



GRAO EN ENFERMARÍA

Curso 2018/2019

TRABALLO FIN DE GRAO

Intervenciones de enfermería para el cuidado domiciliario de pacientes con Alzheimer: revisión bibliográfica.

Nerea Seijas Roca

**Titor/es: Prof. Dra. Carmen María García Martínez
Prof. Dra. Ana B. Maseda Rodríguez**

Xuño 2019

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	2
RESUMEN ESTRUCTURADO	3
RESUMO ESTRUTURADO	4
STRUCTURED SUMMARY	5
INTRODUCCIÓN.....	6
Epidemiología.....	6
Etiología.....	7
Fases y manifestaciones clínicas.....	8
Cuidados del paciente con Alzheimer y papel de enfermería.....	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	12
General	12
Específicos	12
METODOLOGÍA	12
Estrategias de búsqueda de la literatura.....	13
Criterios de inclusión.....	14
Criterios de exclusión.....	15
Extracción de datos.....	16
Variables relacionadas con las características del estudio.....	16
Datos relacionados con el objeto de estudio	16
Calidad científica.....	17
RESULTADOS.....	18
Intervenciones conductuales	20
Intervenciones fisiológicas.....	21
Intervenciones educativas	22
Intervenciones psicosociales	23
Intervenciones para el fomento de seguridad	24
DISCUSIÓN.....	27
Limitaciones	29
CONCLUSIONES.....	30
AGRADECIMIENTOS	31
BLOGRAFÍA	32
ANEXOS	37
Anexo I. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	37
Anexo II. NIVELES DE EVIDENCIA CUANTITATIVA: CEBM.....	41
Anexo III. CALIDAD METODOLÓGICA: CASPe.....	42
Anexo IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS PARA RESULTADOS	47

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

BVS: Biblioteca Virtual de la Salud.

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme Español.*

CEBM: Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford.

CG: Control group.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

ECCA: Ensayo clínico controlado aleatorizado.

IBECS: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud.

IG: Intervention group.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

JCR: Journal Citation Reports.

LILACS: Literatura Latinoamericana de Ciencias de la Salud.

MeSH: Medical Subject Headings.

NIC: Nursing Intervention Classification.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIO: P: patients, I: interventions, O: outcomes.

RIC: Repercusión Inmediata de Cuiden.

SAT: Servicio de atención telefónica.

SciELO: Scientific Electronic Library Online.

SJR: Scimago Journal & Country Rank.

UDC: Universidad de A Coruña.

VaD: Demencia vascular.

RESUMEN ESTRUCTURADO

TÍTULO: Intervenciones de enfermería para el cuidado domiciliario de pacientes con Alzheimer: revisión bibliográfica.

RESUMEN

Introducción. El envejecimiento progresivo poblacional que se está produciendo es una realidad. Este proceso conlleva el aumento de patologías características del grupo de edad, como es la Demencia Tipo Alzheimer. Consecuencia del gran número de mayores afectados/as por esta patología y teniendo en cuenta que la gran mayoría permanece en el ámbito comunitario con altos niveles de dependencia, es necesaria la implicación y capacitación de Enfermería en los cuidados domiciliarios.

Objetivo. Recopilar y analizar la evidencia existente acerca de las intervenciones que son eficaces para el cuidado domiciliario de pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

Metodología. Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Cuiden, BVS y Dialnet. Se obtuvieron 9 artículos válidos para nuestra revisión que cumplen criterios de inclusión, variables de estudio, responden a la pregunta PIO formulada y objetivos propuestos.

Resultados. Se diferencian intervenciones **conductuales** como la escucha activa: orientada a mejorar la comunicación, gestión emocional e independencia o la rehabilitación cognitiva en términos de mejorar la calidad de vida y disminuir síntomas depresivos, **fisiológicas** dirigidas al manejo de las ABVD y **educativas**: brindar formación/información, ambas dos reducen la sobrecarga del cuidador. También intervenciones **psicosociales** (recursos socio-sanitarios, SAT...) favoreciendo la permanencia en los hogares y de **fomento de seguridad** orientadas a prevención de caídas y fomentar entornos seguros.

Conclusiones. Debido a la escasez de plazas en los centros socio-sanitarios, la mayoría son cuidados en el domicilio por un cuidador informal y es imprescindible la presencia de una enfermera para gestionar su atención y cuidados. Sería imprescindible empoderar la Enfermería para garantizar un nuevo abordaje de patologías crónicas como el Alzheimer.

Palabras Clave. Alzheimer, cuidados de Enfermería, Atención domiciliaria

RESUMO ESTRUTURADO

TÍTULO: Intervencións de enfermaría en cuidados domiciliarios de doentes con enfermidade de Alzheimer: revisión bibliográfica.

RESUMO

Introdución. A progresión do envellecemento da poboación que se está producindo é unha realidade. Este proceso leva a un aumento das patoloxías propias do grupo de idade, como o tipo Alzheimer. Consecuencia do gran número de persoas maiores afectadas por esta patoloxía e tendo en conta que, a gran maioría permanece na comunidade con altos niveis de dependencia, é necesaria a implicación e formación da enfermaría na atención domiciliaria.

Obxectivo. Recompilar e analizar as evidencias existentes sobre as intervencións (conductuais, fisiolóxicas ...) que son eficaces para o cuidado no fogar de doentes con Demencia de tipo Alzheimer.

Metodoloxía. Realizouse unha procura nas seguintes bases de datos: Pubmed, Scopus, Cuiden, BVS e Dialnet, na que se obtiveron 9 artigos válidos para a nosa revisión que cumpren os criterios de inclusión, variables de estudo, responden á pregunta PIO e os obxectivos propostos.

Resultados. Diferéncianse intervencións **conductuais** como a escoita activa: orientada a mellorar a comunicación, xestión emocional e independencia ou a rehabilitación cognitiva en termos de mellorar a calidade de vida e diminuír síntomas depresivos, **fisiolóxicas** dirixidas ao manexo das ABVD e **educativas**: brindar formación/información, ambas as dúas reducen a sobrecarga do cuidador. Tamén intervencións **psicosociais** (recursos socio-sanitarios, SAT..) favorecendo a permanencia nos fogares e de **fomento de seguridade** orientadas á prevención de caídas e á fomentar entornos seguros.

Conclusións. Debido á escaseza de prazas nos centros socio-sanitarios, a maioría deles son atendidos na casa por un cuidador informal e é imprescindible a presenza dunha enfermeira para xestionar a súa atención e cuidado. Sería imprescindible empoderar a Enfermaría para garantir un novo abordaxe en patoloxías crónicas como o Alzheimer.

Palabras Chave. Alzheimer, cuidados de Enfermaría, Atención domiciliaria.

STRUCTURED SUMMARY

TITLE: Nursing interventions for home care for Alzheimer's patients: bibliographic review.

SUMMARY

Introduction. The progressive population ageing that is occurring is a reality. This process involves the increase of pathologies characteristic of the age group, such as Alzheimer's Type Dementia. Consequence of the large number of older adults affected by this pathology and taking into account that the vast majority remain in the community with high levels of dependency, it is necessary the involvement and training of Nursing in home care.

Objectives. To collect and analyse existing evidence about interventions that are effective for the home care of patients with Alzheimer's dementia.

Methodology. Research is carried out in the next databases: Pubmed, Scopus, Cuiden, BVS and Dialnet. We obtained 9 articles valid for our review that meet inclusion criteria, variables of study, answer the question formulated and proposed objectives.

Results. Behavioral interventions are differentiated such as active listening: aimed at improving communication, emotional management and independence or cognitive rehabilitation in terms of improving the quality of life and reducing depressive symptoms, **physiological** directed to the handling the basic activities of daily living and **educational**: providing training/information, both reduce the caregiver's burden. Also **psychosocial interventions** (socio-health resources, SAT ...) favoring the permanence in homes and **promoting safety** oriented to prevention of falls and encourage safe environments.

Conclusions. Due to the shortage of places in the socio-sanitary centers, most of them are cared at home by an informal caregiver and the presence of a nurse is essential to manage their care and attention. It would be essential to empower Nursing to ensure a new approach to chronic diseases such as Alzheimer's.

Key words. Alzheimer disease, Home Health Nursing, House calls.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo poblacional que se está produciendo en nuestro país es una realidad. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2018, determinan que el porcentaje de población de 65 años y más (8.960.680 habitantes), que actualmente se sitúa en el 19,2%, pasará a ser del 25,2% en 2033¹. Este proceso de envejecimiento conlleva el aumento de patologías características del grupo de edad, como es el caso de la **Demencia**². Esta no es una enfermedad específica, sino que describe una amplia gama de síntomas asociados con el deterioro de la memoria y otras habilidades del pensamiento. La **Enfermedad de Alzheimer(EA)**, es el tipo más común de Demencia, representando entre un 60-80% del total de los casos³.

El Alzhéimer fue descrito por primera vez en 1906 por un joven neurólogo alemán llamado Alois Alzheimer. No fue hasta 1910, cuando se acuñó el término de “*Enfermedad de Alzheimer*” por el médico *Emil Kraepelin*. Se define como una patología neurodegenerativa que se instala de forma insidiosa, causando declinación progresiva de las funciones **cognitivas**, ligadas a la percepción, al aprendizaje, a la memoria, al raciocinio, funcionamiento psicomotor y a la aparición de cuadros **conductuales** neuro-psiquiátricos con diversas manifestaciones graves².

Epidemiología.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que unos 50 millones de personas en el mundo padecen Demencia⁴. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años, de modo que pasaría a 65,7 millones en 2030 y a 115,4 millones en 2050⁵.

En España la EA afecta a unas 800.000 personas y se especula que existen 200 000 personas sin diagnosticar, lo que supone un 1,36% de la población. En este medio, los estudios muestran una incidencia de la **EA** de 1,5 por 1.000 personas/año a los 65 años, que asciende al 52,6 por 1.000 personas/año a partir de los 90 años y una prevalencia **entre el 4 y**

el 9%, llegando a alcanzar el 31-54% en las personas mayores de 90 años^{4,6}.

Etiología.

Se caracteriza por la **destrucción de células nerviosas del cerebro o neuronas**, pero cuyas causas todavía se están investigando. Hay dos estructuras anormales, presentes en el cerebro de las personas afectadas que, son las responsables de la destrucción: las placas (depósitos de proteína beta-amiloide que se acumula entre los espacios de las células nerviosas) y los ovillos (fibras de proteína tau, que se acumula en las células)³. Este acúmulo proteico tendría un efecto tóxico sobre las neuronas, además de poseer la cualidad de difundirse a neuronas contiguas y progresar así a otras regiones conectadas del cerebro⁴. Los científicos desconocen la función exacta que las placas y los ovillos desempeñan en la enfermedad de Alzheimer. No obstante la mayoría de los expertos creen que, de alguna forma, desempeñan una función crítica en bloquear la comunicación entre las células nerviosas y alterar los procesos que necesitan para sobrevivir³.

Por otro lado los factores de riesgo para la EA se clasifican en la Tabla I 4,7,8.

Tabla I. FACTORES DE RIESGO	
MODIFICABLES	NO MODIFICABLES
<u>Nivel educacional</u> : aumenta el riesgo con nivel educacional bajo	<u>Edad</u> : el envejecimiento es un factor de riesgo
<u>Dieta</u> : - Déficit de vitamina B6, B12 y ácido fólico, por su participación en el metabolismo homocisteína, aumentan riesgo	<u>Genética</u> : APOE, especialmente el APOE-e4 y genes que codifican proteínas: la proteína precursora amiloidea presenilina-1 y presenilina-2, aumentan el riesgo

- Bajos niveles de ácido docosahexanoico (omega 3), aumenta el riesgo	
<u>Hábito de fumar</u>	<u>Antecedentes familiares</u> : aumenta el riesgo si más de 1 familiar padece EA
<u>Diabetes</u> : tipo II más riesgo para desarrollar EA	
<u>Actividad física</u> : su escasa práctica aumenta el riesgo y se asocia con la aparición de <u>hipertensión arterial, obesidad y depresión</u> , que son 3 factores de riesgo	

Entre los factores protectores destacamos: los flavonoides, antioxidantes y dieta mediterránea⁴.

Fases y manifestaciones clínicas.

La EA tiene un inicio insidioso y sigue un curso lentamente progresivo. La alteración de la memoria es el síntoma cardinal de la EA, suele ser el primero en aparecer y el principal motivo de consulta de pacientes y familiares⁴. No obstante la sintomatología se explicitará a lo largo de la evolución de la enfermedad, que se presenta en 3 fases. En la Tabla II se pueden ver las fases y manifestaciones clínicas⁹:

Tabla II. FASES EA		
FASE I (Inicial/leve)	FASE II (Intermedia/moderada)	FASE III (Terminal/final/grave)
Percepción pérdida memoria	Deterioro importante de la memoria y dificultad de aprendizaje en	Pérdida total de memoria, excepto la afectiva

	tareas perceptivo-motoras	
Dificultad reiterada para recordar hechos importantes	Alteraciones gnósicas	
Ligera desorientación espacio-temporal	Desorientación temporo-espacial grave: lugares, día/noche...	Desorientación temporo-espacial total con incapacidad para reconocer propio cuerpo
Dificultad en nuevos aprendizajes y nuevos entornos	No asimilación de acontecimientos personales	
Ligeras alteraciones en el lenguaje que dificultan mantener conversación fluida	Empobrecimiento significativo del lenguaje	Grave afectación del lenguaje y/o ausencia del mismo
Ligeras dificultades en escritura, cálculo, praxia, destrezas laborales y tareas automatizadas	Dificultades graves praxia, escritura, dibujos, movimientos complejos y pérdida de actividad laboral intra/extra doméstica	Grave alteraciones de la praxia o apraxia total para actividades cotidianas y graves trastornos en el movimiento que van desde el equilibrio/marcha hasta la inmovilidad total
Cambios de personalidad y de carácter	Disfuncionalidad y reacciones conductuales de riesgo, agresividad...	Pasividad emocional y desconexión total del mundo que les rodea

Alteraciones en el estado ánimo y comportamiento	Posibilidad de ilusiones/alucinaciones.	Pérdida de reflejos excepto los primarios
	Modificación de la sexualidad, alteración del patrón del sueño e incontinencia	Doble incontinencia total y frecuente alteración del patrón sueño/descanso

Todo esto conlleva un deterioro de la vida familiar, social y laboral especialmente en las fases intermedia-final; consecuencia de la gran dependencia que generan⁹.

Cuidados del paciente con Alzheimer y papel de enfermería.

Para proporcionar una asistencia social y sanitaria integrada y eficiente a las personas mayores en situación de dependencia, se establece la dicotomía entre la **asistencia institucional y domiciliaria**.

En **España**, el modelo tradicional de cuidados ha dado respuesta a las preferencias de las personas mayores de permanecer en **sus propias casas** y ser **cuidados por un familiar próximo**.

En la década de los 90 se empezó a analizar esta situación y se exploraron alternativas para mejorar la respuesta de las Administraciones Públicas a las necesidades identificadas.

En este contexto, en 2006 se aprobó la **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** y se puso en marcha un sistema cuyo principal propósito fue garantizar los servicios de apoyo al cuidado, profesionalizar la atención y respetar el principio ético de la autonomía personal¹⁰.

Por lo tanto **la atención domiciliaria** se constituye como una modalidad de aplicación de la actividad asistencial. Se ha convertido en una **responsabilidad de las enfermeras** comunitarias, quienes han de liderar en el entorno de la micro gestión, el desarrollo de actividades encaminadas a la mejora del cuidado de los pacientes más vulnerables, de sus familias, y apoyar mediante estrategias de educación y de entrenamiento en el

autocuidado para la mejora de la salud. Se concibe como una intervención interdisciplinar que coordinan las enfermeras, por ser el profesional cuyas competencias se alinean en este sentido. Así pues, las enfermeras han sido responsables de la atención domiciliaria continua y continuada de las personas dependientes y en situaciones de cronicidad avanzada o terminal¹¹.

Los requerimientos asistenciales van cambiando según progresa la enfermedad, en función de la fase en que se encuentre la EA y los cuidadores serán capaces de adecuarse a la situación que están viviendo para afrontar momentos difíciles¹². Cuidador es¹³: *“aquella persona que asiste o cuida a una persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”*.

La EA genera altas tasas de discapacidad y dependencia en los afectados (un 88,7% del total de personas con demencia se encuentran en situación de gran dependencia⁵), lo que les lleva a necesitar **cuidados continuados** por parte de la familia o de una persona cuidadora¹². Se considera **cuidador principal** del paciente con Alzheimer a la persona que asume la mayor responsabilidad en su atención y apoyo diario.

El cuidador principal asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica. Este papel es aceptado por el resto de los familiares. Por lo general son familiares directos o amigos, esposas o hijas, de edad comprendida entre los 45 y los 70 años que conviven con el paciente, o le dedican mucho tiempo¹³.

En España, aproximadamente un **85%** de estos/as enfermos/as son **cuidados/as por sus familiares**, al igual que sucede en el resto del mundo¹⁴.

JUSTIFICACIÓN

Consecuencia del gran número de mayores afectados/as por esta patología y teniendo en cuenta que la gran mayoría permanece en el ámbito comunitario con altos niveles de dependencia, a cargo de un cuidador

familiar, especialmente en la fase intermedia/final, surgen una serie de necesidades específicas de este grupo de población. Ante esta situación es necesaria la implicación y capacitación de la Atención Primaria con un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario (Enfermería), para llevar a cabo cuidados domiciliarios facilitadores, con el fin de mantener una óptima calidad de vida del paciente, de su entorno y del cuidador⁵.

Por ello el propósito de esta revisión, es conocer las intervenciones más eficaces para el cuidado domiciliario de estos pacientes.

OBJETIVOS

General

Recopilar y analizar la evidencia existente acerca de las intervenciones que son eficaces para el cuidado domiciliario de pacientes con Demencia tipo Alzheimer.

Específicos

- Identificar intervenciones conductuales, fisiológicas, educativas, psicosociales y para fomentar la seguridad.
- Citar las intervenciones que están descritas en la NIC (Nursing Intervention Classification).

METODOLOGÍA

El punto de partida para iniciar la búsqueda de literatura, consiste en la formulación de una pregunta PIO (P: patients, I: interventions, O: outcomes: Tabla III), muy utilizada en las revisiones sistemáticas y de gran ayuda para la posterior búsqueda de información en las diferentes bases de datos nacionales e internacionales.

Tabla III. PREGUNTA PIO		
P (Pacientes)	I (Intervenciones)	O (Resultados)
Personas de 65 o más afectadas por Demencia tipo Alzheimer	Intervenciones/ cuidados / atención prestadas por un equipo multidisciplinar/enfermería	Valorar la eficacia de las intervenciones en el cuidado domiciliario

Por lo tanto a la pregunta de investigación que se pretende dar respuesta es: **¿Qué intervenciones son eficaces para abordar el cuidado domiciliario en pacientes con Demencia tipo Alzheimer?**

Estrategias de búsqueda de la literatura.

Una vez establecida la pregunta PIO, se llevan a cabo una serie de pasos con el fin de obtener una revisión bibliográfica, así como reunir la información necesaria, para poder estructurarla y plasmarla por escrito en el trabajo.

Para ello, en primer lugar, se realiza una búsqueda preliminar de revisiones sistemáticas en las bases de datos electrónicas Joanna Briggs, Cochrane Library y Pubmed.

Se analizaron críticamente las diferentes revisiones encontradas, seleccionando la realizada por Zabalegui et al(2014)¹⁵, publicada en la revista *Patient and Counseling* con un JCR: 2,785/Q1. Esta publicación, además de abordar nuestra pregunta de investigación, presenta calidad y evidencia científica (1a-GR:A). Por lo que, sirve como punto de partida para dar continuidad a la revisión de la literatura existente desde el 2014 (año de publicación) hasta la actualidad.

Por otro lado, para poder continuar con el rastreo de información, es necesario determinar palabras clave por medio de los **tesauros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH)**. Estos términos (Tabla IV) constituyen el motor de búsqueda, permitiendo la obtención de resultados que mejor se ajusten a nuestros objetivos.

Tabla IV. DESCRIPCIÓN TESAUROS	
MeSH	DeCS
Home care services.	Servicios de Atención de Salud a Domicilio.
Home health nursing.	Cuidados de Enfermería en el hogar.
House calls.	Visita / atención domiciliaria.

Alzheimer disease.	Enfermedad de Alzheimer.
Patient care management.	Manejo de atención al paciente.

También se realiza una búsqueda con **lenguaje natural**: “intervenciones domicilio” o “home interventions” combinado con los descriptores previamente expuestos, ya que no existe un descriptor exacto en el tesoro DeCS ni MeSH, respectivamente.

Con estos términos se realiza una búsqueda en las diferentes bases de datos nacionales e internacionales, a partir del año de publicación de la revisión sistemática de partida, con el fin de recabar toda la información existente. Las bases de datos consultadas son:

- Pubmed: base de datos de libre acceso a MEDLINE ofrecido por la Biblioteca Nacional de Estados Unidos.
- Cuiden: base de datos de la Fundación Index que incluye información científica Iberoamericana sobre cuidados de la salud.
- Biblioteca Virtual de la Salud (BVS): fuente de información de salud que incluye las bases de datos 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).
- Cinahl: base de datos orientada a los campos de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional.
- Scopus: base de datos propiedad de la empresa editorial Elsevier con publicaciones científicas de carácter internacional.
- Dialnet: sistema de producción científica hispana de la Universidad de La Rioja.

Criterios de inclusión.

Para la selección de la literatura se han tenido en cuenta los criterios establecidos con la pregunta PIO formulada, con el fin de adecuar la búsqueda para alcanzar los resultados previamente definidos.

- Sujetos: se incluyen solo aquellas intervenciones realizadas en personas mayores de 65 años con Demencia tipo Alzheimer.
- Año de publicación: se incluyen artículos publicados entre 2014 y abril 2019, ambos años inclusive.
- Idioma: se incluyen publicaciones en gallego, castellano, inglés y portugués.
- Tipo de estudio: se incluyen revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis, protocolos de revisión, estudios de investigación cuantitativos /cualitativos, estudios de casos/controles, estudios de cohortes, ensayos clínicos y revisiones narrativas.
- Artículos de acceso gratuito, a texto completo o a los que se pueda acceder a través de la biblioteca de la Universidad de A Coruña (UDC).

Criterios de exclusión.

Por otro lado se establecieron unos criterios de exclusión que permiten enfocar la selección de información para contestar a nuestra pregunta de investigación.

- Tipo de estudio: se excluyen Guías de Práctica Clínica, cartas al director, artículos de opinión, estudio de casos y actas de congresos.
- Se excluirán todos aquellos documentos que aporten información relacionada con intervenciones realizadas en el ámbito hospitalario, residencias de personas mayores o centros de día.

A lo que a la **estrategia de búsqueda** se refiere, se mostrará de forma resumida el proceso de selección de los estudios. Para la combinación de descriptores, lenguaje natural y/o ambos se emplean los **operadores booleanos**: AND, NOT.

En un primer lugar, se realizó una búsqueda en las diferentes bases de datos (Anexo I), obteniendo un total de 854 resultados, se eliminaron los duplicados (n=36), para posteriormente filtrar los artículos. Resultando un total de 818 trabajos, seleccionados por título y resumen.

A continuación se excluyeron 776, quedando 42 artículos que fueron evaluados para su elegibilidad. A posteriori, se realizó una lectura a texto completo, desestimándose un total de 33 artículos respecto a los criterios de inclusión, ya que se consideraron inespecíficos para nuestro trabajo. Consecuentemente disminuyéndose a (n=9) el número de documentos incluidos para responder a nuestra pregunta de investigación y realización de la revisión bibliográfica(Figura I).

A mayores de la búsqueda automatizada en las bases de datos, también se realizaron registros en otras fuentes disponibles como, repositorios y catálogo de la biblioteca de la UDC, en los cuales se obtuvieron 3 artículos que no fueron útiles para nuestra revisión al no cumplir los criterios de inclusión ni responder a la PIO establecida.

Por otro lado se ejecuta un rastreo manual tanto de los artículos incluidos como de los excluidos tras lectura completa, pero no se obtuvo ninguno que cumpliera los criterios ni que respondiese a la pregunta de investigación simultáneamente.

Extracción de datos.

Con el fin de realizar el correcto análisis de los estudios seleccionados se establecieron 2 tipos de variables:

Variables relacionadas con las características del estudio:

- **Autor , año y país de publicación.**
- **Diseño de estudio:** hace referencia al modelo de estudio utilizado para la investigación, estudios cuanti-cualitativos.

Datos relacionados con el objeto de estudio.

- **Población:** hace referencia a los participantes de los estudios analizados.

- Edad: 65 o más años (se hará referencia a la media de edad o rango de edad de los sujetos de estudio).
- Patología: Demencia tipo Alzheimer.
Se tendrán en cuenta aquellos estudios que hablen de Demencia en general o Enfermedad de Alzheimer. No se tendrán en cuenta los que incluyen otros tipos de Demencia, siempre y cuando no aporte los resultados por separado.
- **Intervenciones:**
 - Ámbito de aplicación: domicilio propio o ajeno. Se tendrá en cuenta la figura del **cuidador familiar o informal**, ya que es el responsable de proporcionar los cuidados dentro de este ámbito.
 - Tipo: intervenciones o cuidados fisiológicas, conductuales, de seguridad, psicosociales y educativas y/o una combinación de varias.
Se excluyen intervenciones con fines diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y técnicas médicas exclusivas.
 - Llevadas a cabo por: personal de enfermería, equipo multidisciplinar integrado por enfermeros o aquellos que no lo estén, pero cuyas intervenciones, sean aplicables a nuestro campo de actuación.

Calidad científica.

Para evaluar la calidad científica de las revistas de las que proceden los artículos pertinentes para la revisión, se usa la base de datos *Web Of Science*. Se accede a través de la página de la biblioteca de la UDC. Con estas características y de acuerdo con los objetivos de la revisión, los artículos seleccionados definitivamente, fueron publicados en revistas con factor de impacto internacional en la clasificación JCR (Journal Citation Reports).

El factor de impacto de las dos revistas no incluidas en esta base de datos, se consulta en las páginas web de las mismas. Uno de ellos está indexado en el SJR (Scimago Journal & Country Rank) y otro en RIC (Repercusión Inmediata de Cuiden).

Por otro lado para evaluar los niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual de los estudios cuantitativos para resultados, se emplean los niveles de evidencia del Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford (CEBM). Se caracteriza por valorar la evidencia según el área temática y el tipo de estudio. Tiene 4 Grados de Recomendación: A,B,C,D y 10 Niveles de Evidencia: 1a,1b,1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 y 5¹⁶.(Anexo II)

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios, se emplea *Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)*. Se selecciona la plantilla aplicable a cada tipo de estudio para la lectura crítica^{17,18,19,20}. (Anexo III) En este contexto, matizar, que la Plantilla Caspe De Lectura Crítica de Revisiones Sistemáticas²⁰ se extrapola para las revisiones narrativas.

RESULTADOS

Nuestra revisión se planteó como objetivo la recopilación y análisis de la información existente en la literatura sobre la efectividad de las intervenciones domiciliarias en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer (Anexo IV).

Zabalegui et al publican la revisión sistemática¹⁵ de la cual se parte para realizar la presente revisión. Tiene como objetivo identificar intervenciones efectivas para mejorar la calidad de la atención de las personas con demencia que viven en el hogar y sus cuidadores, guiadas por profesionales de la salud. Destaca la importancia de atención a la cronicidad, que implicaría: promoción de la salud, la prevención, el autocontrol, el control de la enfermedad, el tratamiento y la paliación de la enfermedad, aplicable a pacientes con demencia.

Esto requiere equipos interdisciplinarios formados por profesionales que brindan servicios sociales y de salud y que, aseguran la continuidad de la atención del paciente y el compromiso familiar.

A pesar de que destaca que es difícil llegar a conclusiones satisfactorias sobre qué tipo de intervención es más eficaz en estos casos, aporta beneficios de las diferentes intervenciones realizadas a pacientes con demencia, al binomio paciente-cuidador informal o cuidador informal:

- Pacientes con demencia: incluye intervenciones destinadas a impedir el deterioro físico y cognitivo mediante la promoción de la **rehabilitación cognitiva** (terapia cerebral para mejorar el deterioro cognitivo), la **estimulación** de las funciones **cognitivas**, la **reducción de los síntomas conductuales** y el aumento de la **actividad física**.

La evidencia determina que el beneficio de las intervenciones destinadas a mejorar el funcionamiento físico no es estadísticamente significativo, pero los pacientes sí experimentan mejoría en la movilidad con ellas. Por otro lado, la rehabilitación cognitiva se asoció con mejoras en sus actividades de la vida diaria, la satisfacción del paciente y mejoras en el comportamiento, sobre todo en etapas tempranas de la enfermedad.

- Binomio paciente-cuidador informal: se incluyen intervenciones de **case-management** que redujeron la institucionalización y el uso de otros servicios comunitarios y cuidados de **relevo/respiro**, cuyos beneficios en común constituyen una reducción de la tasa de institucionalización de los pacientes con Alzheimer que permanecen en sus hogares así como una reducción de las puntuaciones de depresión.

En líneas generales determina que, para ver una mejora en el funcionamiento diario, es esencial considerar a sus cuidadores en las intervenciones programadas.

- Cuidador informal: se incluyen intervenciones **psicoeducativas**, **psico-educacionales** que mejoran los síntomas derivados de la carga de los cuidadores, como la depresión o los sentimientos de aislamiento e intervenciones **multi-componentes** (combinación de intervenciones de apoyo y psico-educacionales). Estas últimas dieron como resultado las mejoras más significativas en los pacientes con demencia en el hogar y redujeron el nivel de carga del cuidador.

A continuación expondremos las diferentes intervenciones y sus principales hallazgos, para dar respuesta al primer objetivo.

Intervenciones conductuales

En lo que a las intervenciones conductuales respecta, se distinguen varios tipos de actividades que son eficaces en el tratamiento domiciliario de pacientes con Alzheimer.

Por un lado la **escucha activa**, **el vínculo y la acogida** son desarrolladas para el tratamiento de los cambios cognitivos-conductuales que se producen en relación con la patología. Son varios los autores^{5,12,21} los que respaldan el uso de la escucha activa, no obstante, presentan enfoques diferenciados. Goyanna et al²¹, lo exponen como una alternativa al cuidado tradicional, incluyéndola en el programa de visitas domiciliarias con perspectiva multidisciplinar. Para que los grupos familiares o comunidades puedan ser **más independientes** en su propia vida, así como permitiendo el desarrollo y adaptación a las actividades de la vida diaria, generando mayor **autonomía e independencia**. Otros dos trabajos^{5,12} justifican el uso de la escucha activa, impartida por Enfermería, orientada a la **mejora de la gestión emocional y comunicación** paciente-cuidador¹² o a implementar el **apoyo emocional** estimulando un entorno que facilite compartir emociones, vivencias, angustias o sentimientos⁵.

A lo que al manejo del comportamiento/ conducta se refiere, son 3 los estudios^{12,15,22} que en sus publicaciones referencian diferentes líneas de actuación.

Uno de ellos¹² de igual modo que ya lo hacía el artículo de partida¹⁵, destaca la inserción de **terapias de estimulación cognitivas** (ambiente estructurado, coherente y rutinización) en el ámbito domiciliario, con resultados especialmente eficaces en las etapas iniciales e intermedias de la enfermedad. Sin embargo Li-Min et al²², desarrollan un programa que comprende por un lado visitas domiciliarias con evaluación paciente-cuidador, consulta acerca de las conductas problemáticas y **estrategias de refuerzo positivas** para estos problemas de comportamiento. Y por otro, la modalidad de consulta telefónica para brindar **consejos** a cuidadores sobre los **problemas de conducta** específicos de los pacientes, habilidades de cuidado y el uso de servicios comunitarios. Ambos en términos de **mejorar la competencia, la preparación, la calidad de vida relacionada con la salud y la disminución de los síntomas depresivos**. En esta línea del manejo conductual, destaca como novedad, en 2018 un ECCA²³ que expone una **estrategia tecnológica** con la implementación del *Programa BASE* de análisis de comportamiento desafiante y mejora de soporte. Este consta de un curso de capacitación con enfoque de cuidados paliativos e intervenciones psicosociales para los profesionales, herramienta web para el monitoreo del comportamiento y una reunión con otros profesionales. La aplicación de este programa resultó en **un comportamiento significativamente menos desafiante**, a los 6 meses.

Intervenciones fisiológicas

En el **ámbito fisiológico**, dos de los trabajos^{5,12} llegan a las mismas conclusiones. Ambos las definen como técnicas facilitadoras para cuidado domiciliario del enfermo con EA. Para ello determinan la importancia del papel de enfermería en **instruir al cuidador** acerca de la mejor manera para llevar a cabo las **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, resultando eficaz para mejorar la calidad de vida, la salud y prevenir la depresión y sobrecarga. Navarro et al⁵ menciona la **ayuda física** y la **ayuda al duelo** como técnicas facilitadoras, mientras que Roldán Ahedo y Corral Liria¹² las desglosa por patrones fisiológicos.

Para mantener un **patrón nutricional** adecuado, se debe vigilar la ingestión de alimentos/líquidos, establecer horario regular para las comidas y un ambiente favorable.

En lo que al **patrón de sueño** se refiere, se deben establecer períodos de descanso y evitar dormir por el día. También hace referencia a control **higiene/esfínteres**, manteniendo hábitos intestinales regulares y ayudas para la **deambulación**, especialmente en la fase intermedia¹².

Por otro lado, la revisión de partida¹⁵ aporta que la realización de **actividad física** previene el deterioro físico y cognitivo y mejora la movilidad.

Intervenciones educativas

En **la línea educativa**, los diferentes autores destacan el rol de la Enfermería en lo que a **formación del cuidador** se refiere. Por medio de recomendaciones para la atención domiciliaria de pacientes con EA, que incluye el conjunto de intervenciones de prevención y promoción de la salud^{5,12,24}. Navarro et al⁵ y Roldán Ahedo y Corral Liria¹² mencionan la importancia de proporcionar **información, educación y conocimientos sobre la enfermedad** de Alzheimer y sus fases, tratamiento disponible, evolución... y de informar acerca de los servicios y recursos comunitarios existentes. Por otro lado, Navarro et al⁵ y Wang et al²⁴ comparten instruir al cuidador para **adquirir habilidades para afrontar actividades cotidianas** como la higiene, la alimentación, el vestido, la deambulación, la incontinencia, la movilización (riesgo de desarrollar úlceras por presión: enseñar cómo limpiar piel genital y proteger zonas de riesgo²⁴) o desorientación. A mayores Roldán Ahedo y Corral Liria¹² también destacan la importancia de **educar** en estrategias **de afrontamiento y apoyo interpersonal**, para favorecer el **reconocimiento** del nuevo rol como cuidador y el **abordaje** de las consecuencias derivadas del cuidado. Todas estas intervenciones resultan eficaces, como ya establecían Zabalegui et al¹⁵, para **reducir la sobrecarga física, psicológica, social y ansiedad** del cuidador derivada de los cuidados y **aumentar la calidad de vida** del cuidador y paciente^{5,12,24}.

Intervenciones psicosociales

En esta línea, las **intervenciones psicosociales** surgen de la necesidad de brindar apoyo social a estos pacientes que permanecen en sus domicilios. Aquí se presentan 2 enfoques con hallazgos diferentes.

Por un lado Navarro et al⁵ incluye la prestación de los diferentes **recursos socio-sanitarios** entre las que destaca **la atención domiciliaria**, con la modalidad de Servicio de Atención Telefónica (**SAT**), realizado desde la consulta de enfermería. De manera similar, Wilson y Bachman²⁵ mencionan el *Programa House Calls*, llevado a cabo por médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Programa que permite una reducción de los costes, al tiempo que aumenta la calidad de la atención y mejoras en la independencia al disponer de la modalidad de **atención centrada en el paciente**, para satisfacer las necesidades de salud física y comportamiento. Tanto el SAT como el *House Calls* comparten objetivos al priorizar la permanencia de los pacientes en sus hogares, solo que uno evitando desplazamientos⁵ y otro reduciendo el número de hospitalizaciones²⁵. Otros recursos mencionados por Navarro et al⁵, en los que entran a formar parte los servicios sociales son, las **unidades diurnas de no internamiento**, participación en **grupos de ayuda mutua y las unidades de relevo**, ya mencionadas en el artículo de partida¹⁵, con beneficios como prevenir significativamente los síntomas depresivos en el cuidador y además también proporciona bienestar psicológico.

Por otro lado Low y Fletcher²⁶ mencionan de nuevo como ya lo hizo Zabalegui et al¹⁵, el *modelo case management*. Consiste en un enfoque centrado en el paciente, que incluye información, apoyo, asesoramiento, coordinación de la atención y, en menor medida, ayuda práctica²⁶. No obstante, los hallazgos encontrados en lo que al uso de servicios comunitarios respecta, se **contraponen**. Ya que el estudio de Low y Fletcher²⁶ demuestra que la aplicación del *case management* los aumenta, mientras que Zabalegui et al¹⁵ evidencia que los disminuye. Pero ambos^{15,26}, son coincidentes en el beneficio que aporta de retraso en la institucionalización.

Intervenciones para el fomento de seguridad

La línea de intervenciones para el **fomento de la seguridad** presenta dos enfoques que guardan mucha relación, ya que una no es sin la otra, por lo que comparten hallazgos.

Uno de los estudios²¹ se orienta hacia la prevención de caídas por medio de la valoración del espacio físico. Para ello es crucial conocer los **hogares** para determinar los **factores de riesgo** (escasa iluminación, ausencia de barreras de apoyo, superficies irregulares...) que puedan precipitar su aparición, lo que interfiere en la capacidad de los pacientes para realizar las actividades diarias. Para ello es importante que el personal de enfermería y el equipo multidisciplinario, valoren la capacidad funcional de personas con Alzheimer que viven en sus hogares. Mientras que Holthe y Wulff-Jacobsen²⁷ se orientan hacia el control de seguridad con el **modelo de asistencia tecnológica (HAAT model)** llevado a cabo por enfermeras y terapeutas ocupacionales. En este caso, se caracteriza por valorar las necesidades del paciente y sus capacidades funcionales, cómo utilizan la estufa, el control remoto del televisor o la temperatura del calentador eléctrico ; para seleccionar las tecnologías de asistencias adaptadas a cada caso. Ambos enfoques contribuyen a mejorar la condición de vida, independencia y autonomía^{21,27}, pero el HAAT model difiere en su aplicabilidad limitada a las etapas iniciales y que a mayores presenta beneficios como un incremento de la participación social, de la movilidad y las actividades físicas/culturales²⁷.

Como **intervenciones novedosas** respecto a la revisión de partida y de los artículos incluidos, destacan por un lado, el **apoyo a la familia** y dispensación de **cuidados paliativos** en la fase terminal de la enfermedad. Ya que no hay ningún otro estudio, a mayores del de Roldán Ahedo y Corral Liria¹², que mencione intervenciones para esta etapa de la enfermedad. Por otro lado, Low y Fletcher²⁶ hacen referencia a tres modelos más de atención domiciliaria nunca previamente descritos: **integrated care** (administración y prestación de servicios preventivos y curativos de acuerdo a sus

necesidades), **consumer directed care** (proporcionar más opciones y control a los receptores para maximizar la autonomía e independencia) y **restorative home care** (maximizar la capacidad funcional, la independencia, la autoestima y la calidad de vida relacionada con la salud). Los hallazgos encontrados determinan que la *integrated care y consumer directed care* puede brindarse a personas con demencia, sin embargo, **se desconocen los impactos específicos en las personas con demencia y sus cuidadores**. No obstante, *restorative home care*, todavía está **empezando a utilizarse** en este ámbito, aunque un estudio piloto ya ha mostrado su viabilidad para personas con demencia temprana.

Por otro lado, con respecto al segundo objetivo de la revisión, citaremos las intervenciones más relevantes que están descritas en la NIC (Nursing Intervention Classification), respecto a los resultados obtenidos. Las clasificaremos según los dominios descritos en la Taxonomía NIC²⁸:

– **Fisiológico básico:**

- Ayuda con el autocuidado (Cód: 1800).
- Cuidados de la incontinencia urinaria (Cód: 0610).
- Cuidados perineales (Cód: 1750).
- Enseñanza: ejercicio prescrito (Cód: 5612)
- Manejo de la Demencia: baño (Cód: 6462)
- Manejo de la nutrición (Cód: 1100)
- Manejo del peso (Cód: 1260)
- Terapia de ejercicios: ambulación (Cód: 0221).

– **Fisiológico complejo:**

- Manejo de la medicación (Cód: 2380).
- Prevención de úlceras por presión (Cód: 3540).

– **Conductual:**

- Apoyo emocional (Cód: 5270).
- Aumentar los sistemas de apoyo (Cód: 5440).
- Asesoramiento (Cód: 5240).
- Disminución de la ansiedad (Cód: 5820).

- Distracción (Cód: 5900)
- Enseñanza: entrenamiento del control de esfínteres (Cód: 5634).
- Enseñanza: proceso de enfermedad (Cód: 5602).
- Escucha activa (Cód: 4920).
- Establecer límites (Cód: 4380).
- Estimulación cognitiva (Cód: 4720).
- Facilitar el duelo (Cód: 5290).
- Grupos de apoyo (Cód: 5430).
- Manejo de la conducta (Cód: 4350).
- Manejo de la conducta: autolesión (Cód: 4354).
- Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención (Cód: 4352).
- Mediación de conflictos (Cód: 5020).
- Mejorar el afrontamiento (Cód: 5320).
- Orientación a la realidad (Cód: 4820).
- Presencia (Cód: 5340).
- Terapia de grupo (Cód: 5450).
- Terapia de reminiscencia (Cód: 4860).
- Visitas domiciliarias de apoyo (Cód: 5320).
- **Seguridad:**
 - Manejo ambiental: prevención de la violencia (Cód: 6847).
 - Manejo ambiental: seguridad (Cód: 6486).
 - Manejo de la Demencia (Cód: 6460).
 - Manejo de la Demencia: deambulación errática (Cód: 6466).
 - Manejo de las ideas delirantes (Cód: 6450).
 - Prevención de caídas (Cód: 6490).
- **Familia:**
 - Apoyo al cuidador principal (Cód: 7040).
 - Apoyo a la familia (Cód: 7140).
 - Fomentar la implicación familiar (Cód: 7110).

- **Sistema sanitario:**
 - Colaboración con el médico (Cód: 7710).
 - Consulta por teléfono (Cód: 8180).
 - Reunión multidisciplinar de cuidados (Cód: 8020).
- **Comunidad:**
 - Educación para la salud (Cód: 5510).
 - Fomentar la salud de la comunidad (Cód: 8500).
 - Gestión de casos (Cód: 7320).

DISCUSIÓN

Aunque la bibliografía existente acerca de las intervenciones prestadas a pacientes con Demencia es amplia, llama la atención el poco número de estudios que se refieran específicamente a la enfermedad de Alzheimer. Además cuando nos centramos en el ámbito domiciliario esta información se reduce considerablemente. No obstante, 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.

Destacar en primer lugar que, entre los artículos seleccionados, hubo variaciones en el tipo de intervención, clase de profesionales que las llevaron a cabo y el método de seguimiento empleado. A pesar de eso, en lo que a los profesionales se refiere, se puede evidenciar que la mayoría de intervenciones fueron llevadas a cabo por personal de Enfermería. Pues únicamente son 2 los artículos^{21,26} que mencionan la realización de intervenciones por equipo multidisciplinario. No obstante, estas intervenciones son extrapolables a nuestro campo, pues así lo evidencia la Taxonomía NIC, que recoge todas las intervenciones halladas en los diferentes estudios.

En el ámbito del tipo de intervenciones a pesar de existir diversidad, la mayoría de autores comparten hallazgos, como es en el caso de las intervenciones educativas y fisiológicas o muestran otros novedosos que suman a los encontrados.

Siendo los menos los que se contradicen, pues solamente se ha presentado esta situación en el modelo de atención domiciliaria *case management*²⁶.

A pesar de que las diferentes intervenciones mencionadas son eficaces para el cuidado domiciliario, las más destacadas en los estudios acerca la actividad enfermera son las estrategias educativas, tanto orientadas a la formación del cuidador como a la información. Las intervenciones que mayor número de artículos mencionan son las conductuales^{5,12,15,21,22}, pero en este caso no solo compete a enfermería si no también hacen referencia al equipo multidisciplinar. Por otra banda, las intervenciones a las que los autores hacen menos referencia son las fisiológicas^{5,12} y las de fomento de seguridad^{21,27}.

Además, de todas las intervenciones objetivadas al inicio, se ha encontrado evidencia de todas ellas e incluso se han encontrado intervenciones novedosas. Respecto a esto se podría decir, por un lado, que el artículo más completo es el de Navarro et al⁵ ya que menciona todas las intervenciones a excepción de las de seguridad. Y por otro lado, destacar que el artículo de partida a pesar de ser una revisión sistemática¹⁵ con un alto nivel de evidencia presenta dos debilidades. Una de ellas, que entre las intervenciones de ámbito fisiológico solamente hace mención a una: realización de la actividad física y la otra debilidad es que, las intervenciones de fomento para seguridad se le quedan en el tintero. A pesar de eso las incluimos, debido a que 2 de los artículos^{21,27} de resultados las mencionaban y no dejan de ser importantes en el abordaje del entorno físico y personal, tal y como los hallazgos lo demuestran.

En lo que a los artículos para resultados se refiere, destaca que solo sean dos^{5,12} los que mencionen intervenciones fisiológicas y que todas las intervenciones educativas estén orientadas al cuidador. También que solo haya un estudio¹² que mencione, pero sin tocar a fondo, las intervenciones

paliativas dirigidas a la etapa terminal de la enfermedad. De igual modo sucede con las intervenciones multi-componentes de Zabalegui et al¹⁵, ningún otro estudio las referencia salvo Roldán Ahedo y Corral Liria¹² que las presenta como una posible línea futura de investigación.

Por otro lado destacar la gran heterogeneidad en lo que a datos relacionados con el objeto de estudio se refiere. Pues se incorporan artículos de gran diversidad cultural: occidentales^{5,12,25,26,27}:5, de entre los cuales 2 son de procedencia Española^{5,12} y otro Europea²⁷ y orientales^{21,22,23,24}: 4.

Y a mayores, que 2 estudios presentan rangos de edades^{21,25}, 1 hace referencia a la media de edad²² y otro subdivide a la población por sexos²¹. Resaltar también que a pesar de que las revisiones sistemáticas se estipulan en criterios de inclusión y están en lo más alto de la pirámide de la evidencia, en nuestra revisión no se muestran ya que en la pesquisa no se encontró ninguna que cumpliera los restantes criterios y/o variables. Sin embargo se incluyen 1 ECA²², 1ECCA²³ y 1 estudio de casos controles²⁵ que también cuentan con niveles de evidencia elevados.

Limitaciones

Es muy importante tener presente la existencia de sesgos en las diferentes publicaciones, con el fin de seleccionar información con calidad científica para nuestro estudio.

- **Sesgo de accesibilidad:** se debe a que para nuestra revisión solo se incluyeron aquellos artículos con acceso gratuito a texto completo, excluyéndose los de acceso de pago o los no accesibles por parte de la UDC.
- **Sesgo de información:** se debe a que en muchos estudios existe insuficiente información de las intervenciones a domicilio, lo que puede conllevar a errores en la interpretación de los resultados.

A mayores de los sesgos citados anteriormente, la principal limitación con la que nos encontramos a la hora de seleccionar estudios para los resultados, es el número reducido de publicaciones que especifican Demencia Tipo Alzheimer o Enfermedad de Alzheimer.

Para ampliar el número de resultados, aquellos artículos que incluyen como población general Demencia, siempre y cuando cumplan los criterios de inclusión/variables de nuestra revisión, las consideraremos extrapolables para Demencia Tipo Alzhéimer.

Esto lo justificamos, debido a que la EA , es el tipo más prevalente de Demencia, por lo tanto las intervenciones llevadas a cabo con pacientes con Demencia se pueden aplicar en pacientes con EA.

CONCLUSIONES

El cuidado domiciliario de pacientes con Alzhéimer conlleva una gran demanda de atención y cuidados a su entorno más inmediato: la familia. Debido a la escasez de plazas en los centros socio-sanitarios, la mayoría son cuidados en el domicilio por un cuidador informal y es imprescindible la presencia de una enfermera para gestionar su atención y cuidados.

Por ello, en nuestro contexto, sería imprescindible empoderar la figura de la Enfermera, al tratarse de los profesionales más capacitados para garantizar un nuevo abordaje de patologías crónicas por medio de la continuidad asistencial. Pudiendo este abordaje, orientarse a la prestación de cuidados individualizados, que tengan en cuenta la progresión de la enfermedad, las preferencias y necesidades de las personas, su forma de actuar/ser, el entorno... lo que se englobaría en la atención centrada en el paciente. Y cuidados que permitan una coordinación adecuada entre Atención Primaria y Especializada para llevar a cabo una atención integral (bio-psico-social) continuada a través de la gestión de casos, con la figura de la enfermera gestora de casos. Es preciso concienciar a la población de la necesidad de esta figura para dispensar cuidados adecuados a esta población de pacientes, cada día más numerosos.

Por todo esto, es necesario también, que el personal de enfermería tenga conocimientos sólidos que permitan tratar correctamente los problemas que se puedan presentar y prestar cuidados de máxima calidad. Lo que justificaría también la importancia de avanzar en la investigación acerca de la idoneidad de los cuidados que implementa y tratar de mejorarlos con estudios de investigación rigurosos ya que las evidencias disponibles en la

actualidad son de limitado valor para enfermería. Disciplina en la que es necesario ampliar y mejorar la investigación, para poder impulsar estudios generadores de evidencia.

Las necesidades futuras implican la Enfermería como el pilar fundamental e imprescindible en el enfoque de patologías crónicas complejas como es la Demencia tipo Alzheimer, la actuación sanitaria no puede desentenderse de: las necesidades percibidas, la demanda y las opiniones de los sectores afectados.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora, **C. María García Martínez** y cotutora, **Ana B. Maseda Rodríguez**, el tiempo, dedicación, disposición, apoyo y paciencia brindados, durante el transcurso del presente trabajo. Así como, por volcarse tanto o más que yo, en la realización del mismo.

También, agradecer a mi **familia** el apoyo y ánimo prestado durante toda la carrera y especialmente durante esta recta final.

Toda mi gratitud a los **profesores** de estos cuatro años de carrera, por sus ganas de enseñar y sus conocimientos aportados a lo largo de este trayecto.

BLIOGRAFÍA

¹INEbase[Sede web].Madrid: Instituto Nacional de Estadística;10 octubre de 2018. Notas de prensa: Proyecciones población 2018. [Actualizado 5 de Noviembre de 2018; Acceso 27 de abril de 2019].[19 pantallas]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

²Ilha S, Zamberlan C, Dal Omo Nicola G, Santana Araújo A, Stein Backes D. Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min[Internet].2014; 4(1):1057-65.

³Alzheimer´s association [sede web]. Chicago: accredited charity. 2018 [Acceso 27 de abril de 2019]. ¿Qué es la demencia?. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia?lang=es-MX>

⁴Barragán Martínez D, García Soldevillaa MA , Parra Santiago A y Tejeiro Martínez J. Enfermedad del Alzheimer. Medicine[Internet]. 2019;12(74):4338-46.

⁵Navarro Martínez M, Jiménez Navascués L , García Manzanares M^a C, De Perosanz Calleja M, Blanco Tobar E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Gerokomos [Internet].2017; 29(2):79-82.

⁶Pérez Menéndez A. La Fundación del Cerebro presenta los resultados del informe “Impacto Social de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias”. Informe de un grupo científico de la Sociedad Española de Neurología(SEN):2017. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link219.pdf>

⁷Terrado Quevedo S.P, Serrano Durán C, Galano Guzmán Z.G, Betancourt Pulsán A. Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. Revi Inf Cient [Internet]. 2017; 96(5):967-77.

⁸Alzheimer's association [sede web]. Chicago: accredited charity. 2018 [Acceso 27 de abril de 2019]. ¿Qué es el alzheimer? Causas y factores de riesgo. Disponible en:

<https://www.alz.org/alzheimer-demencia/causas-y-factores-de-riesgo?lang=es-MX>

⁹Martín-Romo Mejías J. Atención a enfermos de Alzheimer. 2º ed. Málaga. ICB. 2015.

¹⁰Pinzón Pulido S.A. Atención residencial VS atención domiciliaria en la provisión de cuidados de larga duración a personas mayores en situación de dependencia [tesis doctoral en Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla. Marzo 2016. Disponible en:

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/44336/Tesis%20doctoral%20Sandra%20Pinzon%20Pulido%20Universidad%20de%20Sevilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹¹Ferrer C, Cegri F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria [Internet]. 2015 [Acceso 28 abril 2019]. Disponible en:

<http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atenciondomiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>

¹²Roldán Ahedo N, Corral Liria I. Intervenciones de enfermería para la atención del cuidador informal del paciente con Alzheimer. Revista ROL Enf [Internet]. 2017; 40(10):690-97.

¹³Rodríguez Piñeiro P, Daniel Corona A. Atención al cuidador del paciente con Demencia[sede Web]. La Coruña: Fistera.com; 2018[Actualizada el 19 de junio de 2018; Acceso 27 abril 2019]. Disponible en:

<https://www.fistera.com/guias-clinicas/atencion-al-cuidador-paciente-con-demencia/>

¹⁴Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Gac Sanit [Internet]. 2017; 31(2):154-60.

¹⁵Zabalegui A, Hamers J, Karlsson S, Leino-Kilpi H, Renom-Guiteras A, Saks K et al. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. Patient Educ Couns [Internet]. 2014; 95(2014):175-84.

¹⁶Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: niveles de evidencia y grados de recomendación habitual. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2014;31(6):705-18.

¹⁷Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. P.3-8. Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=

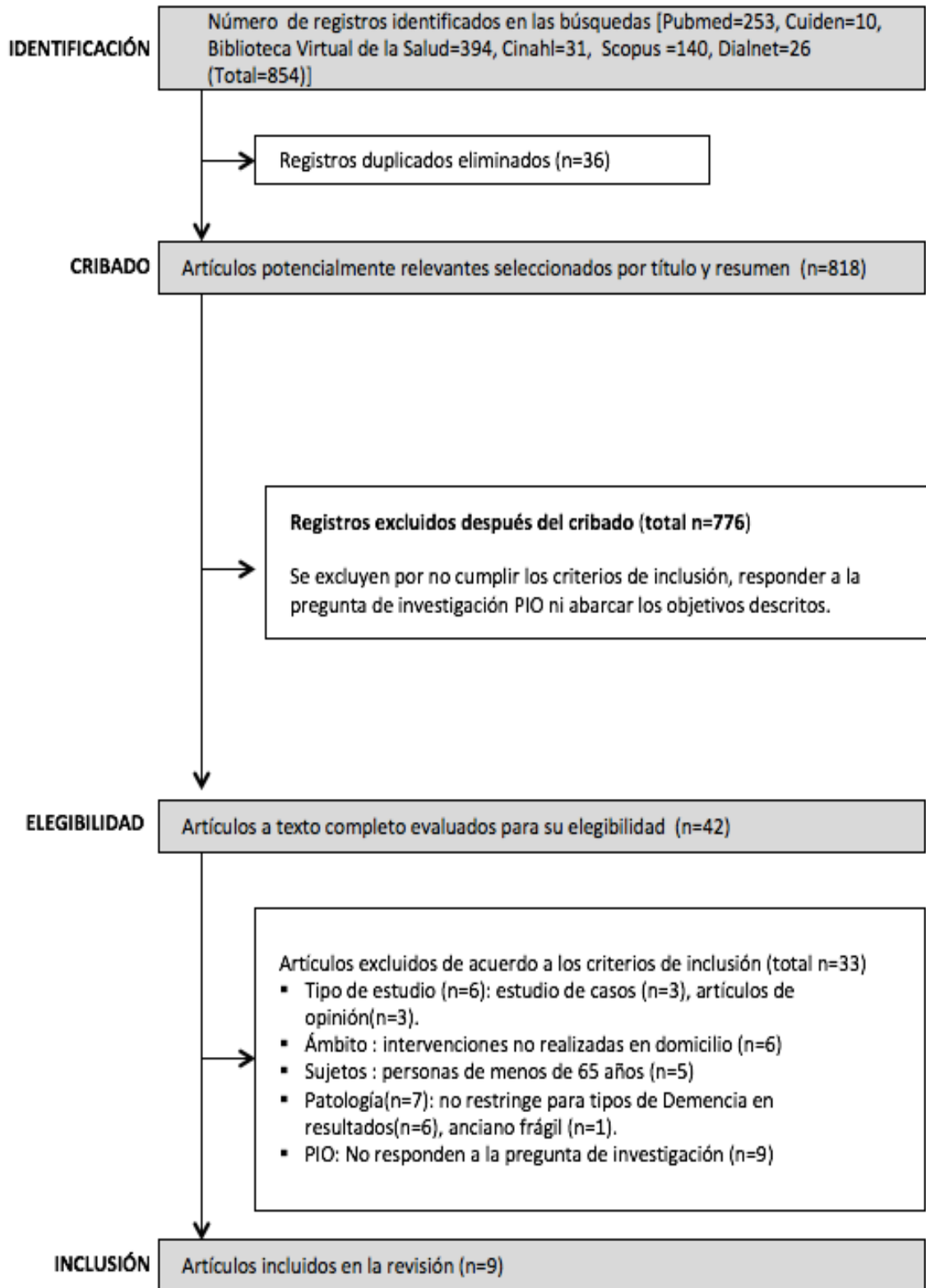
¹⁸Cabello J.B por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.

¹⁹Cabello J.B por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.13-19

²⁰Cabello J.B por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17. Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=

- ²¹Goyanna NF, Freitas CASL, Brito MCC, Netto JJM, Gomes DF. Elderly with alzheimer's disease: how they live and notice the attention in the health strategy of the family. Rev Fund Care Online [Internet]. 2017; 9(2):379-86.
- ²²Li-Min K, Huei-Ling H, Wen-Chuin Hsu, Yi-Ting Wang, Yea-Ing L. Shyu. Home-based caregiver training: Benefits differ by care receivers' dementia diagnosis. J Geriatr Nurs [Internet]. 2016;37(21016):376-84.
- ²³Nakanishi M, Endo K, Hirooka K, Hirooka K, Granvik E, Minthon L et al. Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry[Internet]. 2018; 33(4):495–503.
- ²⁴Wang J, Dongxia Xiao L, Li X. Health professionals' perceptions of developing dementia services in primary care settings in China: a qualitative study. Aging Ment Health. [Internet]. 2018; 23(4): 447-54.
- ²⁵Wilson K, Bachman S. House Calls: The Impact of Home-Based Care for Older Adults With Alzheimer's and Dementia. Soc Work Health Care[Internet]. 2015;54(6):547-58.
- ²⁶Low L-F, Fletcher J. Models of home care services for persons with dementia: a narrative review. Int Psychogeriatr [Internet]. 2015; 27(10):1593-1600.
- ²⁷Holthe T, Wulff-Jacobsen I. Matching user needs to technology in dementia care: experiences with the Alma Supervisor Educational Program. Fam Med Prim Care Rev. [Internet]. 2016; 18(4): 492–96.
- ²⁸Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ªed Barcelona: Elsevier; 2018.

Figura I. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA



ANEXOS

Anexo I. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

BASE DE DATOS: CUIDEN		FILTROS: 2014-2019	
#	BÚSQUEDA	RESULTADOS	SELECCIONADOS TEXTO COMPLETO
1	Home care services AND alzheimer disease	0	0
2	Home health nursing AND alzheimer disease	1	0
3	House calls AND alzheimer disease	0	0
4	Home visits AND alzheimer disease	0	0
5	Patient care management AND alzheimer disease	2	2
6	Atención domiciliaria AND enfermedad del Alzheimer	1	0
7	Cuidados de enfermería en el hogar AND enfermedad de Alzheimer	2	0
8	Atención domicilio AND Alzheimer	4	3
9	Intervenciones domicilio AND alzheimer	1	1
		TOTAL: 10	TOTAL: 6

BASE DE DATOS: DIALNET		FILTROS: 2014-2019	
#	BÚSQUEDA	RESULTADOS	SELECCIONADOS TEXTO COMPLETO
1	Home care services AND alzheimer disease	5	0
2	Home health nursing AND alzheimer disease	4	1
3	House calls AND alzheimer disease	1	0
4	Home visits AND alzheimer disease	0	0
5	Patient care management AND alzheimer disease	6	1
6	Atención domiciliaria AND enfermedad del Alzheimer	3	0

7	Cuidados de enfermería en el hogar AND enfermedad de Alzheimer	1	0
8	Atención domicilio AND Alzheimer	4	0
9	Intervenciones domicilio AND alzheimer	2	0
		TOTAL: 26	TOTAL: 2

BASE DE DATOS: SCOPUS		FILTROS: 2014-2019; open acces; idiomas: español/inglés/portugués.	
#	BÚSQUEDA	RESULTADOS	SELECCIONADOS TEXTO COMPLETO
1	Home care services AND alzheimer disease	65	10
2	Home health nursing NOT nursing homes AND alzheimer disease	37	1
3	House calls AND alzheimer disease	1	0
4	Home visits AND alzheimer disease	15	1
5	Patient care management AND alzheimer disease AND home care services	10	0
6	Patient care management AND alzheimer disease AND home interventions	12	0
		TOTAL: 140	TOTAL: 12

BASE DE DATOS: CINHAL		FILTROS: 2014- 2019; acceso texto completo; idioma.	
#	BÚSQUEDA	RESULTADOS	SELECCIONADOS TEXTO COMPLETO
1	Home care services AND alzheimer disease	11	1
2	Home health nursing AND alzheimer disease	7	0
3	House calls AND alzheimer disease	0	0
4	Home visits AND alzheimer disease	6	1

5	Patient care management AND alzheimer disease	7	0
6	Patient care management AND alzheimer disease AND home interventions	0	0
		TOTAL: 31	TOTAL: 2

BASE DE DATOS: BVS		FILTROS: 2014-2019; acceso texto completo; idioma: inglés/español/portugués; bases de datos: lilacs/medline/ibeccs.	
#	BÚSQUEDA	RESULTADOS	SELECCIONADOS TEXTO COMPLETO
1	Home care services AND alzheimer disease	IBECS: 3 LILACS: 4 MEDLINE: 161	10
2	Home health nursing NOT nursing homes AND alzheimer disease	IBECS: 3 LILACS: 5 MEDLINE: 108	0
3	House calls AND alzheimer disease	IBECS:0 LILACS:0 MEDLINE:6	1
4	Home visits AND alzheimer disease	IBECS:0 LILACS:0 MEDLINE:36	0
5	Patient care management AND alzheimer disease AND home care services	IBECS:0 LILACS:0 MEDLINE:45	0
6	Patient care management AND alzheimer disease AND home interventions	IBECS:0 LILACS:0 MEDLINE: 23	1
		TOTAL: 394	TOTAL: 12

BASE DE DATOS: PUBMED		FILTROS: 2014-2019; Idioma: inglés/español/portugués.	
#	BÚSQUEDA	RESULTADOS	SELECCIONADOS TEXTO COMPLETO
1	Home care services AND alzheimer disease	116	8
2	Home health nursing NOT nursing homes AND alzheimer disease	72	0
3	House calls AND alzheimer disease	3	0

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

4	Home visits AND alzheimer disease	21	0
5	Patient care management AND alzheimer disease AND home care services	32	0
6	Patient care management AND alzheimer disease AND home interventions	9	0
		TOTAL: 253	TOTAL: 8

Anexo II. NIVELES DE EVIDENCIA CUANTITATIVA: CEBM

GR	NE	Tratamiento, prevención, etiología y daño	Pronóstico e historia natural	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial y prevalencia	Estudios económicos y de análisis de decisión
A	1a	RS con homogeneidad de EC con asignación aleatoria	RS de estudios de cohortes con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y validados en diferentes poblaciones)	RS de estudios de diagnóstico de alta calidad con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables, en la misma dirección y en diferentes centros clínicos)	RS con homogeneidad de estudios de cohortes prospectivas	RS con homogeneidad de estudios económicos de alta calidad
	1b	EC individual con intervalo de confianza estrecho	Estudios de cohortes individuales, con un seguimiento mayor de 80% de las cohortes y validadas en una sola población	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico	Estudios de cohortes prospectivas con buen seguimiento	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	1c	Todos o ninguna	Series de casos (todos o ninguno)	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico	Series de casos (todos o ninguno)	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores pero más caras
B	2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad	RS de estudios de cohortes históricas o de grupos controles no tratados en EC con homogeneidad	RS de estudios de diagnósticos de nivel 2 con homogeneidad	RS con homogeneidad de estudios 2b y mejores	RS con homogeneidad de estudios económicos con nivel mayor a 2
	2b	Estudios de cohortes individuales con seguimiento inferior a 80%. EC de baja calidad	Estudio individual de cohortes históricas o seguimiento de controles no tratados en un EC o guía de práctica clínica no validada	Estudios exploratorios que a través de una regresión logística determinan factores significativos y validados con estándar de referencia adecuado (independiente de la prueba diagnóstica)	Estudio individual de cohortes históricas o de seguimiento insuficiente	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; limitado a revisión de la evidencia. Incluye análisis de sensibilidad
	2c	Estudios ecológicos o de resultados en salud	Investigación de resultados en salud		Estudios ecológicos	Auditorías o estudios de resultados en salud
	3a	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad		RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad	RS de estudios con homogeneidad de estudios 3b y mejor calidad
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de pacientes que podría ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin aplicación de un estándar de referencia		Estudio no consecutivo de cohorte, o análisis muy limitado de la población basado en pocas alternativas o costes, datos de mala calidad, pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad	Estudios de casos y controles con escasos o sin estándares de referencia independientes	Series de casos o estándares de referencia obsoletos	Análisis sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso, ni en "principios fundamentales"

Anexo III. CALIDAD METODOLÓGICA: CASPe

Plantilla para estudios cualitativos	AUTORES
ÍTEMS	Wang et al (2018) ²⁴
1.¿Se definieron de forma clara los objetivos?	Sí
2.¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí
3.¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí
4.¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
5.¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí
6.¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí
7.¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí
8.¿Fue el <i>análisis</i> de datos suficientemente riguroso?	Sí
9.¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí
10.¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí

Plantilla para estudios casos y controles.	AUTORES
ÍTEMS	Wilson y Bachman (2015) ²⁵
1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Sí
2. ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?	Sí
3. ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?	Sí
4. ¿Los controles se seleccionaron de forma aceptable?	Sí
5. ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	Sí
6. A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores? 6. B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis?	A. Ambientales B. No
7. ¿Cuáles son los resultados?	Los casos fueron significativamente más propensos a tener salud en el hogar o gastos de cuidados paliativos pero significativamente menos propensos a tener una utilización de los servicios sociales.
8. ¿Cuál es la precisión de los resultados?	IC 95%(p <.05)
9. ¿Te crees los resultados?	Sí
10. ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?	Sí
11. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	Sí

Plantilla para ensayos clínicos. ÍTEMS	AUTORES	
	Nakanishi et al (2018) ²³	Li-Min et al (2016) ²²
1.¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?	Sí	Sí
2.¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?	Sí	Sí
3.¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?	Sí	Sí
4.¿Se mantuvo el cegamiento a pacientes, clínicos y personal?	Sí	Sí
5.¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?	Sí	Sí
6.¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	Sí	Sí
7.¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	Programa BASE resultó en una reducción significativa de los comportamientos desafiantes de las personas con demencia después de 6 meses.	La intervención fue más beneficiosa para los cuidadores familiares de pacientes con AD que para los de pacientes con VaD en términos de mejorar la competencia, la preparación, la calidad de vida y la disminución de los síntomas depresivos de los cuidadores familiares
8.¿Cuál es la precisión del efecto?	95% IC (p < 0.05)	95% IC (p < 0.05)

		99% IC (p < 0.01) 99.9% IC (p < 0.001)
9.¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?	Sí	Sí
10.¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí	Sí
11.¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí	Sí

Plantilla para revisiones	AUTORES			
ÍTEMS	Roldán Ahedo y Corral Liria (2017) ¹²	Navarro et al (2017) ⁵	Holthe y Wulff-Jacobsen (2016) ²⁷	Low y Fletcher(2015) ²⁶
1.¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	Sí	Sí	Sí	Sí
2.¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	Sí	Sí	Sí	Sí
3.¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	Sí	Sí	Sí	Sí
4.¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	Sí	Sí	Sí	Sí
5.Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para	Sí	Sí	Sí	Sí

obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?				
6.¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Intervenciones de enfermería son eficaces para mejorar la calidad de vida del cuidador y de la persona afectada, así como para reducir sobrecarga	La intervención más destacada en los estudios sobre la actividad enfermera es el desarrollo de estrategias de educación sanitaria para aliviar la sobrecarga multidimensional del cuidador y favorecer la calidad del cuidado y de la vida	Aumento de la seguridad y fortalece la capacidad de los individuos para hacer frente a la vida cotidiana de manera independiente	El modelo de <i>case management</i> , demostró aumentar el uso de los servicios comunitarios y retrasar la admisión en hogares de ancianos
7.¿Cuál es la precisión del resultado/s?	No aplicable	No aplicable	No aplicable	No aplicable
8.¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Sí	Sí	Sí	Sí
9.¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	Sí	Sí	Sí	Sí
10.¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Sí	Sí	Sí	Sí

Anexo IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS PARA RESULTADOS

Autor y año	País	Revista y factor de impacto	Diseño de estudio	Calidad de evidencia del estudio	Muestra	Patología	Ámbito	Tipo intervención y responsable	Características Intervención
Goyanna et al(2017) ²¹	Brasil	Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online RIC: 0,304/Q3	Estudio cuantitativo de diseño explorativo descriptivo	GR:C, NE:4 (CEBM) CASPe	n=10, 6 mujeres y 4 hombres. 1 (60-69 a), 4(70-79a), 4(80-89a y 1 (90-99a)	Demencia tipo Alzheimer	Domicilio propio	Intervenciones de seguridad ambiental y conductuales (Enfermería y equipo multidisciplinario : médicos, trabajador social...)	Escucha activa, vínculo y acogida favorece a los grupos familiares o comunidades para que puedan ser más independientes en su propia vida. Así como permiten el desarrollo y adaptación a las actividades de la vida diaria, generando mayor autonomía e independencia

Roldán Ahedo y Corral Liria (2017) ¹²	España	Revista ROL de Enfermería JCR: 0,125/Q4	Revisión narrativa	CASPe	Sin detallar	EA	Domicilio paciente	Intervenciones psicoeducativas (Enfermería)	Intervenciones realizadas por Enfermería: escucha activa para mejorar la gestión emocional y comunicación. Educación, apoyo al autocuidado y asesoramiento sobre recursos de apoyo para mejorar la calidad de vida del cuidador y de la persona afectada, así como para reducir sobrecarga
--	--------	--	--------------------	-------	--------------	----	--------------------	---	--

Navarro et al(2017) ⁵	España	<p>Revista de la Sociedad Española de la Enfermería Geriátrica y Gerontológica: Gerokomos</p> <p>JCR: 0,26/Q3</p>	Revisión narrativa	CASPe	Sin detallar	EA	Domicilio	<p>Intervenciones conductuales, psicoeducativas ,psicosociales y fisiológicas (Enfermería /Servicios Sociales)</p>	<p>Uso de la escucha activa para obtener mejoras en la gestión emocional y comunicación. Intervenciones orientadas a prevenir la depresión y mejorar la calidad de vida: ayuda física, al duelo y la prestación de diferentes recursos socio-sanitarios.</p> <p>La más destacada de la actividad enfermera son las estrategias de educación sanitaria que reducen sobrecarga multidimensional del cuidador y mejorar calidad vida/cuidado</p>
----------------------------------	--------	---	--------------------	-------	--------------	----	-----------	--	---

Li-Min et al(2016) ²²	Taiwán	Geriatric Nursing JCR: 1,541 / Q2	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	GR:A, NE:1b (CEBM) CASPe	n=114 (ADIG:30 ADCG:38 ; VaDIG:2 5,VaDCG :21). 65 años de edad (80.28 ±)	EA / VaD	Hogar	Intervenciones conductuales y educativas (Enfermería)	La intervención fue más beneficiosa para los cuidadores familiares de pacientes con AD que para los de pacientes con VaD en términos de mejorar la competencia, la preparación, la calidad de vida y la disminución de los síntomas depresivos de los cuidadores familiares
Holthe y Wulff-Jacobsen (2016) ²⁷	Noruega	Family Medicine & Primary Care Review SJR:0,17/ Q3	Revisión narrativa	CASPe	Sin detallar	Demencia	Domicilio	Modelo HAAT: intervenciones para control de la seguridad por medio de selección de tecnología, tras valorar la capacidad	Contribuye a aumentar la seguridad y fortalece la capacidad de los individuos para hacer frente a la vida cotidiana de manera

								funcional del paciente (Terapia Ocupacional/Enfermería)	independiente, especialmente en las primeras fases de la demencia
Wilson y Bachman (2015) ²⁵	EEUU	Social work in health care JCR: 1,097/ Q2	Estudio de casos y controles	GR:B ; NE:3b (CEBM) CASPe	65-84 años (Casos: n=60; controles: n=187). >85 años (Casos:n =80; controles: n=232)	Demencia/ EA	Domicilio	Programa <i>house calls</i> : Visita domiciliaria y atención centrada en paciente (Enfermería/ Medicina/ Terapia Ocupacional)	Reducción de los costes , al tiempo que aumenta la calidad de la atención y mejoras en la independencia especialmente en el grupo de casos
Nakanishi et al(2018) ²³	Japón	International journal of geriatric psychiatry JCR: 2,94/Q1	Ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA)	GR:A; NE: 1b (CEBM) CASPe	Demencia [n=283 (IG: n=141; CG: n=142)], de los cuales tienen Alzheimer [n=169; (IG:n=77;	Demencia/ EA	Domicilio	Programa BASE: Intervenciones para manejo de la conducta psicossocial (Profesionales de salud de atención domiciliaria)	Programa BASE resultó en una reducción significativa de los comportamientos desafiantes de las personas con demencia en el grupo de intervención (IG) en comparación con el grupo de

					CG: n=92)]				control (CG) a los 6 meses de su aplicación
Low y Fletcher (2015) ²⁶	Australia	International psychogeriatrics JCR:2,261 /Q2	Revisión narrativa	CASPe	Sin detallar	Demencia	Domicilio	Modelos de atención domiciliaria (Equipo multidisciplinar)	El modelo de <i>case management</i> , demostró aumentar el uso de los servicios comunitarios y retrasar la admisión en hogares de ancianos La atención integrada y dirigida al consumidor puede brindarse a personas con demencia, sin embargo, no están claro los beneficios de estos modelos.
Wang et al(2018) ²⁴	China	Aging & Mental Health	Estudio cualitativo de diseño interpretativo	CASPe	>65 años	Demencia	Domicilio	Intervenciones de los servicios de Atención Primaria:	Mantener aumentada la calidad de vida, reducir la carga de cuidador, mejorar

		JCR:2,663 / Q1			Muestra sin detallar			educación para la salud (Enfermería/ Medicina)	resultados en los receptores de los servicios y amplia los beneficios del tratamiento post- diagnóstico
--	--	-------------------	--	--	----------------------------	--	--	---	--