

CURSO BÁSICO CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

INDICE

1. Conceptos generales	pag.1
2 Fases de la enfermedad	pag.6
2.1 Primera fase	pag.8
2.2 Segunda fase	pag.9
2.3 Tercera fase	pag.10
3. Progresión	pag.11
4. Tratamiento	pag.14
5. Cuidados cotidianos	pag.17
5.1 Organización del dormitorio	pag.19
5.2 Ropa	pag.19
5.3 Baño	pag.20
5.4 Higiene corporal	pag.21
6. Impacto en la unidad familiar	pag.34

1.- CONCEPTOS GENERALES

La enfermedad de Alzheimer es una afección progresiva, con una pérdida inexorable de la función mental, caracterizada por la degeneración del tejido cerebral, la acumulación de una proteína anómala denominada beta-amiloide y el desarrollo de ovillos (marañas) neurofibrilares.

El olvido de acontecimientos recientes es un signo precoz, seguido de confusión creciente, deterioro de otras funciones cognitivas y problemas para usar y comprender el lenguaje y realizar las actividades cotidianas.



Los síntomas avanzan de manera que la persona no es capaz de valerse por sí mismo y se vuelve totalmente dependiente de los demás. El diagnóstico se basa en los síntomas y en los resultados de una exploración física, pruebas del estado mental, análisis de sangre y pruebas de diagnóstico por la imagen. El tratamiento engloba estrategias para prolongar tanto como sea posible el funcionamiento personal, e incluye fármacos para retrasar la progresión de la enfermedad. No se puede predecir la esperanza de vida, pero la muerte se produce, por término medio, unos 7 años después del diagnóstico de la enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia, que es un declive lento y progresivo de la funcionalidad mental, incluida la memoria, el pensamiento, el juicio y la capacidad para aprender. En el 60 al 80% de las personas mayores con demencia, la enfermedad de Alzheimer es la causa.

Es muy poco frecuente por debajo de los 65 años, y se vuelve más habitual a medida que se envejece. En Estados Unidos se estima que el 10% de la población de 65 años o más sufre enfermedad de Alzheimer. El porcentaje de personas con enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad:

Entre 65 y 74 años: 3%

Entre 75 y 84 años: 17%

De 85 y más: 32%

La enfermedad de Alzheimer afecta más a las mujeres que a los hombres, en parte porque las mujeres viven más años. Se espera que el número de personas con enfermedad de Alzheimer aumente a medida que crece la proporción de ancianos.

Causas

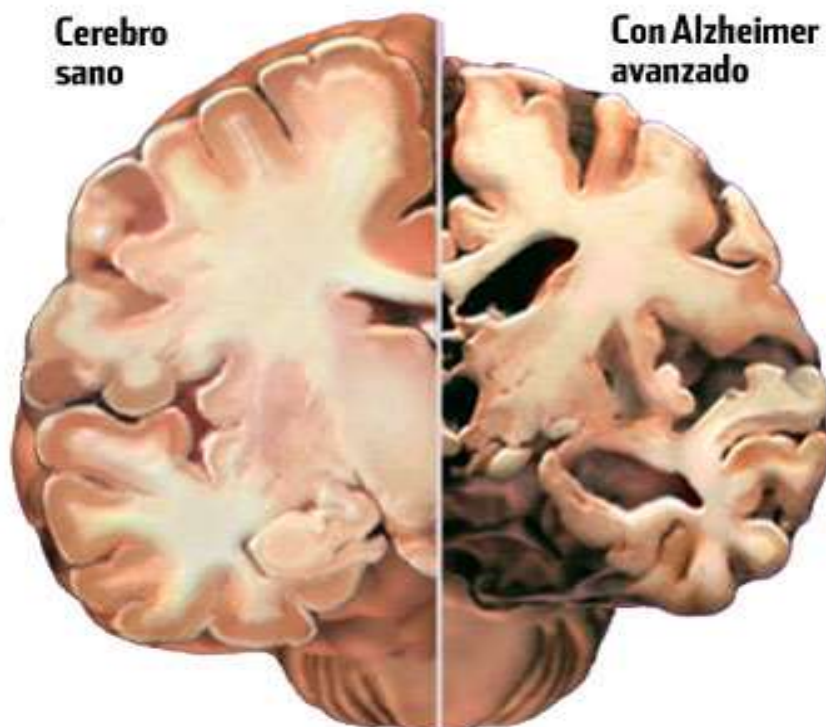
Se desconoce la causa de la enfermedad de Alzheimer, pero los factores genéticos desempeñan un papel importante: entre el 5 y el 15% de los casos son hereditarios. Intervienen varias anomalías en unos genes específicos. Algunas de estas anomalías son heredadas aunque solo uno de los progenitores tenga el gen anómalo. Esto pasa si el gen anómalo es dominante. Un progenitor afectado tiene un 50% de probabilidad de transmitir el gen anómalo a cada descendiente. Aproximadamente la mitad la descendencia desarrolla la enfermedad de Alzheimer antes de los 65 años de edad. Una anomalía genética afecta a la apolipoproteína E (apo E), la fracción proteica de ciertas lipoproteínas que transportan el colesterol en la sangre.

Alteraciones cerebrales

En la enfermedad de Alzheimer se degeneran partes del cerebro, se destruyen células nerviosas y se reduce la respuesta de las restantes a los transmisores químicos que transmiten señales entre las neuronas en el cerebro (neurotransmisores). El nivel de acetilcolina (un neurotransmisor implicado en la memoria, el aprendizaje y la concentración) es bajo.

La enfermedad de Alzheimer provoca la aparición de las siguientes anomalías en el tejido cerebral:

- Depósitos de beta-amiloide: acumulación de beta-amiloide (proteína anormal insoluble), que se forma porque las células no pueden procesarla y retirarla
- Placas seniles o neuríticas: grupos de células nerviosas muertas alrededor de un núcleo de beta-amiloide
- Ovillos neurofibrilares: filamentos torcidos de proteínas insolubles en las células nerviosas
- Niveles elevados de tau: proteína anómala, un componente de los ovillos neurofibrilares y de los beta-amiloides.



Estas anomalías aparecen en cierto grado al envejecer, pero son mucho más numerosas entre los afectados por la enfermedad de Alzheimer. No se está seguro de la causa de la enfermedad de Alzheimer, si es provocada por las anomalías en el tejido cerebral o si es el resultado de algún otro problema, que también puede causar la demencia y las anomalías en el tejido cerebral.

Los investigadores también han descubierto que las proteínas anómalas de la enfermedad de Alzheimer (beta-amiloide y tau) se parecen a las proteínas anómalas de las enfermedades por priones. Es decir, estas proteínas están mal plegadas y provocan que otras proteínas se plieguen inadecuadamente, haciendo que la enfermedad progrese.

Síntomas

La enfermedad de Alzheimer causa muchos síntomas similares a los de otros tipos de demencias, como las siguientes:

- Pérdida de memoria
- Problemas para usar el lenguaje
- Cambios de personalidad
- Desorientación
- Problemas para llevar a cabo las tareas cotidianas
- Comportamiento conflictivo o inapropiado

Sin embargo, la enfermedad de Alzheimer también difiere de otras demencias. Por ejemplo, la memoria reciente suele verse afectada mucho más que otras funciones intelectuales. Aunque el momento de aparición de los síntomas es variable, su clasificación en tempranos, intermedios o tardíos ayuda a los afectados, familiares y cuidadores a precisar un poco mejor sus expectativas. En la enfermedad de Alzheimer, los cambios de personalidad y la conducta conflictiva (trastornos de conducta) pueden desarrollarse de manera temprana o tardía. Y sus fases se dividen en fase leve, moderada y grave

2.- FASES DE LA ENFERMEDAD

Etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer

Los síntomas se desarrollan gradualmente, así que durante un tiempo se continúa disfrutando de lo que se solía disfrutar antes de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Los síntomas suelen aparecer sutilmente. Si la enfermedad aparece antes de la jubilación, es posible que no se trabaje tan bien como antes. En los jubilados y las personas poco activas, los trastornos a veces pasan desapercibidos. El primer síntoma y el más notable puede ser olvidar acontecimientos recientes, ya que es difícil la formación de nuevos recuerdos.

A veces, cambios en la personalidad (la persona puede parecer insensible emocionalmente, deprimida o más miedosa o ansiosa de lo habitual) Al principio de la enfermedad se pierden el sentido común y el pensamiento abstracto. Los patrones del habla cambian ligeramente. Se usan palabras simples, una palabra general o muchas palabras en vez de una específica, o se usan incorrectamente. A veces se es incapaz de encontrar la palabra adecuada.



También se tienen dificultades para interpretar pistas visuales y auditivas, por lo que estas personas se pueden desorientar y confundir. La desorientación dificulta la conducción de vehículos. Se extravían en itinerarios habituales, por ejemplo al ir a la compra. Se es capaz de mantener vida social, pero se produce un comportamiento extraño. Por ejemplo, se olvida el nombre de una visita reciente, y las emociones cambian de manera rápida e impredecible.

Muchos afectados por la enfermedad de Alzheimer padecen insomnio frecuente. Tienen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormidos. Se confunden el día y la noche. En algún momento, muchos de los afectados de Alzheimer desarrollan psicosis (alucinaciones, delirios o paranoia).

Enfermedad de Alzheimer tardía

A medida que progresa la enfermedad de Alzheimer, aumenta la dificultad para recordar los acontecimientos del pasado. Empiezan a olvidar los nombres de amigos y parientes. Se necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse e ir al baño. Se pierde todo el sentido del tiempo y del espacio: los afectados se pierden incluso al ir al baño en su propia casa. Su creciente confusión los hace más propensos a las caídas y la deambulación.

Son frecuentes los comportamientos conflictivos o inapropiados, como deambulación, agitación, irritabilidad, hostilidad y agresividad física. Finalmente, los afectados por la enfermedad de Alzheimer no pueden andar ni atender sus necesidades personales. Se vuelven incontinentes e incapaces de tragar, comer o hablar. Estos cambios favorecen la desnutrición, la neumonía y las úlceras por presión (úlceras de decúbito). Se pierde totalmente la memoria. En última instancia se producen el coma y la muerte, a menudo por infecciones.

2.1 Primera Fase del Alzheimer: Fase Leve

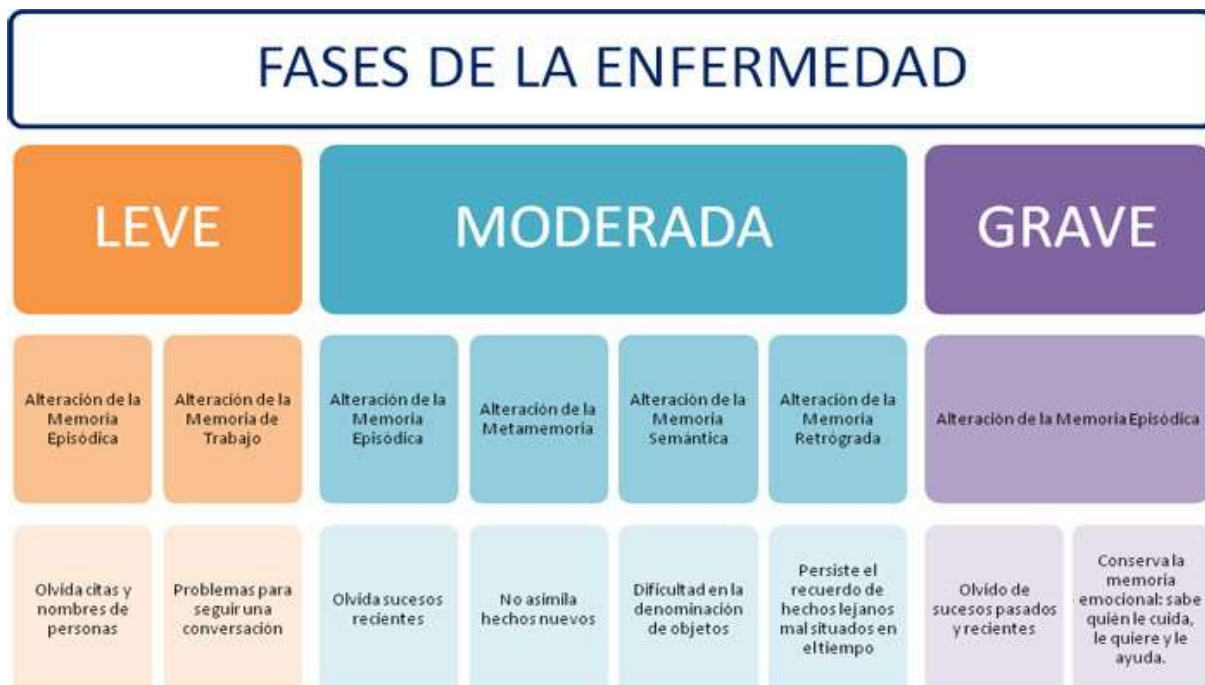
Ésta primera etapa tiene una duración aproximada de 3 años y en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria episódica, especialmente. La persona olvida eventos recientes, no importa que hayan pasado 10, 15 o 20 minutos de un hecho determinado. Puede no recordar que ya comió u olvidar la conversación que tuvo con su hijo minutos antes. Asimismo, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio se ve afectada.



En la persona empieza a surgir una típica desorientación de lo que lo rodea, no reconociendo bien el lugar donde está. Así, es muy común que la persona no recuerde cómo llegar a las tiendas que siempre ha frecuentado, saber dónde está el banco, al que siempre ha ido; qué dirección tomar para ir a la iglesia, a la que asiste todos los domingos; o bien, qué camino tomar para regresar y llegar de vuelta a casa. Otros ejemplos son el no recordar la fecha, ni el día ni el mes en que vive, no saber la hora que es o creer que, aunque es de mañana, para él ya es de noche o viceversa.

Del mismo modo surgen otros detalles como son una disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Junto a ello, a la persona se le comienza a notar inquieta, mostrando agitación y ansiedad. Estos últimos síntomas, es muy común que ocurran al atardecer o durante la noche. Por otra parte, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción son conservadas.

El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal. La percepción de su medio ambiente se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio.



2.2 Segunda Fase del Alzheimer: Fase Moderada

En esta segunda etapa, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estadio tiene una duración aproximada de 3 años, durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención. Comienzan a surgir problemas de lenguaje (afasia), funciones aprendidas (apraxia) y reconocimiento (agnosia).

Por afasia se entiende dificultad en el lenguaje. A la persona le cuesta trabajo hablar, expresarse y darse a entender. Dice unas palabras por otras, La apraxia se refiere a las dificultades que presenta para llevar a cabo funciones aprendidas. La persona no puede ni sabe cómo vestirse, no sabe utilizar los cubiertos, etc. La agnosia consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive. Y, aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento), sus desaciertos son cada vez más frecuentes.

Por otra parte, se torna descuidado en su higiene personal. Ya no se arregla como antes, la pulcritud que todos admiraban; se le nota sucio y descuidado, les da por no quererse bañar o decir que ya lo hicieron, enojándose cuando se les recrimina. Aparecen algunos rasgos de tipo psicótico. Imagina que ve

gente la cual no existe, escucha ruidos que nadie oye o piensa y cree firmemente que alguien va a llegar por él. Empieza a preguntar por personas que ya murieron (su papá, su mamá, su hermano) y todas estas imágenes que pasan por su mente, realmente le inquietan. Asimismo, el embotamiento o represión de emociones, aunadas a una apatía cada vez mayor, empiezan a hacerse cada vez más evidentes.

La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreo pierden totalmente su valor, mostrándose aburrido, flojo, apático o somnoliento. La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. La persona empieza a hacer acciones repetitivas rayando en lo obsesivo. Vagabundea, recorre la casa por todas partes, ordena la ropa o los papeles varias veces al día, su mirada cambia. En esta etapa, resulta obvio que la capacidad para el pensamiento abstracto y la habilidad para llevar a cabo operaciones de cálculo desaparecen por completo. No pueden realizar las más sencillas operaciones, aunque sí, tal vez, recitar de memoria las tablas de multiplicar.

2.3 Tercera Fase del Alzheimer: Fase Grave

En esta tercera y última etapa, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y crisis epilépticas. El paciente de Alzheimer no reconoce a sus familiares e incluso puede no reconocer su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, cambia en gran medida. Se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor. Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos la persona termina encamada, con alimentación asistida.

Trastornos del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer

Como son menos capaces de controlar su comportamiento, a veces actúan de forma inadecuada o perjudicial (por ejemplo, gritando, arrojando objetos, pegando o vagando sin rumbo). Estas acciones se denominan trastornos del comportamiento. Hay diversos efectos de la enfermedad de Alzheimer que contribuyen a estos comportamientos:

Dado que se han olvidado las reglas de comportamiento, se actúa de manera socialmente inapropiada. Si tienen calor, se desnudan en público. Usan un lenguaje soez u obsceno, o formulan demandas sexuales. Como las personas afectadas de Alzheimer tienen dificultad para comprender lo que oyen y ven, malinterpretan ofrecimientos de ayuda como amenazas y responden violentamente. Por

ejemplo, cuando alguien quiere ayudarles a desvestirse, lo interpretan como un ataque e intentan protegerse, a veces agrediendo a los ayudantes.

Dado que se tienen problemas de memoria a corto plazo, no se recuerda lo dicho ni hecho. Se repiten las preguntas y las conversaciones, se solicita atención constante o se piden cosas (como comidas) que ya se han recibido. Se ponen nerviosos y se disgustan cuando no obtienen lo que piden. Como no pueden expresar las necesidades con claridad o de ningún modo, gritan si sienten dolor o deambulan en momentos de soledad o miedo.

El hecho de que un comportamiento concreto se considere conflictivo depende de muchos factores, entre los que se encuentran la tolerancia del cuidador y el tipo de situación en la que vive la persona afectada de Alzheimer. Cuando una persona afectada de enfermedad de Alzheimer no puede dormir, deambula, chilla o grita.

3.- Progresión de la enfermedad de Alzheimer

El progreso de la enfermedad es impredecible. La supervivencia media desde el momento del diagnóstico es de 7 años. La mayoría de las personas que ya no caminan no viven más de 6 meses. Sin embargo, las expectativas de vida varían ampliamente entre los casos.

- Diagnóstico
- Evaluación médica
- Pruebas del estado mental
- Por lo general, análisis de sangre y pruebas de diagnóstico por la imagen para descartar otras causas
- El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer es similar al de otras demencias.

Los médicos deben determinar si una persona sufre demencia y, en caso afirmativo, si la demencia es la enfermedad de Alzheimer.

Por lo general se basa en:

- Los síntomas, que se identifican mediante preguntas al afectado y sus familiares u otros cuidadores
- Los resultados de una exploración física
- Los resultados de una prueba sobre el estado mental
- Los resultados de pruebas complementarias, como análisis de sangre, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN)

Diagnóstico de la demencia

Las pruebas del estado mental, que consisten en preguntas y tareas sencillas, ayudan a los médicos a determinar si la persona afectada sufre demencia. A veces se necesita un examen más detallado (examen neuropsicológico).

Este examen cubre todas las funciones mentales principales, incluido el estado de ánimo, y su realización lleva de 1 a 3 horas. Dicho examen ayuda a distinguir la demencia de otras enfermedades que pueden provocar síntomas similares, como la pérdida de memoria asociada a la edad, el deterioro cognitivo leve y la depresión.



La información obtenida con las fuentes anteriores suele ayudar al médico a descartar el delirio como causa de los síntomas. Esto es esencial, porque el delirio, a diferencia de la demencia, a menudo se puede revertir si se trata con prontitud. Las diferencias entre ambos trastornos son las siguientes:

1. La demencia afecta principalmente a la memoria, mientras que el delirio afecta principalmente a la capacidad de prestar atención.
2. La demencia por lo general comienza poco a poco y no tiene ningún punto de comienzo definido. El delirio comienza de repente y a menudo tiene un momento de inicio definido.

Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

Se sospecha la enfermedad de Alzheimer cuando se cumple lo siguiente:

- Se ha confirmado el diagnóstico de demencia.
- Por regla general, el síntoma más evidente, en especial al principio, es olvidarse de acontecimientos recientes o no ser capaz de formar nuevos recuerdos.
- La memoria y otras funciones intelectuales se han deteriorado gradualmente y siguen deteriorándose.
- La demencia se inició después de los 40 años de edad y por lo general después de los 65 años de edad.

Algunos síntomas pueden ayudar a los médicos a distinguir la enfermedad de Alzheimer de otras demencias. Por ejemplo, las alucinaciones visuales (ver cosas o personas que no están allí) son más frecuentes y ocurren en una fase más temprana en la demencia con cuerpos de Lewy que en la enfermedad de Alzheimer. Además, las personas con enfermedad de Alzheimer se cuidan mejor y tienen una apariencia más pulcra que las personas con otros tipos de demencia.

La información de las pruebas complementarias ayuda a los médicos a confirmar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y a descartar otros tipos y causas de demencia.

El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido mediante una punción lumbar y la tomografía por emisión de positrones (PET) se pueden utilizar para ayudar a diagnosticar la enfermedad de Alzheimer. Si el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) detecta un nivel bajo de beta-amiloide y si las imágenes de PET muestran depósitos de amiloide en el cerebro, lo más probable es que se diagnostique enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, de momento, estas pruebas no están disponibles de forma rutinaria.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer solo puede confirmarse extirpando una muestra de tejido cerebral (después de la muerte, durante la autopsia) para examinarla al microscopio. Entonces se hacen evidentes la pérdida característica de neuronas, los ovillos neurofibrilares y las placas seniles con beta-amiloide en el cerebro, sobre todo en el área del lóbulo temporal encargada de la formación de nuevos recuerdos.

Prevención

Algunos estudios sugieren ciertas medidas que ayudan a prevenir la enfermedad de Alzheimer:

Controlar los niveles de colesterol: existen indicios que sugieren que los niveles elevados de colesterol están relacionados con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Por lo tanto, es posible beneficiarse de una dieta baja en grasas saturadas y, si es necesario, fármacos para reducir el colesterol y otras grasas (como las estatinas).

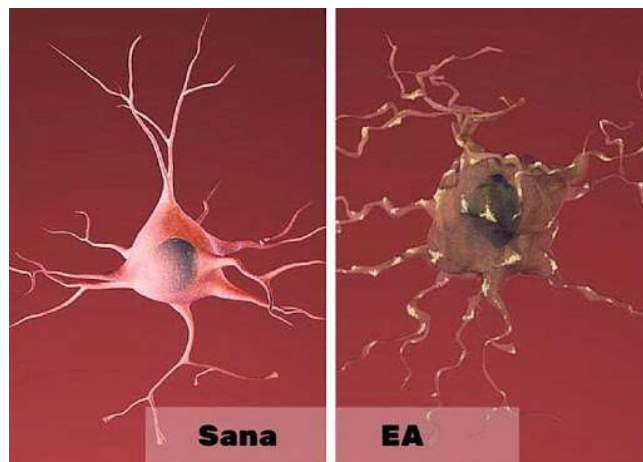
Controlar la hipertensión arterial: la hipertensión arterial daña los vasos sanguíneos que llevan la sangre al cerebro y reduce así el suministro de oxígeno al cerebro, lo que afecta posiblemente a las conexiones entre neuronas.

Realizar ejercicio: realizar ejercicio ayuda al corazón a funcionar mejor y, por razones poco conocidas, ayuda al cerebro a funcionar mejor. **Mantenerse mentalmente activo:** se anima a continuar haciendo actividades que supongan un reto para la mente, como aprender nuevas habilidades, hacer crucigramas y leer el periódico. Estas actividades estimulan el crecimiento de nuevas conexiones (sinapsis) entre neuronas y, por lo tanto, contribuyen a retrasar la demencia.

Consumir alcohol en cantidades moderadas: en cantidades moderadas (no más de tres bebidas al día), el alcohol ayuda a reducir el colesterol y a mantener el flujo de sangre. El alcohol incluso ayuda al pensamiento y a la memoria al estimular la liberación de acetilcolina y causar otros cambios en las neuronas del cerebro. Sin embargo, no hay pruebas convincentes de que los que no beben alcohol deban empezar a hacerlo para prevenir la enfermedad de Alzheimer. Tras la aparición de la demencia, se recomienda no tomar alcohol, ya que puede hacer que empeoren los síntomas de la demencia.

4.- Tratamiento

- Medidas de seguridad y de apoyo
- Medicamentos que mejoran la función mental
- El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer incluye medidas generales para proporcionar seguridad y apoyo, como en todas las demencias. Además, ciertos fármacos pueden ser beneficiosos temporalmente. La persona afectada por la enfermedad de Alzheimer, los familiares, otros cuidadores y los profesionales de la salud implicados deberían reunirse y decidir sobre la mejor estrategia para cada persona.
- Se trata el dolor y cualquier otro trastorno o problema de salud (como infecciones de las vías urinarias o estreñimiento). Este tratamiento ayudará a mantener la funcionalidad de las personas con demencia.
- Medidas de seguridad y de apoyo



La creación de un ambiente seguro y de apoyo puede ser muy beneficiosa. En general, el ambiente debe ser luminoso, agradable, seguro y estable, además de estar diseñado para facilitar la orientación. Es beneficioso que haya algo de estimulación, como un aparato de radio o un televisor, pero se debe evitar una estimulación excesiva. La organización y la rutina ayudan a las personas con enfermedad de Alzheimer a mantenerse orientadas y les aportan sensación de seguridad y estabilidad.

Debe explicarse de manera clara y simple cualquier cambio en el entorno, rutina o cuidadores. La repetición de una única rutina diaria para tareas como bañarse, comer o dormir ayuda a las personas con enfermedad de Alzheimer a recordar. Una rutina regular a la hora de acostarse también ayuda a dormir mejor. Las actividades programadas siguiendo una base regular favorecen la sensación de independencia y utilidad, al concentrar la atención en tareas agradables o provechosas. Entre estas actividades se deben incluir actividades físicas y mentales. Las actividades deben dividirse en partes más pequeñas o simples a medida que empeora la demencia.

Creación de un ambiente beneficioso para las personas con demencia

Los que sufren demencia pueden beneficiarse de un entorno que reúna las siguientes condiciones:

Seguridad: suelen ser necesarias medidas de seguridad extraordinarias. Por ejemplo, se ponen grandes carteles como recordatorios de seguridad (por ejemplo, «acuértese de apagar el horno») o se instalan temporizadores en la cocina o en los equipos eléctricos. Esconder las llaves del automóvil ayuda a evitar accidentes y colocar detectores en las puertas evita salidas de casa inesperadas. Si existe tal riesgo, es conveniente colocar a la persona una pulsera o un collar identificativo.

Familiaridad: los que sufren demencia suelen funcionar mejor en un entorno familiar. Les es perjudicial mudarse a una casa o a una ciudad nueva, cambiar la distribución de los muebles o incluso pintar la casa.

Estabilidad: establecer una rutina regular para bañarse, comer, dormir y otras actividades proporciona a los que sufren demencia una sensación de estabilidad. El contacto regular con las mismas personas también es beneficioso.

De fácil orientación: un calendario grande, un reloj con números grandes, una radio, una buena iluminación de las habitaciones y una lámpara de noche son útiles para facilitar la orientación. Además, los familiares o los cuidadores han de realizar comentarios frecuentes para recordar a los que sufren demencia dónde se encuentran y qué está sucediendo.

Fármacos o sustancias

Los inhibidores de la colinesterasa, como el donepezilo, la galantamina y la rivastigmina, aumentan el nivel del neurotransmisor acetilcolina en el cerebro. Este nivel puede ser bajo en las personas con enfermedad de Alzheimer. Estos fármacos mejoran temporalmente la funcionalidad mental, incluida la memoria, pero no retrasan la progresión de la enfermedad. Solo algunas personas con enfermedad de Alzheimer se benefician del tratamiento con estos fármacos. En estos casos, los fármacos pueden hacer que la enfermedad retroceda de manera efectiva de 6 a 9 meses. Estos medicamentos son más eficaces en personas con enfermedad de leve a moderada. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómitos, pérdida de peso y dolor o calambres abdominales.

La administración de memantina parece retrasar la progresión de la enfermedad de Alzheimer, y este fármaco puede utilizarse con un inhibidor de la colinesterasa. Se continúan estudiando los fármacos que previenen o retrasan la progresión de la enfermedad, por ejemplo sustancias que reducen la cantidad de amiloide depositado.

Se están estudiando la terapia estrogénica para las mujeres, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE, como ibuprofeno o naproxeno). No obstante, ninguno ha demostrado una eficacia constante. Por otra parte, los estrógenos parecen ser más perjudiciales que beneficiosos. La vitamina E es un antioxidante que en teoría puede ayudar a proteger las neuronas del daño o hacer que funcionen mejor, pero su utilidad aún no está clara. Antes de utilizar cualquier suplemento dietético, deben evaluarse con el médico los riesgos y beneficios.

5.- Cuidados cotidianos del paciente

Entre las actividades esenciales que mejoran el curso de la enfermedad y la adaptación del entorno se encuentran una serie de consejos útiles.

Organizar el espacio vital de casa

1. Gradualmente, habitación a habitación, problema a problema. No tratar de resolver todo al mismo tiempo.
2. Evitar transformaciones bruscas que puedan acrecentar el sentimiento de inseguridad del enfermo.
3. Evitar caídas.
4. Es recomendable quitar o fijar al suelo alfombras y felpudos, especialmente en el cuarto de baño y dormitorio.
5. Acortar los cables eléctricos para que no arrastren por el suelo.
6. Eliminar los muebles con picos sobresalientes o con cristales (acolche los salientes).
7. Cambiar las sillas inseguras o aquellas de las que sea difícil levantarse.
8. Quitar los obstáculos u objetos que puedan dificultar el paso en los pasillos o lugares estrechos.
9. Si tiene escaleras, fije bandas antideslizantes sobre el borde.
10. Es recomendable poner una barrera al principio y al final de la escalera para impedir el paso.
11. Asegurarse de que las habitaciones tengan buena iluminación durante el día y estén equipadas con alguna lámpara durante la noche.
12. Evitar accidentes.
13. Guardar bajo llave los electrodomésticos (batidora, afilador, cortacésped), cerillas, encendedores, armas de fuego, llaves de automóvil, productos tóxicos (lejía, medicamentos...).
14. Quitar los cerrojos interiores para evitar que la persona pueda encerrarse. Las puertas que dan al exterior y las ventanas deberán estar provistas de un dispositivo de seguridad que impida abrirlos sin ayuda.
15. No coger pequeños objetos (agujas, botones...) que pueda tragar.
16. Los radiadores deberán estar provistos de una rejilla de protección.

17. Regular el calentador del agua para evitar posibles quemaduras.
18. Vigilar los sitios particularmente peligrosos, como terrazas, bordes de piscina, coche.
19. Prevenir a los vecinos del estado de su familiar para que puedan ayudarlo.
20. Poner una pulsera o una medalla donde figure su nombre, dirección y teléfono.
21. Tener a mano una foto reciente que pueda ser difundida en caso de pérdida.

Los cuidadores deben cuidarse

Cuidar personas con enfermedad de Alzheimer es una actividad estresante y exigente, y los encargados de los cuidados pueden llegar a sentirse deprimidos y agotados y descuidar a menudo la salud física y mental propia.

Deben buscar ayuda cuando sea necesaria, los cuidadores pueden consultar a los trabajadores sociales (como los del hospital de su localidad) sobre cuáles son las fuentes de ayuda adecuadas, como los programas de cuidado diurno, las visitas a domicilio de personal de enfermería, la asistencia a tiempo parcial o completo para las tareas de la casa y el ingreso en centros asistenciales. Los grupos de asesoramiento y apoyo también pueden ser beneficiosos, los cuidadores han de recordar que tienen que cuidarse a sí mismos. No deben renunciar a sus amigos, sus pasatiempos y sus actividades.

Cuidar personas con demencia es una actividad estresante y exigente, y los encargados de los cuidados pueden llegar a sentirse deprimidos y agotados y descuidar a menudo la salud física y mental propia. Las medidas siguientes pueden ayudar a los cuidadores:

Aprender a satisfacer eficazmente las necesidades de los afectados por demencia y qué se puede esperar de ellos: por ejemplo, los cuidadores deben saber que el hecho de regañar por cometer errores o no recordar las cosas solo empeora su comportamiento. Así se evitan angustias innecesarias. Los cuidadores han de aprender también a responder al comportamiento perjudicial y así calmarlo más rápidamente, y a veces evitarlo.

Se puede obtener información sobre lo que debe hacerse en la rutina diaria del personal de enfermería, de los asistentes sociales y de organizaciones, así como de material en papel o en línea. Solicitar ayuda cuando sea necesario: a menudo existe la posibilidad de aliviar la carga que supone el cuidado permanente de un afectado por demencia, en función del comportamiento específico y de las capacidades personales, así como de los recursos familiares y comunitarios. Los agentes sociales, incluido el departamento de servicios sociales del hospital local de referencia, ayudan a localizar fuentes de atención apropiadas.

Entre las opciones se encuentran los programas de cuidado diurno, las visitas a domicilio de personal de enfermería, la asistencia a tiempo parcial o completo para las tareas de la casa y el ingreso en centros asistenciales. También se dispone de servicios de transporte y comida a domicilio. Los cuidados a tiempo completo resultan muy caros, pero muchos planes de seguros cubren parte

Los cuidadores se benefician de grupos de asesoramiento y apoyo, han de recordar que tienen que cuidarse a sí mismos. Por ejemplo, realizar alguna actividad física mejora el estado de ánimo, así como la salud. No deben abandonarse los amigos, las aficiones y las actividades habituales.



5.1.- Organización del dormitorio

- a) Quitar todos los adornos, revistas etc., que sean susceptibles de distraerle.
- b) Fijar la lámpara de la mesilla, de manera que pueda encenderla y apagarla sin tirarla.
- c) Fijar al suelo la alfombra de pie de cama.
- d) Instalar un piloto de luz que permanezca encendido durante la noche.
- e) Se pueden colocar bandas luminiscentes que señalen el camino de la habitación al WC para que no se pierda si tiene que levantarse por la noche.
- f) Colocar la cama de tal manera que el enfermo pueda subir o bajar sin molestias por los dos lados.

5.2 Ropa

1. En el armario, debe guardar solamente la ropa indispensable de la estación del año correspondiente.
2. Evitar que elija, escoger por él.
3. Escoger ropas lavables y que no sea necesario planchar.

4. Elegir ropa que sea fácil de poner y quitar: cierres de velcro, polos cerrados, zapatos sin cordones, medias sin talón...
5. Identificar la ropa de los cajones y armarios con pequeños carteles o dibujos

Otros consejos

1. Evitar el ruido y la confusión.
2. Apagar la TV ó radio cuando acabe la emisión.
3. Evitar la música con estruendos y respetar siempre los gustos del enfermo. Quitar o recubrir los espejos.
4. Al verse, puede que no se reconozca y esto le produzca angustia.
5. No conservar más que los objetos de uso cotidiano y siempre en el mismo sitio.
6. Colocar un reloj grande que pueda ver con facilidad, así como un calendario en el que usted pueda marcar los días.
7. Señalar los recorridos, por ejemplo de su cuarto al WC. Él se sentirá mejor.
8. Utilizar carteles con dibujos sencillos para recordarle donde se encuentran las cosas.
9. Poner una pizarra en la pared (siempre en el mismo sitio) y dejar escrito claramente lo que tenga que hacer (nunca demasiado)

5.3 Cuarto de baño e higiene personal

1. El botiquín del baño debe estar cerrado y sin medicamentos.
2. Equipar la bañera o ducha con bandas o alfombras antideslizantes, del mismo color del suelo si es posible, para que no le sobresalte.



3. Procurar poner barras en las paredes de la ducha para que le ayuden a salir. También junto al WC.
4. El cuarto de baño debe tener alguna luz encendida por la noche.
5. Los objetos de aseo serán reducidos al mínimo (1 toalla, jabón, 1 cepillo de dientes, tubo de pasta dentífrica).
6. Los demás objetos (maquinilla, etc.) se le proporcionarán cuando los necesite y después se recogerán.
7. Las cosas deben permanecer siempre en el mismo lugar para que no tenga que buscarlas, sólo cogerlas.
8. Colocar las alfombrillas de baño sólo para el momento de la salida de la ducha.



5.4 Higiene corporal

1.1.- Apoyo a la persona mayor al bañarse

El baño es una actividad placentera y relajante para la persona mayor, bañarse es muy importante para la persona mayor por muchas razones. Al bañarse se elimina, transpiración, microbios y bacterias que normalmente se acumulan en la superficie de la piel. Además, estimula y mejora la circulación de la sangre, pero puede reseca la piel, por lo tanto tiene que decidir con qué frecuencia se baña teniendo en cuenta la situación de la persona. Si por ejemplo se baña solo o hay que hacer baño en cama; si transpira es necesario un baño diario; si no, dos o tres baños a la semana pueden ser suficientes.

El bañarse también previene los malos olores del cuerpo. Además, al flotar la piel con un paño o con jabón aumenta la circulación y estimula el crecimiento de nuevas células de la piel. El bañar regularmente, ayuda a mantenerse cómodo y atractivo, lo cual realza su autoestima. El baño también puede ser una actividad placentera. Sin embargo, para algunas personas mayores el bañarse puede ser una experiencia temerosa e incómoda. Esto puede ser debido a un estado confusional, orgullo, dolor u otras razones. El desafío como cuidador es minimizar el malestar que significa el bañarse y hacer todo lo posible para que la experiencia del baño sea placentera. Durante el baño se puede aprovechar y observar el cuerpo y ver si hay cambios de color en la piel, úlceras, edema, sarpullido u otras cosas que le llamen la atención. El baño es un buen momento para conversar. Este es un momento durante el cual las personas mayores,

que se sienten cómodas con el cuidador, compartirán sus preocupaciones personales, temores, dolores y deseos.

1. Para el baño o ducha, básiase en sus hábitos anteriores para crear una rutina (hora...).
2. Tomarse el tiempo necesario y no precipite el ritual de su higiene.
3. Preparar la bañera antes de que él esté en su cuarto de baño.
4. Evitar llenar la bañera. Demasiada agua le puede asustar.
5. Controlar la temperatura.
6. No añadir geles o espumas de baño que puedan hacer resbaladiza la bañera.
7. Seguir siempre los mismos pasos: ir a buscarle y llevarle hasta el cuarto de baño.
8. Pedirle que se quite la ropa de manera ordenada y nombrándoselas una a una (falda...)

PROCEDIMIENTO

- **ANCIANO CAPACITADO:**
- Colocar una toalla en el tórax.
- Se le acerca el cepillo, la pasta y un vaso con agua.
- Colocar una batea debajo de la barbilla.
- Lavar y enjuagar la boca.
- Secar la cara y retirar la toalla.

- **ANCIANO DISCAPACITADO:**
- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Colocar al anciano en posición lateral.
- Humedecer una torunda en antiséptico.
- Limpiar el interior de la boca: deprimiendo la mandíbula con la mano izquierda, con la derecha, introducir la torunda y limpiar en sentido transversal para evitar náuseas. Limpiar todo el interior de la boca y dientes.
- Secar alrededor de la boca.
- Hidratar los labios.
- Acomodar al anciano.

9. Pedirle que se enjabone y después se aclare.



10. Si no lo hace, lavarle con cuidado y despacio.

11. Ayudarle en el momento de salir de la bañera.
12. Darle la toalla y pedirle que se seque.
13. Ir dándole la ropa por orden y una a una.
14. Aprovechar el baño para vigilar el estado de su piel (enrojecimientos en puntos de apoyo), de las uñas (tanto de las manos como de los pies), cuidados de la boca (dientes, prótesis), higiene íntima (evitar irritación e infecciones).
15. El pelo: es preferible el pelo corto. No lavar la cabeza en la bañera y no usar secadores.
16. Maquillaje, especialmente si usaba anteriormente.
17. Para evitar problemas circulatorios, musculares y articulares, es necesario que el enfermo diariamente haga un poco de gimnasia pasiva de pies y brazos y a la vez que se le den friegas para favorecer la circulación.

- Ancianas: higienizar zona genital de adelante a atrás, para evitar infecciones del tracto urinario.
 - Ancianos: zona prepucio, zona sensible a infecciones.
- Después del baño se recomienda aplicar una crema hidratante o aceite.

ASEO DEL CABELLO

- Como mínimo, una vez a la semana. Requiere peinado, cepillado y el lavado.
- Si no lo tiene, proteger la cabeza cuando salga.

AFEITADO Y DEPILACIÓN

- Realizarlo diariamente si es necesario.
- Piel sensible o temblores: maquinilla eléctrica. Aplicar loción posteriormente.
- Evitar al máximo irritación o quemaduras.



Como enfrentar la resistencia de la persona mayor a bañarse: La resistencia puede ser porque la persona malinterpreta el apoyo para desvestirse.

1. Hay que explicar que se le está ayudando a prepararse para el baño.
2. Debemos recordar delicadamente que es el momento de bañarse.
3. Tenerle la mano en el agua tibia para que pueda sentirla.
4. Pedirle que toque el fondo de la bañera antes de entrar a ella.
5. Tiene frío por lo tanto no quiere desvestirse.
6. Asegurarse que la habitación esté temperada.
7. Ofrecerle una bata o varias toallas tibias mientras se desviste.
8. No reconoce al cuidador.
9. Recordarle su nombre y explicarle que se está allí para ayudarlo a bañarse.
10. Prefiere bañarse en un momento diferente del día.
11. Preguntar a qué hora del día prefiere bañarse, revisar el plan de atención; integrar las preferencias de la persona mayor.
12. El bañarse puede ser peligroso porque las superficies están mojadas y resbaladizas

Antes de comenzar el baño:

1. Revisar las barras de seguridad, asientos y/o elevadores en el baño para asegurar que estén en buen estado.



2. Asegurarse de que las alfombras tengan bases antideslizantes.
3. Si se cae agua al suelo, limpiarla inmediatamente. No dejar que la persona mayor pise allí hasta que el área no esté completamente seca.
4. Tener buena postura y posición, para protegerse cuando esté ayudando a la persona mayor en el baño.
5. Asegurarse que la bañera o ducha esté limpia antes y después de usarla. Su preocupación como cuidador debe ser mantener la seguridad de cada persona mayor en todo momento.
6. Ayudarlo durante el baño con todos los artículos listos y a la mano.
7. Poner un antideslizante en la ducha o tina, para prevenir caídas.
8. Regular la temperatura del agua utilizando un termómetro para el baño. Regule el agua a 40.5°C. Poner un poco de agua en la muñeca y pregúntele si la temperatura del agua le es cómoda.
9. Ayudarlo a desvestirse si es necesario. Proveer una bata o toalla para cubrirlo mientras se desviste y entra al agua.
10. Ayudarlo a sentarse en la bañera o en una silla de ducha si lo necesita.
11. Proveer un paño y jabón, apoyándolo según sea necesario. Asegurarse de que las áreas de los pliegues de la piel, estén bien lavadas, enjuagadas y secadas, tales como debajo de los senos y en la ingle.
12. Vigilar frecuentemente si lo deja solo para bañarse. Asegurarse de que el timbre de llamada esté al alcance de la persona.
13. Asegúrese de que la piel no tenga restos de jabón cuando haya terminado el baño.
14. Ayudar al anciano al salir de la bañera o ducha.
15. Ayudar a secarse todo el cuerpo y a vestirse si es necesario.
16. Aplicar loción, polvo y/o desodorante según sea necesario o deseado.

El cuidado de los pies Por la comodidad y la buena salud de la persona a quien cuida:

1. Uso de calzado de la medida correcta, con tacones bajos cierres de velcro o de elástico, y suelas antideslizantes.
2. Uso de calcetines de algodón en vez de acrílico o de nailon.
3. Cortar las uñas de los pies después de un baño cuando están blandas.

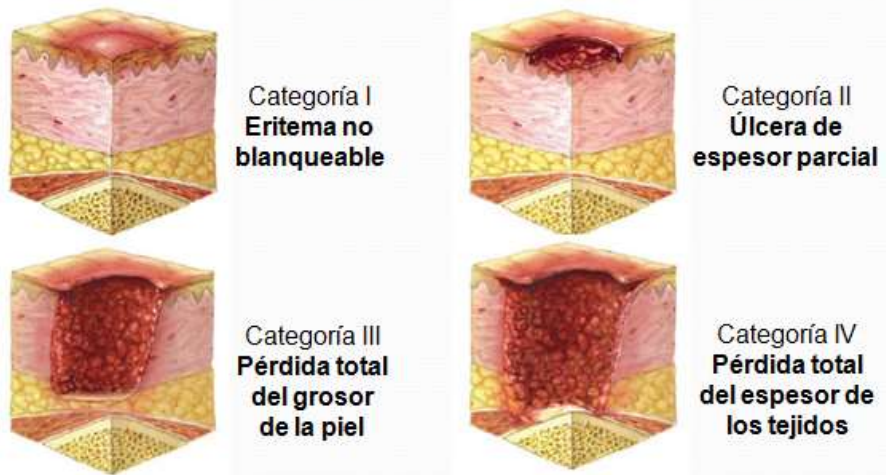
4. Usar un cepillo desechable especial (con esponja en la punta) para secar o limpiar entre los dedos de los pies.
5. Revisar los pies diariamente para ver si hay edema (hinchazón) heridas o cambios de color en la piel o en las uñas de los pies.
6. Avisar a la enfermera si hay algún cambio en los pies. Las personas diabéticas necesitan cuidados aun más especial para los pies para prevenir infecciones, porque pueden causar amputación de uno o ambos pies.
7. Problemas comunes con las piernas y pies.
8. Juanetes: Poner una almohadilla o un algodón entre el dedo gordo y el dedo siguiente para enderezarlos.



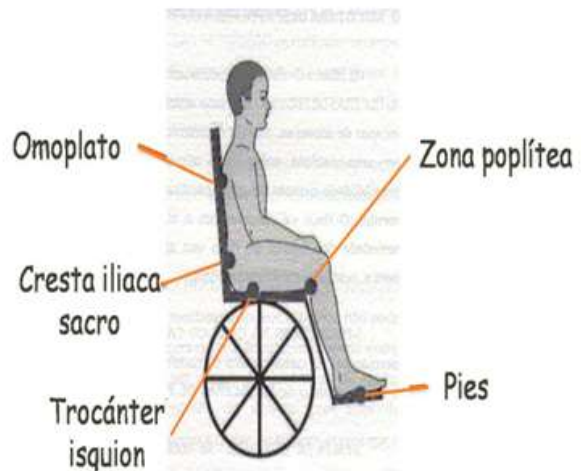
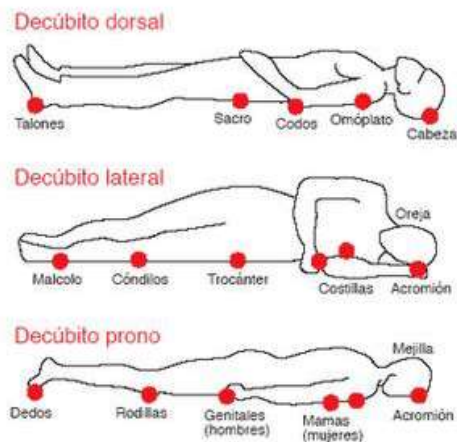
9. Adaptar el zapato para que no roce el juanete y produzca una herida o dolor. Úlceras Seguir instrucciones médicas, hacer ejercicios para mantener la movilidad en el pie y tobillo. Piernas con edema o (hinchazón).

Las escaras son uno de los principales riesgos de la persona que debe permanecer largos periodos en cama. ¿Que es una escara? Es el daño lento y progresivo de la piel, por falta de circulación (la que aporta los nutrientes, el oxígeno que el organismo necesita para vivir y elimina los desechos) lo que lleva a la muerte del tejido, comienza con un leve enrojecimiento, pudiendo llegar a transformarse en heridas o úlceras. Debido a la presión excesiva, continua o por arrastre, sobre una prominencia ósea del cuerpo. Esto puede ocurrir habitualmente en las personas que permanecen por largos períodos en cama, sin cambiarse de posición, o bien, por la piel sucia, húmeda y en roce sobre superficies arrugadas o con restos de alimentos. Suele agravar esta situación, la alimentación insuficiente de la persona, muy en especial por la falta de líquidos y proteínas.

Sistema de clasificación de la NPUAP / EPUAP de las UPP



Las zonas de mayor riesgo son: nuca, orejas, pecho, codos, rabadilla (cóccix), detrás de las rodillas, pantorrillas, dedos de los pies, omóplatos, columna vertebral, cintura, cadera, nalgas, muslos, rodillas, tobillos y talones. Debemos revisar diariamente condición, de conciencia, estado general y piel.



Técnicas de limpieza Las siguientes técnicas reducen la posibilidad de infecciones en el hogar: El lavado de manos de los cuidadores:

1. El lavado de manos es la manera más efectiva de evitar el contagio de infecciones o gérmenes.
2. Usar jabón líquido antibacteriano.
3. Frotar bien las manos por lo menos treinta segundos para crear mucha espuma.
4. Usar un cepillo para limpiar las uñas.
5. Lavarse los antebrazos a lo menos cinco centímetros sobre las muñecas.
6. Secarse las manos con una toalla limpia o con papel absorbente.

Precauciones con la ropa sucia:

1. Nunca poner la ropa de cama en el suelo, porque puede contaminarla y diseminar gérmenes por toda la casa en las suelas de los zapatos.
2. Guardar la ropa de cama sucia en una bolsa de plástico sin agujeros y amárrala.
3. Embolsar la ropa sucia en el lugar donde se uso.
4. Lavar la ropa de cama sucia por separado del resto de la ropa.
5. Llenar la lavadora con agua caliente, agregar cloro o blanqueador y detergente, enjuagarla dos veces y ponga la ropa a secar.
6. Para limpiar la lavadora, hay que pasarla por un ciclo de lavado sin ropa con una taza de cloro.
7. Usar guantes de goma para tomar la ropa sucia.
8. Lavarse las manos. La esterilización Si varias personas usan las mismas cosas, puedes esterilizarlas para prevenir el contagio de enfermedades y para reducir las infecciones. Si es sólo una persona quien usa el equipo, es suficiente limpiarlos con un algodón mojado en alcohol.

Organizar su cocina y su alimentación

1. La cocina (sobre todo si es de gas) y el horno deben quedar inutilizados cuando no se usen.
2. Bloquear el calentador en posición intermedia para evitar que salga agua demasiado caliente.
3. Es aconsejable la instalación de alarmas contra humos, incendios.
4. El frigorífico debe estar cerrado con llave o candado.
5. El suelo: conservarlo seco para evitar las caídas.
6. Los productos de limpieza deben estar guardados bajo llave. Los cuchillos y objetos cortantes póngalos fuera de su alcance.
7. Equiparse de vajilla irrompible.
8. Existen platos con ventosas para fijarlos en la mesa que impiden que se vuelquen.
9. Utilizar mantel de plástico y que los platos sean de distinto color para que los distinga bien.
10. Procurar que los platos sean más grandes que las porciones de alimentos

Su alimentación

1. Organizar las comidas lo más rutinariamente posible.
2. Hacer de comer siempre a la misma hora y en el mismo sitio.
3. Reducir los cubiertos al mínimo y dele los adecuados en cada momento.
4. Poner un babero que se abroche detrás del cuello.
5. Poner los platos de manera sucesiva, nunca juntos.
6. Procurar un ambiente de calma, no forzarle.
7. Tratar de persuadirle cariñosamente. Hay alimentos que se pueden comer con los dedos.
8. Es preferible que la persona haga por sí misma todo lo que pueda. Tenga en cuenta sus gustos anteriores.

9. Establecer una lista de platos que cubran todas las comidas durante una semana tratando de variar (un día pollo, un día pescado,..)

Alimentos aconsejables:

1. Ricos en proteínas: carnes rojas, pescado azul, huevos, leche y verduras frescas. También pueden tomar algunas grasas, como el aceite de oliva. Ricos en vitaminas: hortalizas, frutas, verduras ...
2. Ricos en fibra. No conviene darle en exceso: hidratos de carbono, aceite frito, quesos fuertes, alimentos precocinados (tienen conservantes y colorantes nocivos).
3. Cortar las cosas en trozos pequeños. Recurrir al puré o alimentos pasados o triturados (ver dieta de fácil masticación y dieta por túrmix).
4. Vigilar lo que beba durante el día. No llenar sus vasos hasta el borde.
5. Si tiene miedo a beber, puede ser útil darle la bebida con un biberón. Si se trata de café o té, compruebe la temperatura de la bebida.
6. Evitar el alcohol. Recurrir al agua, zumos de fruta o leche. Si el enfermo no abre la boca, se le puede tocar la barbilla o la mandíbula suavemente o ponerle líquido o comida en la boca para recordarle el acto que tiene que hacer.
7. Si tiene problemas para masticar, se le pueden hacer demostraciones. En general funciona la imitación.
8. Si después de comer se le olvida que ha comido, tener preparada una bandeja con bizcochos, galletitas etc.

Sobre su comportamiento

1. Verificar siempre lo que dice: si ha comido, apagado un cigarro o cerrado un grifo por ejemplo.
2. Ante sus preguntas repetitivas: no sirve de nada razonar. Responda brevemente y en términos de actividad (Por ejemplo: "¿qué hora es...?" "la hora de comer").
3. Ante reacciones desmesuradas: buscar la posible causa y póngale remedio. Si es por miedo, hay que considerarle como un niño, cogerle la mano, decirle que le quiere, no alejarse de su campo visual. Consolarlo si está triste. Si es un comportamiento agresivo, mantenerse alejado pero de manera que pueda verle. Su agresividad se calmará y olvidará el motivo. Debemos olvidarnos también y no quejarnos de ello ante él.

4. No regañarle nunca. No sabe por qué lo hace.
5. No discutir jamás. Si desea cambiar alguno de sus comportamientos, elegir sólo uno y procurar que el resto de las personas secunden sus posturas.
6. El enfermo puede tomar a mal las iniciativas. Continuar con la idea a pesar de su hostilidad.
7. Perseverar. Los resultados tardan en manifestarse.
8. Buscar un complemento sustitutivo: persona que le pueda ayudar. Actividad que le guste hacer al enfermo (terapia ocupacional, musicoterapia, estimulación de memoria, psicomotricidad...).
9. Paseos repetitivos: dejarle hacerlo. Permitir una habitación en la que pueda pasear sin golpearse. Preveer sus paseos.

Sobre su comportamiento nocturno

1. Planificar un largo paseo durante el día para que haga ejercicio y se canse. Siempre a la misma hora y después del mediodía.
2. Evitar o disminuir las cabezadas durante el día.
3. Es bueno tomar leche caliente o hierbas antes de acostarse para relajarse.
4. Si lo encontramos a medianoche deambulando, decirle quien somos. Hablarle suave y dulcemente. Hablarle de frente. Recordarle que es de noche y que todo el mundo duerme.
5. Anotar las horas en que se despierta normalmente para que el médico le pueda dar el medicamento más adecuado para evitar el insomnio.

Mejorando la comunicación

1. Cuando él/ella habla: ante la dificultad para encontrar las palabras, pedirle que señale las cosas y nómbrelas en su lugar.
2. Asegurarse que comprendemos bien lo que nos dice y confirmárselo.
3. Cuando utilice una palabra por otra, no corregirle sistemáticamente.
4. Cuando se detenga en medio de una frase, dejarle tiempo para que la termine.
5. Repetir las dos ó tres últimas palabras que ha dicho para ayudarle. Si no vuelve a coger el hilo de la frase, cambiar de tema.

6. Si emplea frases o palabras sueltas fuera de contexto, tratar de captar su pensamiento basándose en la situación del momento.

Quando se le hable:

1. Es importante hablarle mucho.
2. El enfermo se dará cuenta de sus sentimientos por el tono que usemos.
3. Bajar el tono de su voz.
4. No le chillarle.
5. Hablarle lentamente y pronunciando con claridad las palabras.
6. Si está puesta la TV o la radio, bajar el volumen para que no se distraiga. Evitar el lenguaje complicado y las frases largas.
7. Utilizar palabras cortas y frases sencillas.
8. Decirle las cosas tal como son y sin darle explicaciones. Cuando se le haga una pregunta, que sea sencilla, evitando tener que elegir.
9. Hay que darle tiempo para responder y comprobar si lo que dijo es exacto.
10. Si no responde, volver a hacer la misma pregunta.
11. Pedirle las cosas con amabilidad y tranquilidad, así le colocaremos en una situación favorable para que responda. Habitarse a decirle lo que usted está haciendo. Decirle las cosas en positivo, nunca de una manera negativa.
12. Prepararle pequeñas listas recordatorios para que sepa qué tiene que hacer (con letras mayúsculas y sin muchas anotaciones).
13. Si su estado es más avanzado, se puede emplear dibujos para señalar donde están las cosas.
14. Un lenguaje que el paciente comprenderá durante mucho tiempo es sonreírle cuando se le mire.
15. Cogerle la mano, ponerle el brazo sobre los hombros, por la cintura...
16. Mostrarle mediante gestos lo que deseamos que lleve a cabo. Él, previsiblemente, nos imitará.



Incontinencia urinaria y fecal

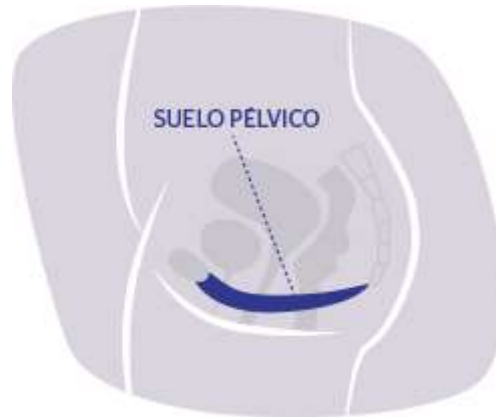
La incontinencia. Se llama incontinencia cuando se escapa la orina o excremento involuntariamente, y es un síntoma, no una enfermedad. La incontinencia no debe tratarse como un resultado normal de la vejez. Puede ser consecuencia de un infarto, una infección, vaginitis, una lesión en la pelvis o una enfermedad del cerebro como demencia o Parkinson avanzados, o de los nervios que van a la vejiga, o puede ser voluntaria a causa de un estado confusional agudo o por barreras como que el baño esté muy lejos del dormitorio, que en el hospital la cama sea muy alta, que no haya luz para llegar al baño, entonces la persona mayor puede sufrir caídas y tener temor a movilizarse.

1. Descartar que haya otro origen distinto a la enfermedad. Adaptarle la ropa para que pueda quitársela fácilmente al ir al baño.
2. Conducirle al baño en cuanto le veamos agitarse o tirarse de la ropa, ha podido olvidar donde está el aseo.
3. Acompañarle cada dos o tres horas al baño para que orine. Si no tiene coordinación necesaria para sentarse en la taza del baño, ayudarle y quizá sea necesario instalar un sanitario especial que sea alto.
4. Disponer de un orinal si no puede llegar a tiempo.

5. Intentar saber de que manera expresa su familiar las ganas de orinar o defecar. Decírselo a las otras personas que le cuidan.
6. Evitar que beba dos horas antes de acostarse y llevarle al servicio antes de meterle en la cama.
7. Colocar una sabanilla impermeable para proteger el colchón.
8. Si la incontinencia se hace permanente, comprar pañales de adultos.
9. Tener cuidado en no dejarle el pañal mojado mucho tiempo, ya que existe el riesgo de lesiones cutáneas.
10. Para evitar esto, lavar la región genital por la mañana y por la noche.
11. Aprovechar cuando se desvista para comprobar que no existe irritación o enrojecimiento.
12. Fijarse el objeto de mantener su piel limpia y seca.
13. Si se aprecian anomalías, consultar para el empleo de talco, pomadas...

Para mantener las funciones de evacuación en buena forma:

1. Escoger una hora fija para que la persona vaya al baño diariamente o cada dos días.
2. Evitar las comidas demasiado grasosas o dulces.
3. Servir frutas, legumbres y salvado de trigo.
4. Asegurarse que la persona tome dos litros de agua (ocho vasos) al día.
5. Crear oportunidades para hacer ejercicios.
6. Usar alguna sustancia para suavizar o abultar el excremento si es demasiado duro. Si se usa algo para abultarlo, hay asegurarse que tome de seis a ocho vasos de agua al día, de lo contrario la persona puede constiparse.
7. Usar supositorio de glicerina si es necesario lubricar el excremento y facilitar la evacuación. Para controlar la infección en el hogar Las bacterias, los virus y los hongos son microorganismos que destruyen el tejido humano, comiéndoselo y produciendo toxinas. El aumento de enfermedades contagiosa y la resistencia a los antibióticos requieren volver a usar los hábitos sanitarios simples y conocidos, como el lavado de manos.
8. Fortalecer suelo pélvico con ejercicios de Kegel



Cuidador

1. Informarse de todo lo relacionado con la enfermedad y su evolución, así como el modo de llevar las situaciones sociales, económicas... y de la existencia de asociaciones.
2. Inscribirse en asociaciones de familias de enfermos de Alzheimer para ayudarse mutuamente.
3. Descansar, incluso si la persona que nos reemplaza no presta los mismos cuidados que nosotros.
4. Tomarse vacaciones, aunque sean por unos días.
5. Cuando se esté nervioso o de mal humor, es mejor que otra persona se ocupe del enfermo.
6. Mantener nuestras actividades lúdicas.
7. Procurar tiempo para ver algún programa de TV, ver escaparates...
8. Conservar nuestros amigos, explicar la enfermedad del familiar y que comprendan la situación.
9. Evitar el alcohol para animarse.
10. Hacer todo cuanto se pueda para conservar la propia salud.

Cuidado a largo plazo

La planificación para el futuro es esencial debido a que la enfermedad de Alzheimer es progresiva. Mucho antes de que la persona con enfermedad de Alzheimer deba trasladarse a un entorno más estructurado y con más apoyo, los familiares deben tenerlo planeado y evaluar las opciones de cuidado a

largo plazo. Esta planificación implica, por lo general, la colaboración de un médico, un trabajador social, enfermeras y un abogado, aunque la mayor parte de la responsabilidad recae sobre los familiares. En la decisión de trasladar a una persona con enfermedad de Alzheimer a un entorno que proporcione mayor apoyo, deben tenerse en cuenta tanto el deseo de mantener la seguridad como el de mantener su independencia durante el mayor tiempo posible. Algunos centros de atención a largo plazo se especializan en el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer. Los miembros del personal están formados para comprender cómo piensan y actúan los afectados por esta enfermedad y cómo responderles. Estas instituciones tienen rutinas que hacen que los residentes se sientan seguros, y les proporcionan actividades adecuadas para ayudarles a sentirse productivos e implicados. La mayoría de estas instituciones tienen elementos de seguridad adecuados. La mayoría de estas instituciones tienen elementos de seguridad adecuados.

Problemas del enfermo terminal

Antes de que los afectados por la enfermedad de Alzheimer se vean demasiado incapacitados, hay que tomar decisiones acerca de la atención médica y de las disposiciones de tipo económico y legal. Estas decisiones se conocen como voluntades anticipadas o testamento vital. Se debe asignar a una persona legalmente autorizada para tomar las decisiones de tratamiento en nombre del afectado (apoderado para cuidados médicos). La persona afectada debe comentar sus deseos de atención médica con el apoderado y con su médico (ver Las preocupaciones legales y éticas al final de la vida). Es mejor hablar estos aspectos con todos los interesados antes de que sea necesario tomar las decisiones.

A medida que la enfermedad de Alzheimer avanza, el tratamiento se orienta a procurar la comodidad del afectado más que a intentar prolongarle la vida.

6.- Impacto en la unidad familiar

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y, en consecuencia, en toda la familia. La mayoría de los estudios acerca del rol familiar en el cuidado de las personas mayores están enfocados en evaluar y trabajar con el miembro de la familia sobre el que recae la mayor parte del cuidado, dando un enfoque individual más que basado en la unidad familiar. Sin embargo, consideramos que es importante dirigir la atención a la familia en su totalidad con el fin de conocer los cambios que pueden ocurrir en ella en el transcurso de la enfermedad. Por ello, un enfoque sistémico de familia nos llevaría a conocer la estructura y la dinámica familiar y puede servir de origen para la evaluación familiar y el desarrollo de intervenciones encaminadas a mantener y restaurar las habilidades familiares y el manejo de situaciones que puedan afectar al funcionamiento familiar.

La enfermedad de Alzheimer no sólo trae consecuencias para el enfermo y el cuidador principal, sino para toda la familia, ya que muchas veces el cuidador puede sentir que atender al enfermo le consume mucho tiempo y que tiene abandonado a su pareja, hijos, etc. En los últimos estudios todos los entrevistados coincidían en afirmar que las relaciones familiares se habían deteriorado o se habían visto afectadas negativamente tras el diagnóstico. Por lo tanto, la dinámica familiar se ve alterada por la presencia de la enfermedad. En otras ocasiones, la distribución del cuidado de un enfermo de Alzheimer entre los miembros de la familia no resulta equilibrada y esto provoca resentimiento en quien asume la mayor carga, ya que lo percibe como injusto. Asimismo, la existencia de dificultades previas en la familia emerge, generando conflicto. Frecuentemente el desacuerdo, a la hora de prestar el cuidado, el afrontamiento de la enfermedad, los temas financieros, el futuro incierto del enfermo y la decisión de institucionalización son temas que generan conflicto. Luego, el modo en que la familia maneje y sobrelleve el conflicto afectará en el cuidado.

Los miembros de la familia deben enfrentarse a la enfermedad redefiniendo sus roles y modificando sus metas a corto y a largo plazo. Deben, por tanto, asumir la alteración de sus relaciones con el enfermo, adoptar una actitud práctica, flexible y aprender a detectar y resolver los problemas según se presenten en la vida y en el desarrollo de la enfermedad. La interpretación personal que los miembros de la familia hacen de la enfermedad, con respecto a las consecuencias que esta tenga en su familia, sus actividades, su rol social y sus metas, condiciona la respuesta de la persona ante el cuidado. La familia desarrolla conductas adaptativas y nuevas relaciones que se establecen entre el enfermo y el resto de los miembros de la familia, ya sea para modificarlas, para legitimizar un cambio de rol o para asumir el rol de enfermo.

Atención a la familia en la enfermedad de Alzheimer

A menudo se dice que la Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad de toda la familia porque la angustia permanente de presenciar cómo se deteriora lentamente un ser querido afecta a todos por igual. Por lo tanto, el tratamiento integral debe responder a las necesidades de toda la familia. Ello incluye el apoyo emocional, la orientación psicológica y los programas educacionales sobre la enfermedad para el enfermo y la familia.

Hay estudios en los que se desarrollaron un programa dirigidos a toda la familia, haciéndoles partícipes de la situación de cuidado, para así encontrar ayuda y soporte tanto para el cuidador principal como para el enfermo. Estos autores afirman que "incluir a la familia en su totalidad en un programa educativo, combinando información y entrenamiento para el manejo del comportamiento, así como prestar atención a la cohesión familiar existente, tiene efectos positivos en los cuidadores y en los pacientes. Se debe ayudar al cuidador y al resto de los familiares a entender el proceso demencial, cambiar el enfoque hacia el paciente y alterar el medio en el que ellos interactúan"

Una de las razones por las que los programas no están dirigidos hacia el sistema familiar es el escepticismo existente entre los profesionales de la salud acerca de la eficacia de este tipo de intervenciones. También es cierto que lograr el compromiso de toda la familia, para que asista y participe en las sesiones, es una tarea difícil de conseguir. Sin embargo, el simple hecho de tener a los familiares sentados en una misma sala, escuchándose respetuosamente los unos a los otros, tiene un efecto terapéutico y ayuda a las familias.

Conocer las necesidades del cuidador familiar, así como planificar intervenciones para intentar cubrirlas, hacen que el cuidado sea más apropiado y efectivo tanto para el enfermo que recibe el cuidado como para el cuidador, y en ocasiones, evita la aparición de problemas. Las necesidades pueden variar dependiendo de las circunstancias que rodean a la familia, la etapa del proceso demencial y el grado de dependencia del enfermo. Se encuentran como principales necesidades:

- La información acerca del proceso demencial y el progreso de la enfermedad: Los cuidadores identificaban el vagabundeo, los patrones de eliminación, el lenguaje y el comportamiento hostil del enfermo como los problemas más difíciles de manejar.
- La adaptación del entorno: La seguridad es una preocupación importante entre los cuidadores. Las caídas y la conducción son los problemas más frecuentes para estos. En ocasiones, los cambios en el entorno se realizan cuando ocurre una caída o un accidente, por lo que resulta importante que el cuidador identifique

lo antes posible las barreras que representen un obstáculo para el enfermo y conozca los factores y estrategias que le van a ayudar a proporcionar un cuidado seguro.

- El significado que atribuya a la enfermedad y el proceso de cuidado: El modo en el que la persona interpreta un evento resulta crucial para desarrollar estrategias de afrontamiento de modo satisfactorio, o bien, provocarle una reacción de estrés ante
- La disponibilidad y utilización de recursos: la utilización de los servicios disponibles puede ayudar a mantener una buena calidad de vida y disminuir los niveles de estrés y depresión del cuidador. Existe la necesidad de entender el proceso de solicitar ayuda por parte de los cuidadores, ya que en ocasiones la limitación no está en la disponibilidad de los recursos, sino en que no se recurre a ellos. Los valores, la actitud y las experiencias del cuidador influyen a la hora de decidir a quién recurrir y qué ayuda solicitar. Existe una evidencia que revela que los hombres prefieren utilizar los servicios profesionales más que pedir ayuda a otros familiares, amigos, vecinos u otro tipo de servicios informales.

BIBLIOGRAFIA

- Manual MSD sobre enfermedad de alzheimer de investigación medica
<https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/delirio-y-demencia/enfermedad-de-alzheimer>
- Clinica Universidad de Navarra , cuidado del paciente con alzheimer
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-alzheimer>
- Scielo.Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográficahttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de chile MANUAL DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA<https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>