

ALGUNOS ASPECTOS ACTUALES SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

SOME CURRENT ASPECTS ABOUT THE HANDLING OF ALZHEIMER DISEASE BY NURSERY PROFESSIONALS.

Autor: Ms. C Evelio F. Cruz García. Profesor Auxiliar

Facultad de Tecnología de la Salud. Email: ecruz@infomed.sld.cu

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa progresiva del cerebro caracterizado por la desorientación y la pérdida de memoria, de atención y de la capacidad de raciocinio y se considera la primera causa de demencia en la vejez. El objetivo que se propuso el autor está encaminado a profundizar en algunos aspectos sobre el manejo y toma de decisión del profesional de Enfermería en el cuidado de los pacientes con la enfermedad del Alzheimer.

Se consultaron los trabajos de varios autores nacionales e internacionales que han profundizado en este tema. La sistematización realizada permitió esclarecer la importancia de un consumo moderado de cafeína lo cual puede proteger el cerebro de la pérdida de memoria durante el proceso normal de envejecimiento, al margen de otros factores como la dieta y el ejercicio, lo que contribuiría para la evaluación de la memoria en pacientes con esta afección. Se confirmó además que el profesional de enfermería mediante el Proceso de Atención de Enfermería puede realizar determinadas acciones que le permitan valor la evolución y valoración de la facultad de decisión en los pacientes ancianos.

Palabras Clave: enfermedad de Alzheimer; proceso de atención de enfermería; capacidad de decisión

ABSTRACT

Alzheimer disease is a degenerated and progressive brain disorder characterized by the disorientation, loss of memory and concentration. It is considered the primary cause of dementia in the oldness stage. The objective of this research work is to reinforce some aspects in the handling and decision-making of Nursery professionals who are in charge of taking care of sick people with Alzheimer.

It was analyzed different national and international authors whose research works deal with the object of study of this paper. The systematization carried out made clear the importance of reasonable consumption of caffeine, which can protect the brain from the loss of memory during the aging normal process, apart from other factors such as: diet and exercises. This way, these patient's memory would be evaluated. It was also proved that nursery professionals can carry out actions through the Nursery Attention Process in order to assess the patient's capacity to make decisions.

Key Words: *Alzheimer disease, Nursery Attention Process, capacity to make decisions.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer, es una afección que cuenta con más de 100 años de historia. Se clasifica como una enfermedad degenerativa progresiva del cerebro, caracterizada por la desorientación, pérdida de memoria, de atención y en consecuencia la disminución progresiva de la capacidad de raciocinio, es considera la primera causa de demencia en la vejez.

La identificación de esta dolencia data de noviembre de 1906, fue descrita por el neuropatólogo alemán Alois Alzheimer, quien presentó en una reunión de psiquiatría germánica el tema “una enfermedad de la corteza cerebral”. En 1910 producto de los estudios realizados se le identificó clínicamente como Alzheimer, la cual se denominó por los estudiosos del tema demencia presenil.

En la actualidad la Enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada mal de Alzheimer, o demencia senil de tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación¹. La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, pero no hay pruebas de que su origen esté en el proceso de envejecimiento.

Las lesiones características de esta enfermedad consisten en la formación de proteínas anómalas conocidas como placas seniles y degeneración neurofibrilar. Se ha logrado identificar la naturaleza de estas proteínas anómalas y la localización de los genes que producen la proteína precursora. La cuestión científica más importante que se plantea se centra en averiguar cuál es la causa de que determinados tipos de neuronas sean vulnerables y mueran.

No obstante lo anterior, no fue hasta la década de los setenta cuando la enfermedad empezó a cobrar interés. Durante la última década los científicos han avanzado notablemente en la comprensión de *potenciales ambientales, genéticos y otros factores de riesgo*, los procesos que conducen a la formación de placas y anillos en el cerebro, y las regiones del cerebro que se van afectando. Los hallazgos recientes señalan que un pequeño porcentaje de los casos de la enfermedad puede ser hereditario.

Los medicamentos actualmente en uso sólo tratan los síntomas, no la causa del trastorno, y sólo retardan la progresión de deterioro cognitivo. Hoy día se sabe que la degeneración neurofibrilar y las placas seniles son lesiones propias de la ancianidad y que la enfermedad de Alzheimer las comparte con otras alteraciones. Actualmente la mayor esperanza de vida o la disminución de la mortalidad han hecho que presente una alta prevalencia e incidencia.

Es conocido que las vitaminas del complejo B participan como cofactores en importantes reacciones del sistema nervioso (síntesis de neurotransmisores, síntesis de mielina, obtención de energía). Por ello su deficiencia clínica está implicada en desórdenes del cerebro relacionados con la función cognitiva. Así, la deficiencia de tiamina puede guiar al delirio agudo que aparece en el síndrome de Wernicke-Korsakoff (forma de amnesia que aparece en alcohólicos crónicos), la deficiencia de niacina está asociada con demencia, la deficiencia de folato con depresión y demencia reversible, la de B₁₂, con demencia reversible, la de ácido pantoténico con insomnio y la de vitamina B₆ con disfunción electrofisiológica, incluyendo convulsiones.^{3,4,5}

No se ha creado todavía una prueba definitiva para diagnosticar la Enfermedad de Alzheimer incluso en los pacientes que muestran señales de demencia ^{1,2}.

La actividad del cuidador, en este tipo de dolencia es fundamental, debido a la responsabilidad que tienen en evitar consecuencias de tipo humano, económico y social , producidas por acciones de los ancianos enfermos, justamente en esta misma línea de pensamiento, se reconoce la necesidad de que los profesionales vinculados con el tratamiento o cuidado de estos pacientes, se mantengan desde el punto de vista profesional y humano actualizados en los resultados que sobre esta enfermedad se socializan a nivel mundial e internacional, desde el punto de vista clínico y al tratamiento higiénico, dietético y medicamentoso, para así llevar a cabo un óptimo manejo de estos pacientes.

Este trabajo recoge el resultado de la profundización de lo antes expuesto, justamente con el propósito de mejorar el desempeño y la calidad en los servicios de enfermería, respondiendo a las exigencias del sistema nacional de salud.

El objetivo está dirigido a: profundizar en algunos aspectos sobre el manejo y toma de decisión del profesional de Enfermería en el cuidado de los pacientes con la enfermedad del Alzheimer.

Para darle respuesta al objetivo propuesto, el autor en la sistematización realizada, Identificará potenciales higiénico-dietéticos y otros factores de riesgo en el manejo de esta enfermedad, Justificará los principios éticos de Enfermería en la atención de estos pacientes así como la asociación entre el cuidador y el nivel de orientación y apoyo que este recibe.

DESARROLLO:

Los estudios que sobre el tema se han desarrollado, muestran recientemente dos anomalías significativas que se han observado en el cerebro de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer, *fibras retorcidas de células nerviosas* conocidas como enredos de neurofibrilariosy *una proteína pegajosa llamada beta amiloide* ⁶.

Los investigadores se están aproximando a la identificación de genes defectuosos responsables de la Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano, una forma poco común pero extremadamente agresiva de la enfermedad. La Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano es sumamente prominente en las personas con el síndrome de Down; casi todos los pacientes que heredan este trastorno desarrollan la Enfermedad de Alzheimer si llegan a vivir hasta los 40 años. Las mujeres menores de 35 años --pero no madres mayores-- que dan a luz a niños con el síndrome de Down también corren un riesgo mucho mayor de la Enfermedad de Alzheimer⁸. Algunos creen que mutaciones genéticas de tres proteínas críticas --proteína precursora beta amiloidea (beta-APP), S182 y STM2--emergerán como factores principales de la acumulación acelerada de beta amiloide y la Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano (8). Otra investigación ha indicado que los genes con mutaciones para las proteínas presinilin-1 (PS1) y presinilin-2 (PS2) son los probables sospechosos en este proceso. Se piensa que tales mutaciones hacen las células nerviosas más sensibles a la apoptosis (autodestrucción celular)¹⁰.

Los primeros síntomas de la Enfermedad de Alzheimer pueden pasarse por alto ya que se asemejan a las señales del envejecimiento natural. Estos síntomas incluyen olvido, pérdida de la concentración, pérdida de peso sin explicación y problemas motrices, incluyendo dificultades leves para caminar(4). En los individuos sanos, síntomas similares pueden ser resultado de fatiga, aflicción o depresión, enfermedad, pérdida de la visión o la audición, el uso de alcohol o ciertos medicamentos, o sencillamente la carga de tener demasiados detalles para recordar inmediatamente. Pero cuando la pérdida de la memoria empeora, la familia y los amigos perciben que existen problemas graves^{8,9}.

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

- a. Perdida de la capacidad de cuidarse a si mismo.
- b. - Ulceras por decúbito.
- c. - Contracturas musculares.
- d. - Fracturas-

- e. - Incremento de la frecuencia de infecciones.
- f. - Disminución de la expectativa de vida.
- g. - Abuso por parte del cuidador.
- h. - Efectos secundarios por los medicamentos⁷.

Principios éticos de la Enfermería en el tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Los derechos e intereses de los pacientes afectados de esta enfermedad, con frecuencia se mezclan y entran en conflicto con las necesidades de sus familiares o cuidadores^{10,15}. Como consecuencia del carácter progresivo y crónico de la demencia, la planificación de la futura incapacidad por parte del paciente y de la familia puede evitar muchos de los traumas y conflictos que pudieran surgir durante la larga evolución de la enfermedad. La planificación abarcará los siguientes aspectos¹⁰:

- Realizar las gestiones oportunas para asegurar que a la esposa o esposo y otros miembros de la familia no se les afecte la economía por los costos indirectos que genera la enfermedad.
- El paciente va a disponer, el mayor tiempo posible, de un control adecuado sobre su vida.
- Favorecer que la familia entienda y sobre todo, acepte la enfermedad. La larga evolución, cifrada en años, de la enfermedad hace que en las primeras etapas, el paciente pueda requerir asesoramiento y asistencia prioritaria en decisiones legales del tipo de incapacitación, actitudes terapéuticas y otros, con el fin de darle protección presente y futura. En las fases más avanzadas y terminales puede precisar básicamente, asistencia de tipo testamentaria¹⁰.

Después de analizados estos aspectos se tendría que analizar factores que afectan a los enfermos y familiares de estos pacientes, cabría comenzar por preguntar, **¿cómo respetar la autonomía en un paciente con la enfermedad de Alzheimer?** Aunque los pacientes pueden no tener capacidad funcional para manejar dinero o realizar acciones legales, pueden tener suficiente capacidad para tomar decisiones en relación con algunos aspectos terapéuticos⁷.

En el proceso de evolución de la enfermedad el paciente puede presentar pérdida de la autodeterminación, aunque no es completa, la persona puede perder la memoria; por ejemplo, si come o no y qué día es hoy, como consecuencia del deterioro cognoscitivo. Pero si el paciente manifiesta “tener hambre”, esta es una necesidad fisiológica y se debe respetar.

En este tipo de pacientes no se considera la competencia como un valor absoluto, cada caso o situación requiere un determinado análisis para determinar las habilidades específicas que pueden ser pertinentes y muy necesarias en unos casos y en otros no. Por ello, cuando se busquen datos clínicos respecto a una posible incompetencia debe hacerse siempre en una perspectiva determinada que viene dada por el contexto en el que se encuentra el paciente.

En las primeras fases evolutivas los pacientes son todavía capaces de tomar decisiones médicas. Es posible que no conozcan el día en que se encuentran, pero sí son capaces de conocer el riesgo o beneficio de un tratamiento y en consecuencia pueden dar o no dar su consentimiento⁴.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad particularmente devastadora, ya que la familia del paciente por lo general deberá resistir dos pérdidas diferentes, en *primer lugar*, la desaparición de la personalidad que ellos conocen y, finalmente, la muerte de la persona. La pena se experimenta dos veces. Nadie deberá resistir tal agonía solo. Pocas enfermedades afectan tanto a un paciente y a su familia, o por un período de tiempo tan largo como la Enfermedad de Alzheimer (9). Tratar con los pacientes de la Enfermedad de Alzheimer durante todo el curso de la enfermedad es agotador. No ha terminado el prestador de asistencia de lidiar con un grupo de problemas cuando el empeoramiento del paciente crea problemas nuevos y más intratables. A menudo, los mismos prestadores de asistencia empiezan a mostrar señales de trastorno mental o mala salud. La depresión, empatía, agotamiento, culpa y la ira pueden crear caos para el individuo normalmente sano enfrentado con la atención de un ser querido que sufre de la Enfermedad de Alzheimer.

Estas situaciones a menudo sensibilizan a los miembros más jóvenes de las familias, producto de la interacción familiar generacional, acerca de la necesidad de cuidar al padre sano así como al padre afectado por la Enfermedad de Alzheimer. Esto se hace evidente en situaciones donde la relación entre los conyuges crea dependencia, en particular si en el matrimonio el cónyuge sano dependía en exceso del otro (9). Varios libros y folletos parecen asumir la posesión de una salud mental y fuerza física casi sobrehumanas por parte de los prestadores de asistencia. El cónyuge que administra atención es por lo general anciano, a menudo frágil. Los hijos tienden a ser adultos y vivir lejos. Aunque un 96% de los prestadores de asistencia entrevistados en una encuesta recalcan la necesidad de ayuda, sólo el 2% de las familias afectadas por la Enfermedad de Alzheimer reciben servicios de apoyo ajenos a la familia⁸.

Los estudios están encontrando que los miembros de la familia que reciben orientación y apoyo pueden mantener al paciente en el hogar por mucho más tiempo que los prestadores de asistencia que no reciben este apoyo⁹.

En este tipo de situación llega el momento que el prestador de asistencia más dedicado probablemente necesite institucionalizar al paciente con la Enfermedad de Alzheimer. Ese momento se determinará no sólo por la resistencia emocional del prestador de asistencia, sino también por su fuerza y vigor físico, ya que un adulto con la Enfermedad de Alzheimer típicamente adopta el comportamiento impredecible y no disciplinado de un niño pequeño.

Doce pasos para los prestadores de asistencia:

- Aunque no puedo controlar el proceso de la enfermedad, necesito recordar que puedo controlar muchos aspectos de cómo afecta a mi pariente.
- Necesito cuidarme a mí mismo para que pueda seguir haciendo las cosas que son importantes.
- Necesito simplificar mi modo de vida para que mi tiempo y energía estén disponibles para las cosas que son realmente importantes en este momento.

- Necesito cultivar el don de dejarles a los demás que me ayuden ya que el cuidado de mi pariente es un trabajo muy arduo para ser llevado a cabo por una sola persona.
- Necesito estructurar mi día ya que un horario consistente nos facilitará la vida a mí y a mi pariente.
- Necesito tener un buen sentido del humor ya que la risa ayuda a poner las cosas en una perspectiva más positiva.
- Necesito recordar que mi pariente no está siendo difícil a propósito; lo que pasa es que su comportamiento y emociones son distorsionados por la enfermedad.
- Necesito depender cada vez más de otras relaciones donde pueda encontrar amor y apoyo.
- Necesito con frecuencia recordarme a mí mismo que estoy haciendo lo mejor que puedo en este preciso momento.

En la vida hay muchos acontecimientos que trastocan toda la dinámica familiar, uno de ellos y que nadie espera es que le comuniquen que una persona cercana y significativa tiene el mal de Alzheimer. Esta situación es cada vez más concurrente en la sociedad cubana debido al progresivo envejecimiento de la población, esto trae aparejado una mayor frecuencia de diagnósticos que responden a enfermedades propias de la vejez, entre las cuales se destacan las demencias seniles y la enfermedad de Alzheimer como parte de ellas. Analizando que es una enfermedad que afecta directamente el núcleo familiar y se extiende un poco más allá de él, es necesario comprender una serie de mecanismos para enfrentar cada una de las etapas por la que transcurre la enfermedad como parte de la cultura para tratar a estos individuos.

Como parte de la higiene mental que debe saber utilizar el familiar o cuidador de este tipo de paciente, es buscar un espacio propio, un tiempo extraído del cuidado del enfermo para dedicarlo a la higiene mental y a los demás miembros de la familia; cuando se logra este equilibrio el cuidado será mucho más cariñoso y sosegado previniendo los momentos de nerviosismo y fatalismo, que repercuten directamente en la calidad de vida

del enfermo, del cuidador y del resto de la familia. De ahí la importancia de ofrecer la información básica, natural y cultural necesaria en relación con este tipo de pacientes, que también recaban mucho amor y cariño tanto de la familia como de toda la comunidad¹⁰.

Es conocido que los familiares y cuidadores, que no disponen de una atención orientadora sobre la utilización de su tiempo, por lo general se degenera su calidad de vida y con ella las relaciones interpersonales y familiares, repercutiendo entre otros factores del orden socio económico en ese núcleo familiar, de ahí que es primordial la atención educativa a familiares, cuidadores y paciente con miras a garantizar la calidad del cuidado y la calidad de vida de los implicados.

CONCLUSIONES

- La labor del personal de enfermería es fundamental en la valoración del estado de deterioro que sufren los pacientes aquejados con esta enfermedad, sobre el fundamento de que la competencia es un hecho legal, mientras que la capacidad es una valoración de enfermería: para cada necesidad afectada en dependencia del nivel de afectación.
- Se confirma que el profesional de enfermería debe hacer una valoración de la capacidad de decisión en los pacientes ancianos diariamente, mediante el Proceso de Atención de Enfermería. Debe recordarse que Los estudios demuestran que los miembros de la familia que reciben orientación y apoyo pueden brindarle una atención más especializada al enfermo minimizando los factores de riesgos socio económicos y mejorando las relaciones interpersonales y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1-Aisen PS, Schneider LS, Sano M, Diaz-Arrastia R, van Dyck CH, et al. High-dose B vitamin supplementation and cognitive decline in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;300:1774-1783.

2-DeKosky ST, Williamson JD, Fitzpatrick AL, Kronmal RA, Ives DG, Saxton JA, et al. Ginkgo biloba for prevention of dementia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;300:2253-2262.

3-Burns A, Iliffe S. Alzheimer's disease. *BMJ*. 2009;338:b158.doi:10.1136/bmj.b158.

4-Rapp MA, Reischies FM (2005). «Attention and executive control predict Alzheimer disease in late life: results from the Berlin Aging Study (BASE)» *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 13. n.º 2. pp. 134–141

5 Twamley EW, Ropacki SA, Bondi «Neuropsychological and neuroimaging changes in preclinical Alzheimer's MW (September de 2006). disease» *J IntNeuropsychol Soc*. Vol. 12. n.º 5. pp. 707–35.

6 -Palmer K, Berger AK, Monastero R, Winblad B, Bäckman L, Fratiglioni L (2007). «Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease» *Neurology*. Vol. 68. n.º 19. pp. 1596–1602.

8-De la Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer. La Circunvalación del hipocampo, mayo 2008.

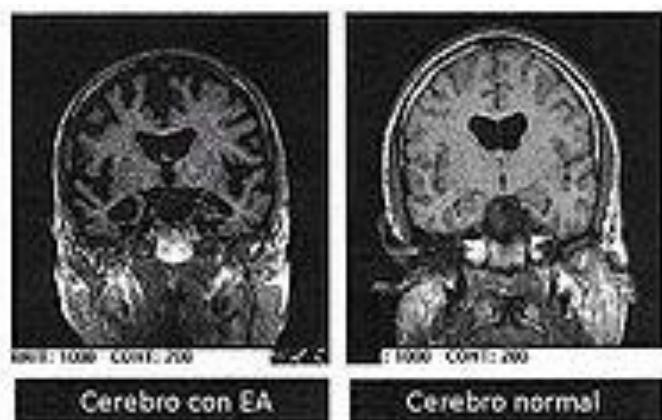
9 -Boothby LA, Doering PL (2005). «Vitamin C and vitamin E for Alzheimer's disease» *Ann Pharmacother*. Vol. 39. n.º 12. pp. 2073–80.

10-Petersen RC (February de 2007). «The current status of mild cognitive impairment--what do we tell our patients?» *Nat Clin Pract Neurol*. Vol. 3. n.º 2. pp. 60–1.

11.-Cirión Martínez Gladys.Herrera Pérez Miguel A. Anatomía Patológica. Temas para Enfermería. Editorial ECIMED 2005, Ciudad de la Habana.

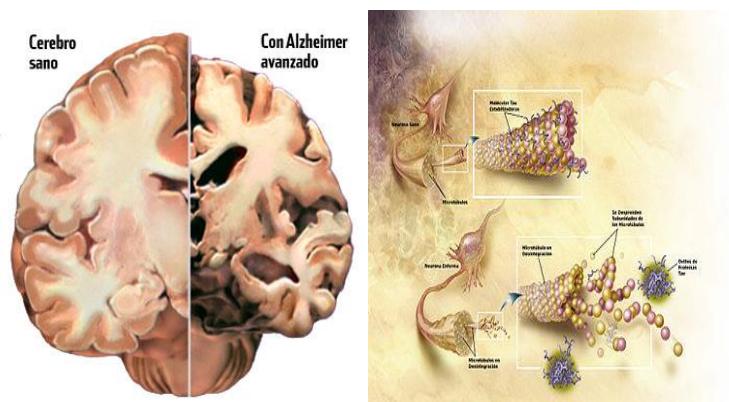
ANEXO 1.

Figura 1.Imagen comparativa del cerebro normal y con Alzheimer.



Fuente; Anatomía Patológica. Temas para Enfermería.

Figura 2



En la enfermedad de Alzheimer, los cambios en la proteína tau producen la desintegración de los microtúbulos en las células cerebrales.

Fuente; .Anatomía Patológica. Temas para Enfermería.

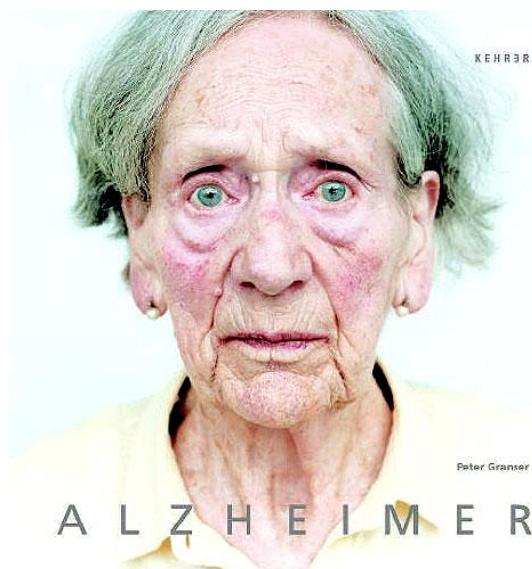
Figura 3.



El paciente con Alzheimer no muere por la enfermedad, sino por infecciones secundarias como una úlcera de decúbito, lesiones que se producen cuando una persona permanece en una sola posición por mucho tiempo.

Fuente: Cortesía Sala de Medicina Avelino I HDCQ 10 de Octubre.

Figura 7.



Rostro de una persona con Alzheimer

Fuente; Anatomía Patológica. Temas para Enfermería.