cuidados y actividades de manera global, pero sólo en 3 documentos analizados se establecen los NIC y NOC adecuados a las características de las personas con EA^{22,24,37}.

Considero importante destacar la limitada literatura existente realizada por y para el personal de enfermería, lo cual es sorprendente teniendo en cuenta la naturaleza progresiva de la enfermedad, que demuestra que todavía existe déficits de conocimiento⁹. Es importante avanzar en la investigación enfermera de los cuidados basados en el apoyo psicosocial², conforme a las necesidades de la persona, para fortalecer el apoyo a su utilización¹⁸. Como apoyo a este dato, comentar que de todos los documentos analizados para la realización de esta RB, sólo 6 han sido elaborados por personal enfermero, lo cual representa un 16% de la bibliografía utilizada, sorprendente si se tiene en cuenta que se describen actividades ejecutadas por enfermeros/as y la investigación no está realizada por ellos^{2,5,22,24,28,37}.

Es esencial dar continuidad a la realización de investigaciones en este ámbito, contribuyendo a una mejor preparación del personal de la salud, con vistas a la sistematización de los cuidados⁵, además de promover la investigación enfermera, dando cada vez más importancia y evidencia a los cuidados que se realizan día a día, ya que la sociedad espera que los/as enfermeros/as basen la práctica en la mejor evidencia científica existente y emitan buenos juicios clínicos basados en los mejores datos disponibles.

8. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecer a María García Martínez, tutora de este Trabajo de Fin de Grado, por su dedicación, disposición, apoyo y paciencia en todo momento. Por volcarse tanto en este trabajo como yo misma, y por guiarme durante todo el camino.

*“La educación consiste en enseñar,
no lo que debemos pensar, sino a pensar”*

También a Camilo Raña Lama por sus indicaciones, sus consejos, por dedicarme su tiempo, y por compartir toda su experiencia conmigo.

Gracias a todos y cada uno de los profesores que, a lo largo de 4 años de carrera, han compartido con nosotros sus conocimientos, por sus ganas de enseñar y de que aprendamos. Gracias por prepararnos para la profesión que hemos elegido y por convencernos de que tenemos que avanzar y mejorar. Por hacernos ver que nosotros somos el futuro de esta profesión.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Parra Anguita L, Pancorbo Hidalgo PL. **Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias: revisión de la literatura.** Gerokomos;2013. 24(4): 152-157.
2. García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC, Martínez M, Pina LM et al. **Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica.** Enferm Doc; 2013. 2013; 101: 36-40.
3. Martín Carrasco M. **Guía esencial de psicogeriatría.** 2ª edición. Madrid: Ed. Panamericana; 2014. 15-50.
4. Eliopoulos C. **Enfermería Gerontológica.** 8ª edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.
5. Dos santos D, Chaves SP, Conceição C, Duarte V, Dornellas AB, Baptista I. **A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de alzheimer.** R de Pesq; 2014. 6(1): 271-281.
6. Dos santos MC, oliveira L, Tayná S, Soares MC, Zeviani M. **Os feitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanencia.** Rev Electr Enf; 2012. 14(2):404-413.
7. Sansoni J, Anderson KH, Varona LM, Varela G. **Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature.** Ann Ig; 2013. 25: 235-246.
8. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. **Assessment and management of behavioural and psychological symptoms of dementia.** BMJ; 2015;350:h369.
9. Annear MJ, Toyé C, McInerney F, Eccleston C, Tranter B, Elliott KE, et al. **What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study.** BMC Geriatrics; 2015. 15:5.
10. D'Hyver C, Gutiérrez Robledo LM. **Geriatría.** 3ª edición. México: El Manual Moderno; 2014.
11. Whear R, Abbott R, Thompson-Coon J, Bethel A, Rogers M, Stahl-

- Timmins W et al. **Effectiveness of mealtime interventions on behavior symptoms of people with dementia living in care homes: a systematic review.** J Am Med Dir Assoc.2014;15(3):185-193.
12. Cereija J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. **Behavioural and psychological symptoms of dementia.** Frontiers in Neurology. 2012;3:73. DOI: 10.3389/fneur.2012.00073.
 13. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R, **Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento.** Rev Neurol. 2012; 55(10):598-608.
 14. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. **Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.** Barcelona: Elsevier; 2015
 15. Figueiro MG, Plitnick BA, Lok A, Jones GE, Higgins P, Hornick TR, Rea MS. **Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities.** Clin Interv Aging. 2014;9:1527-37.
 16. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González-López MV. **Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática.** Neurología. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
 17. Alves J, Magalhaes R, Machado Á, Gonçalves OF, Sampaio A, Petrosyan A. **Non-pharmacological cognitive intervention for aging and dementia: current perspectives.** World J Clin Cases 2013;1(8):233-241.
 18. Delphin-Combe F, Martin-Gaujard G, Roubaud C, Fortin ME, Husson F, Rouch I, et al. **Expérience d'un parcours de soins des symptoms psychologiques et comportementaux des démences.** Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013;11(4):416-422.

Doi:10.1684/pnv.2013.0428

19. Kang H. **Correlates of social engagement in nursing home residents with dementia.** Asian Nurs Res.2012;6(2):75-81.
20. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Ambergen AW, Leino-Kilpi H, et al. **Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities.** J Adv Nurs.2014.
21. Trahan MA, Kuo J, Carlson MC, Gitlin LN. **A systematic review of strategies to foster activity engagement in persons with dementia.** Health Educ Behav.2014;41(1Suppl):70S-83S.
22. Grupo de Demencias SEEGG. **Guía de cuidados enfermeros a pacientes de Alzheimer y otros Síndromes Demenciales y a sus cuidadoras.** Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Málaga; 2007.
23. Simpson MR, Kovach CR, Stetzer F. **Predictors of nonpharmacological and pharmacological treatments stopped and started among nursing home residents with dementia.** Res Gerontol Nurs.2012;5(2):130-137.
24. Osuna Expósito RM, López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ. **El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros.** Hygía; 2013. XX(84): 57-60.
25. McConnell ES. **Improving dementia care through behavioural interventions.** NC Med J; 2014;75(5):355-358.
26. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. **Managing behavioural symptoms in dementia using nonpharmacologic approaches: an overview.** JAMA.2012;308(19):2020-2029.
27. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. **Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel.** J Am Geriatr Soc.2014;62(4):762-769.
28. Rose K, López R. **Transitions in dementia care: theoretical support for nursing roles.** Online J Issues Nurs.2012;17(2):4.

29. Fialho PP, Köenig AM, Santos MD, Barbosa MT, Caramelli P. **Positive effects of a cognitive-behavioural intervention program for family caregivers of demented elderly.** Arq Neuropsiquiatr.2012;70(10):786-792.
30. Fortinsky RH, Delaney C, Harel O, Pasquale K, Schjvland E, Lynch J, et al. **Results and lessons learned from a nurse practitioner-guided dementia care intervention for primary care patients and their family caregivers.** Res Gerontol Nurs.2014;7(3):126-137.
31. Lawrence V, Fossey J, Ballard C, Moniz-Cook E, Murray J. **Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work.** BJPsych 2012; 201: 344-351.
32. Palan R, Mazor KM, Mitchell SL, Givens JL. **What is family-center care for nursing home residents with advanced dementia?** Am J Alzheimer Dis 2013. 28(8): 763-768.
33. Ennis Jr EM, Wallace M. **The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia.** Holist Nurs Pract; 2013. 27(2): 106-113.
34. Bustin J, Richly P. **Síntomas conductuales y psiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer para el consultorio general.** Buenos Aires: Laboratorio Elea. 2014.
35. Janzen S, Zecevic AA, Klosek M, Orange JB. **Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia.** Am J Alzheimers Dis Other Demen 2013;. 28:524.
36. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, dakheel-Ali M. **What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioural symptoms in the nursing home?** J Am Med Dir Assoc 2012;13(4):400-405.
37. Calvalcanti GS, da Costa M, Dias T, Lube C, de Aquino A. **Systematization os nursing care to the elderly with Alzheimer's disease and depressive disorders.** J Nurs; 2013. 7: 4103-4111.

10. ANEXOS

ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Base de datos: PubMed

Estrategia de búsqueda

(nurse OR nursing OR "nursing care") AND (care OR treat OR therapy)
AND (dementia OR Alzheimer) AND symptom**

Se obtienen 681 resultados, y se aplican los siguientes filtros:

Desde el año 2012 → 172 resultados

De esos 172 resultados obtenidos, se procede a la lectura de los resúmenes para conocer la temática principal de los mismos, obteniendo un número final de 29 artículos válidos tras el descarte de los otros 142 porque la temática no coincide con los objetivos propuestos en esta revisión:

La temática principal no es el Alzheimer	28
Cuidados paliativos a personas con Alzheimer	13
No se menciona el tratamiento	28
Sólo se especifica el tratamiento farmacológico	33
No se mencionan los síntomas	20
Centrado en intervenciones para el cuidador	10
No aparece el personal de enfermería en el cuidado	7
Repetidos de otras bases de datos	4
TOTAL RECHAZADOS	143

Base de datos: BVS

Estrategia de búsqueda

(demencia OR Alzheimer) AND enfermería AND tratamiento

Se obtienen 1638 resultados, y se aplican los siguientes filtros:

Desde el año 2012

Texto completo

160 resultados

De esos 160 resultados obtenidos, se procede a la lectura de los resúmenes para conocer la temática principal de los mismos, obteniendo un número final de 13 artículos válidos, tras el descarte de los otros 147 porque la temática no coincide con los objetivos propuestos en esta revisión:

Aspectos económicos	6
Cáncer en paciente demenciado	1
Tratamiento paliativo	15
Tema principal no es la demencia	29
Demencia en estadio leve	2
Tratamiento farmacológico	10
No se menciona el tratamiento	36
Se centra en intervenciones para el cuidador	21
No tiene interés para la Enfermería	23
Encontrados en la anterior Base de Datos	4
TOTAL RECHAZADOS	147

Base de datos: CUIDEN

En esta base de datos, las palabras clave de la búsqueda son únicamente “enfermería” y “alzheimer” debido a que la búsqueda realizada con anterioridad con los MeSH establecidos, no obtenían ningún resultado. Se han ido eliminando opciones hasta que, finalmente, con estos términos generales se obtuvieron resultados válidos.

Estrategia de búsqueda

enfermería AND alzheimer

Se obtienen 149 resultados, y se aplican los siguientes filtros:

Desde el año 2012 → 25 resultados

De esos 25 resultados obtenidos, se procede a la lectura de los resúmenes para conocer la temática principal de los mismos, obteniendo

un número final de 7 artículos válidos tras el descarte de los otros 18 porque la temática no coincide con los objetivos propuestos en esta revisión:

Intervenciones centradas en el cuidador	10
No hace referencia al tratamiento	5
El tema principal no es el Alzheimer	3
TOTAL RECHAZADOS	18

Artículos recogidos manualmente

Los siguientes artículos han sido recogidos de manera manual a través de la bibliografía de otros documentos. Se han seleccionado a raíz del título que fue considerado de interés para esta revisión, y se ha limitado por la fecha de publicación del mismo, a partir del año 2012. Se obtiene un número final de 12 resultados.

ANEXO 2: TABLAS DE RESULTADOS

Base de datos: PubMed

Referencia bibliográfica	Adecuación al trabajo
1. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioural and psychological symptoms of dementia. BMJ; 2015;350:h369.	Sí.
2. Annear MJ, Teye C, McInerney F, Eccleston C, Tranter B, Elliott KE, et al. What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study. BMC Geriatrics; 2015. 15:5.	Sí.
3. Trahan MA, Kuo J, Carlson MC, Gitlin LN. A systematic review of strategies to foster activity engagement in persons with dementia. Health Educ Behav.2014;41(1Suppl):70S-83S.	Sí.
4. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Ambergen AW, Leino-Kilpi H, et al. Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities. J Adv Nurs.2014.	Sí.
5. Figueiro MG, Plitnick BA, Lok A, Jones GE, Higgins P, Hornick TR, Rea MS. Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. Clin Interv Aging. 2014;9:1527-37.	Sí.
6. McConnell ES. Improving dementia care through behavioural interventions. NC Med J; 2014;75(5):355-358.	Sí.

<p>7. Kolanowski A, Mogle J, Fick DM, Hill N, Milhall P, Nadler J, Colancecco E, et al. Pain, delirium, and physical function in skilled nursing home patients with dementia. J Am Med Dir Assoc.2015; 16(1):37-40.</p>	<p>No, centrado en la atención al dolor.</p>
<p>8. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. J Am Geriatr Soc.2014;62(4):762-769.</p>	<p>Sí.</p>
<p>9. Fraker J, Kales HC, Blazek M, Kavanagh J, Gitlin LN. The role of the occupational therapist in the management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. Occup Ther Health Care.2014;28(1):4-20.</p>	<p>No, centrado en las intervenciones de un terapeuta ocupacional.</p>
<p>10.Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive imparment. Cochrane Database Syst Rev.2014;1:CD009125</p>	<p>No, intervenciones de poco interés para la enfermería.</p>
<p>11.Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D. Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2013;3:263-271.</p>	<p>No se especifican cuidados.</p>
<p>12.Gitlin LN, Rose K. Factor associated with caregiver readiness to use nonpharmacologic strategies to manage dementia-related behavioural symptoms. Int J Geriatr Psychiatry.2014;29(1):93-102.</p>	<p>No, centrado en el cuidador de la persona con Alzheimer.</p>

13. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Managing behavioural symptoms in dementia using nonpharmacologic approaches: an overview. JAMA.2012;308(19):2020-2029.	Sí.
14. Rose K, López R. Transitions in dementia care: theoretical support for nursing roles. Online J Issues Nurs.2012;17(2):4.	Sí.
15. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, dakheel-Ali M. What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioural symptoms in the nursing home? J Am Med Dir Assoc 2012;13(4):400-405.	Sí.
16. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport M, Wilson K, Gill S, et al. Efficacy and feasibility of non-pharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. J Am Med Dir Assoc 2012;13(6):503-506.	No establece intervenciones concretas.
17. Van der Ploeg ES, Camp CJ, Eppingstall B, Runci SJ, O'Connor DW. The study protocol of a cluster-randomised controlled trial of family-mediated personalized activities for nursing home residents with dementia. BMC Geriatrics 2012;12:2.	No, centrado en el familiar de la persona con Alzheimer.
18. Sadak TI, Katon J, Beck C, Cochrane BB, Borson S. Key neuropsychiatric symptoms in common dementias: prevalence and implications for caregivers, clinicians and health systems. Res Gerontol Nurs. 2014;7(1):44-52.	No, no establece intervenciones para poder realizar.
19. Kang H. Correlates of social engagement in nursing home residents with dementia. Asian Nurs Res.2012;6(2):75-81.	Sí.

<p>20. Fialho PP, Köenig AM, Santos MD, Barbosa MT, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioural intervention program for family caregivers of demented elderly. Arq Neuropsiquiatr.2012;70(10):786-792.</p>	<p>Sí.</p>
<p>21. Bunn F, Goodman C, Sworn K, Rait G, Brayne C, Robinson L, et al. Psychosocial factor that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a systematic review of qualitative studies. PLoS Med.2012;9(10).</p>	<p>No, centrados en el cuidador.</p>
<p>22. Fortinsky RH, Delaney C, Harel O, Pasquale K, Schjvland E, Lynch J, et al. Results and lessons learned from a nurse practitioner-guided dementia care intervention for primary care patients and their family caregivers. Res Gerontol Nurs.2014;7(3):126-137.</p>	<p>Sí.</p>
<p>23. Whear R, Abbott R, Thompson-Coon J, Bethel A, Rogers M, Stahl-Timmins W et al. Effectiveness of mealtime interventions on behavior symptoms of people with dementia living in care homes: a systematic review. J Am Med Dir Assoc.2014;15(3):185-193.</p>	<p>Sí.</p>
<p>24. Ornsteina K, Gaugler JE, Devanand DP, Scarmeas N, Zhu C, Stern Y. The differential impact of unique behavioural and psychological symptoms for the dementia caregiver: How and why do patients' individual symptom clusters impact caregiver depressive symptoms? Am J Geriatr Psychiatry.2013;21(2):10.</p>	<p>No, centrado en el cuidador.</p>

<p>25. Gitlin LN, Mann WC, Vogel WB, Arthur PB. A non-pharmacologic approach to address challenging behaviours of Veterans with dementia: description of the tailored activity program-VA randomized trial. BMC Geriatr.2013;13:96.</p>	<p>No, no responde a los objetivos propuestos en esta revisión.</p>
<p>26. Simpson MR, Kovach CR, Stetzer F. Predictors of nonpharmacological and pharmacological treatments stopped and started among nursing home residents with dementia. Res Gerontol Nurs.2012;5(2):130-137.</p>	<p>Sí.</p>
<p>27. Kovach CR, Simpson MR, Joosse L, Logan BR, Noonan PE, Reynolds SA, et al. Comparison of the effectiveness of two protocols for treating nursing home residents with advanced dementia. Res Gerontol Nurs.2012;5(4):251-263.</p>	<p>No, no especifica intervenciones enfermeras.</p>
<p>28. Gilmore-Bykovski AL, Bowers BJ. Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. Res Gerontol Nurs.2013;6(2):127-138.</p>	<p>No, el tema son intervenciones para el dolor, no los síntomas de la demencia.</p>
<p>29. Palm R, Köhler K, Bartholomeyczik S, Holle B. Assessing the application of non-pharmacological interventions for people with dementia in German nursing homes: feasibility and content validity of the dementia care questionnaire (DemCare-Q). BMC Res Notes.2014;7:950.</p>	<p>No, implementación de un instrumento para la atención a largo plazo, no establece intervenciones.</p>

Base de datos: BVS

Referencia bibliográfica	Adecuación al trabajo
<p>1. Halek M, Dichter MN, Riesner C, Barthlomeyczik S. The effects of dementia care mapping on nursing home residents' quality of life and staff attitudes: design of the quasi-experimental study Leben-QD II. BMC Geriatrics; 2013. 13:53.</p>	<p>No responde a los objetivos propuestos en esta revisión.</p>
<p>2. Brody A, Galvin J. A review of interprofesional dissemination and education interventions for recognizing and managing dementia. Gerontol Geriatr Educ; 2013. 34(3): 225-256.</p>	<p>No responde a los objetivos propuestos en esta revisión.</p>
<p>3. Van de Ven G, Daskovic I, Adang EMM, Donders R, Post A, Zuidema SU, et al. Improving person-centred care in nursing homes through dementia-care mapping: design of a cluster-randomised controlled trial. BMC Geriatrics; 2012. 12:1.</p>	<p>No aporta ninguna intervención.</p>
<p>4. Parra Anguita L, Pancorbo Hidalgo PL. Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias: revisión de la literatura. Gerokomos;2013. 24(4): 152-157.</p>	<p>Sí.</p>
<p>5. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T, Storjord MB. Sensory stimulation-A way of creating mutual relations in dementia care.</p>	<p>No especifica actividades.</p>

<p>6. Mork AM, Rosvik J, Kirkevold O, Slbaek G, Saltyte J, Engedal K. The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. Dement Geriatr Cogn Disord; 2013. 36: 340-353.</p>	<p>No se especifican actividades.</p>
<p>7. Ennis Jr EM, Wallace M. The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. Holist Nurs Pract; 2013. 27(2): 106-113.</p>	<p>Sí.</p>
<p>8. Sansoni J, Anderson KH, Varona LM, Varela G. Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. Ann Ig; 2013. 25: 235-246.</p>	<p>Sí.</p>
<p>9. Reuben DB, Evertson LC, Wenger NS, Serrano K, Chodosh J, Ercoli L, Tan ZS. The University of California at Los Angeles Alzheimer's and dementia care program for comprehensive, coordinated, patient-centered care: preliminary data. J Am Geriatr Soc 2013. 61: 2214-2218.</p>	<p>No se establece ningún tipo de tratamiento o intervenciones para el Alzheimer.</p>
<p>10. Palan R, Mazor KM, Mitchell SL, Givens JL. What is family-center care for nursing home residents with advanced dementia? Am J Alzheimer Dis 2013. 28(8): 763-768.</p>	<p>Sí.</p>

11. Lawrence V, Fossey J, Ballard C, Moniz-Cook E, Murray J. Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work. BJPsych 2012; 201: 344-351.	Sí.
12. Dos santos MC, oliveira L, Tayná S, Soares MC, Zeviani M. Os feitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanencia. Rev Electr Enf; 2012. 14(2):404-413.	Sí.
13. Wolfs CAG, de Vugt ME, Verkaaik M, Haufe M, Verkade PJ, Verhey FRJ et al. Rational decisión-making about treatment and care in dementia: a contradiction in terms? Patient Education and Counseling 2012; 87: 43-48.	No responde a los objetivos propuestos.

Base de datos: CUIDEN

Referencia bibliográfica	Adecuación al trabajo
1. García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC, Martínez M, Pina LM et al. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica. Enferm Doc; 2013. 2013; 101: 36-40.	Sí.
2. Dos santos D, Chaves SP, Conceição C, Duarte V, Dornellas AB, Baptista I. A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de alzheimer. R de Pesq; 2014. 6(1): 271-281.	Sí.

3. Conceição A, de Araujo LT, Silva B, de Oliveira AC, Figueiredo T, Carvalcanti GS. Revisao integrativa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com doença de Alzheimer e seus cuidadores. R. de Pesq; 2014. 5(3): 186-193.	No, centrado en atención al cuidador.
4. Da Silva LF, Carvalho FA, Martins AC, Kusumota L, Partezani RA. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. Acta Paul Enferm; 2013. 26(3): 219-225	No, no aborda el tratamiento de la enfermedad.
5. Nieto Cabrera L, Jiménez Peñas MM, Nieto Morales C. Reflexiones sobre los efectos del trabajo con personas mayores en el personal sanitario. Hygía; 2013. XX(84): 30-35.	No, no aborda el tratamiento de la enfermedad.
6. Osuna Expósito RM, López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ. El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros. Hygía; 2013. XX(84): 57-60.	Sí.
7. Calvalcanti GS, da Costa M, Dias T, Lube C, de Aquino A. Systematization os nursing care to the elderly with Alzheimer's disease and depressive disorders. J Nurs; 2013. 7: 4103-4111.	Sí.

Artículos recogidos manualmente

Referencia bibliográfica	Adecuación al trabajo
1. Rockwood K. For how long should we use symptomatic therapies to treat people with Alzheimer disease? Can J Psychiatry. 2014; 59(12): 615-617.	No establece intervenciones para llevar a cabo.

<p>2. Cereija J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioural and psychological symptoms of dementia. <i>Frontiers in Neurology.</i> 2012;3:73. DOI: 10.3389/fneur.2012.00073.</p>	<p>Sí.</p>
<p>3. Alves J, Magalhaes R, Machado Á, Gonçalves OF, Sampaio A, Petrosyan A. Non-pharmacological cognitive intervention for aging and dementia: current perspectives. <i>World J Clin Cases</i> 2013;1(8):233-241.</p>	<p>Sí.</p>
<p>4. Delphin-Combe F, Martin-Gaujard G, Roubaud C, Fortin ME, Husson F, Rouch I, et al. Expérience d'un parcours de soins des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. <i>Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.</i> 2013;11(4):416-422. Doi:10.1684/pnv.2013.0428</p>	<p>Sí.</p>
<p>5. Nowrangi MA, Lyketsos CG, Rosenberg PB. Principles and management of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's dementia. <i>Alzheimer's Research & Therapy.</i> 2015; 7:12. DOI 10.1186/s13195-015-0096-3.</p>	<p>No, no desarrolla las intervenciones.</p>
<p>6. Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2013;12:CD006489.</p>	<p>No, es una breve actualización de una revisión previa.</p>
<p>7. Robinson A, et al. Who knows, Who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. <i>Journal of Palliative Care.</i>2014; 30:3. 158-165.</p>	<p>No, centrado en los cuidados paliativos a una persona con Alzheimer.</p>

<p>8. Janzen S, Zecevic AA, Klosek M, Orange JB. Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2013;. 28:524.</p>	<p>Sí.</p>
<p>9. Rasquin M. Síntomas psicológicos y conductuales como factores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el Deterioro Cognitivo Leve. Rev Neurol. 2010; 50-653-660.</p>	<p>No, solo se realiza una enumeración de los SPCD.</p>
<p>10. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González-López MV. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. Neurología. 2014. http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001</p>	<p>Sí.</p>
<p>11. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R, Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol. 2012; 55(10):598-608.</p>	<p>Sí.</p>
<p>12. Bustin J, Richly P. Síntomas conductuales y psiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer para el consultorio general. Buenos Aires: Laboratorio Elea. 2014.</p>	<p>Sí.</p>

ANEXO 3. GUÍAS Y LIBROS

Referencia bibliográfica	Adecuación al trabajo
1. Martín Carrasco M. Guía esencial de psicogeriatría. 2ª edición. Madrid: Ed. Panamericana; 2014. 15-50.	Sí.
2. Eliopoulos C. Enfermería Gerontológica. 8ª edición. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.	Sí.
3. D'Hyver C, Gutiérrez Robledo LM. Geriatria. 3ª edición. México: El Manual Moderno; 2014.	Sí.
4. Grupo de Demencias SEEGG. Guía de cuidados enfermeros a pacientes de Alzheimer y otros Síndromes Demenciales y a sus cuidadoras. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Málaga; 2007.	Sí.
5. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Barcelona: Elsevier; 2015	Sí.