

TRABAJO FINAL DEL GRADO EN ENFERMERÍA
**EL PAPEL DEL ENFERMERO EN LA DETECCIÓN
PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**



ALUMNA: LIDIA CASAÑAS NEGRÍN
TUTOR: IBRAHIM GONZÁLEZ MARRERO

0. ÍNDICE

0. ÍNDICE	1
1. DATOS DEL ESTUDIO.....	2
1.1 RESUMEN.....	2
1.2 INFORMATION ABOUT THE STUDY	3
1.3 ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	4
2.2 EFECTOS DE LA EA EN EL PACIENTE.....	4
2.4 TIPOS DE DEMENCIAS QUE PUEDEN SER CONFUNDIDAS CON ALZHEIMER.	6
2.5 IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGÍA	8
5. RESULTADOS.....	9
6. DISCUSIÓN.....	17
7. CONCLUSIONES	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22
8. ANEXOS	25

1. DATOS DEL ESTUDIO

TÍTULO: LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Alzheimer, detección precoz, enfermería, atención primaria, educación.

1.1 RESUMEN

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es un síndrome (presenta un grupo de síntomas asociados) que se basa en el mal funcionamiento progresivo de los procesos mentales (desde memoria hasta movimiento). Todavía no se sabe completamente porque esta enfermedad se desarrolla, pero sí que existen factores de riesgo para padecerlo.

La detección precoz de esta enfermedad juega un papel muy importante para evitar el desarrollo de esta. Facilitando la mejor calidad de vida para el paciente en sus años de edad avanzada. Por esto mismo, la enfermería desarrolla un papel muy importante para la detección de los primeros síntomas de enfermedades como estas. La atención primaria en estas personas mayores que acuden con asiduidad a su consulta de enfermería en centros de salud facilita la detección precoz de algunos cambios en el paciente que pueden relacionarse con enfermedades neurodegenerativas como la EA.

En este estudio, se pretende llevar a cabo la revisión bibliográfica de los artículos relacionados con la importancia del papel de la enfermería en la detección precoz de la EA. Estos artículos obtenidos se clasificaron en diferentes grupos según el tema a tratar y resultó que no existía una amplia categoría de artículos directamente relacionados con la enfermería y la detección precoz de la EA.

1.2 INFORMATION ABOUT THE STUDY

TITLE: THE ROLE OF THE NURSE IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE

KEY WORDS: Alzheimer's Disease, early detection, nursing, community care, education

1.3 ABSTRACT

Alzheimer's Disease (AD) is a syndrome (because it has a group of associated symptoms) that involves the progressive malfunctioning of the mental processes. The exact cause of this impediment has not been found yet, but there are signs of specific factors that can put you on risk of developing this disease.

The early detection of AD is crucial to avoid its development. Improving the quality of life for the patients on their older years.

Therefore, nursing has an important job with the early detection of symptoms for diseases like this. The community care in the elderly patient who comes often to the nursing appointments improves the disclosure of symptoms and helps to refer them to medical team and make more assess.

The purpose of this study is to make a bibliography review about articles related with the importance of nursing in the early detection of AD. The articles obtained were organised in groups depending on the matters each of the articles would talk about. Giving a result of not many papers about nursing and the early detection of AD.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 EPIDEMIOLOGÍA

La EA se trata de un tipo de demencia que afecta a aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo. Este síndrome implica el deterioro de la memoria, la inteligencia, el comportamiento y la capacidad de realizar actividades cotidianas. Se trata de la enfermedad neurodegenerativa más común, siendo el 60-80% de los casos en todo el grupo de personas que sufren demencia (Kovisto et al., 2016).

Se estima que, desde el año de 2018, 50 millones de personas de todo el mundo viven con EA. Y se espera que, si las actuaciones siguen siendo las mismas, esta cifra se triplique a 152 millones de personas en el mundo para el año 2050 (Jellinger et al., 2006). Por ello mismo, es de crucial importancia la actuación desde ahora.

Aproximadamente 228.000 (Alzheimer's Association Report, 2015) millones de dólares se invierten cada año en una población como EE. UU. en el cuidado tanto profesional como en cuidado no especializado para personas que sufren EA. Esto significa que una enfermedad como esta consume significativamente una gran parte de los recursos económicos sanitarios de un país (Alzheimer's Association Report, 2015).

2.2 EFECTOS DE LA EA EN EL PACIENTE.

Este síndrome de deterioro cognitivo global se ha convertido en uno de los mayores problemas en los últimos años para personas de avanzada edad. Esto se debe a diferentes motivos como pueden ser la dieta, el consumo del tabaco, el alcohol o simplemente por los avances tecnológicos y médicos que han permitido disminuir la tasa de mortalidad en edades avanzadas pero que dan oportunidad a muchas enfermedades neurodegenerativas (Rogan et al., 2002).

La EA se produce debido al desarrollo de diferentes procesos en el cerebro de una persona. Se produce debido a que las neuronas han sido dañadas en partes del cerebro que desarrollan una actividad cognitiva. Este daño causado, puede llegar a ser tan grave como para afectar a la movilidad o el tragar de una persona (Alzheimer's Association Report, 2015).

A todo esto, hay que sumarle los problemas que esto conlleva en la calidad de vida del paciente. Estos se vuelven dependientes de un cuidador o familiar con el paso del tiempo, y el poder organizar todo esto con antelación y conociendo como se desarrolla la enfermedad,

son capaces de desarrollar una mejor calidad de vida. Aquellos que no tienen una ayuda desde el principio en identificar la enfermedad en el paciente, no pueden conseguir un apoyo en el cuidado de personas afectadas por esta enfermedad. (Clare y Wilson, 2006)

Los síntomas varían dependiendo del paciente, pero el más común que a todos suelen afectar por igual en el inicio de la enfermedad es la creación de nuevos recuerdos. Esto tiene relación con la enfermedad porque las neuronas que primeramente se ven afectadas son las que desarrollan la actividad de crear nuevos pensamientos. Estas mueren, y el paciente presenta dificultades en memorizar cosas nuevas. Algunos de los síntomas más comunes de la enfermedad son:

- La pérdida de memoria que dificulta la vida diaria.
- Dificultades en planear o resolver problemas.
- Dificultades en desarrollar tareas tanto en el trabajo como en el hogar.
- Dificultades para habituarse en espacio y tiempo.
- Dificultades para identificar en imágenes espacios o tiempos de lo que está ocurriendo.
- Problemas a la hora de hablar o escribir; no acordarse de cómo es una palabra tanto escrita como hablada.
- Olvidando en lugar donde van las cosas, y poniéndolas en nuevos lugares de los que no se acuerda.
- Poco juicio de las cosas.
- Dejar de realizar actividades que desarrollan las relaciones interpersonales o el trabajo.
- Cambios de humor que pueden envolver emociones como la apatía o depresión. Llegando a afectar a la personalidad del paciente.

2.4 TIPOS DE DEMENCIAS QUE PUEDEN SER CONFUNDIDAS CON ALZHEIMER.

Demencias y sus indicadores sintomáticos, biológicos, terapéuticos y biológicos				
Diagnóstico	Síntomas	Proteína afectada	Tratamiento	Notas
Enfermedad de Alzheimer	Degeneración cognitiva progresiva, pérdida de memoria.	APP, A β	Potenciadores colinérgicos para el paso de información entre neuronas y psicoterapia.	Identificar factores de riesgo genéticos.
Demencia con cuerpos de Lewy	Alucinaciones visuales espontáneas, Parkinson y alteraciones en estado de alerta o atención.	α -synuclein	Potenciadores colinérgicos para el paso de información entre neuronas.	Sensibilidad neuroléptica y reactividad paradójica a ciertos medicamentos.
Demencia Frontotemporal	Cambio de personalidad, dificultad del lenguaje y pérdida de memoria.	tau	Ninguno.	Eficacia no probada con potenciadores colinérgicos.
Parálisis supranuclear progresiva	Parálisis supranuclear vertical, Inestabilidad postural.	tau	Ninguno.	Eficacia no probada con potenciadores colinérgicos.
Degeneración cortico basal	Rigidez asimétrica asimétrica, trastorno de la marcha, distonía, apraxia.	tau	Ninguno.	Eficacia no probada con potenciadores colinérgicos.
Demencia Vascular	Disfunción cognitiva aguda, signos de focos neurológicos, hiperreflexia, dificultad de la marcha.	No relacionado.	Identificar factores de riesgo, terapia física y análisis de la marcha.	Neuroimagen podría ayudar a la diagnosis.

Tabla 1 Alzheimer's disease and other dementias: A review (Rogan et al., 2002)

2.5 IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Se ha demostrado que una detección precoz de la EA es crucial para evitar el desarrollo completo de la misma. Al igual que el comenzar un tratamiento o terapia temprana, permite llevar una mejor calidad de vida padeciendo esta enfermedad. Por esto mismo, es muy importante el trabajo de la atención primaria básica para la detección de este tipo de impedimentos mentales (Hort et al., 2010).

Esta detección precoz ayudaría a los pacientes y cuidadores a organizarse y conocer como se va a desarrollar esta enfermedad. Si se les presenta la oportunidad de saber la manera en la que la persona va a desarrollar en cierto modo esta enfermedad, la calidad de vida que pueden tener se aumenta exponencialmente (Herman et al., 2017).

Existen numerosas maneras de realizar una intervención en el paciente para la detección de la enfermedad. Normalmente, el paciente ya padece o presenta cierta afección en su cerebro como puede ser la pérdida de memoria que ocurre en las primeras fases de la enfermedad. Por ello mismo, es muy complicado llevar a cabo una detección precoz o de los primeros síntomas en el paciente (Casado et al., 2018).

FACTORES QUE LIMITAN LA DETECCIÓN PRECOZ		
PERSONALES	CONOCIMIENTOS	CREENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Orientación cultural 	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Conocimientos sobre la enfermedad - Experiencia asistencia en el cuidado básico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estigma de la pena. - Estigma de la vergüenza. - Evitar las relaciones interpersonales. - Tradiciones culturales.

LO CUAL REPERCUTE EN UN IMPACTO PARA

Actitud para buscar ayuda en el Cuidado de Atención Primaria.	Actitud para buscar ayuda en cuidados especializados en la EA.
---	--

Tabla 2 Barreras en la detección precoz.

3. OBJETIVOS

La labor enfermera, es amplia y permite el desarrollo holístico del cuidado. Esto tiene en cuenta a cada una de las partes que conforman el paciente, físico, mental y familiar. Por lo tanto, la importancia de la enfermería en el uso de herramientas como estas pruebas en la entrevista es fundamental para favorecer la calidad de vida del paciente que sufre la EA.

El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión bibliográfica de los artículos relacionados con la importancia del papel del enfermero en la detección precoz de diferentes tipos de demencias, en especial de la EA.

Por otro lado, nos planteamos como objetivo secundario el clasificar los resultados de esta revisión en diferentes temas identificando la relación de los mismos con el tema principal del trabajo.

4. METODOLOGÍA

Se ha diseñado un algoritmo de búsqueda que ha sido añadido en anexos; para lanzar un estudio en Pubmed y Cinahl. Se trata de un estudio sistemático de artículos que cumplan como criterios de selección la relación del papel de la enfermería y el diagnóstico precoz de la EA.

Se ha hecho una búsqueda en Pubmed. Se trata de una base de datos especializada en ciencias de la salud y de acceso libre. Además, se ha utilizado otra base de datos llamada Cinahl (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) que nos permite el acceso a numerosas publicaciones siendo un buscador específico para la enfermería entre muchas otras áreas.

El algoritmo utilizado en cada una de las bases de datos ha sido:

(((((((“Nurses”[Mesh] OR nurse) OR carer)) OR (“Nursing”[Mesh] OR caring))) AND (((“Early Diagnosis”[Mesh] OR “Early detection”) OR “early diagnose”)) AND (“Alzheimer Disease”[Mesh] OR Alzheimer)

De estas bases se han seleccionado los artículos que tengan relación pertinente con el tema y que se tenga acceso desde el Punto Q de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna.

5. RESULTADOS

Utilizando el algoritmo anteriormente mencionado hemos encontrado 90 artículos, de los cuales han sido seleccionados 61.

Por esto mismo, los artículos han sido divididos en 3 diferentes grupos (Diferenciados por 3 colores en la tabla 1 de anexos) que se organizan de la siguiente manera:

- GRUPO A, en color amarillo: Se trata de los artículos encontrados en la búsqueda que tienen relación directa con el papel del enfermero en la detección de la EA.
- GRUPO B, en color gris: Se trata de los artículos que no tienen relación con el papel del enfermero en la detección de EA, pero tratan otros temas diferentes.
- GRUPO C, en color verde: Se trata de artículos que aparecieron en la búsqueda que no tienen relación directa con el papel del enfermero en la detección de la EA, pero que tratan temas sociales y éticos.

GRUPO	RELACIÓN CON EL TEMA	TEMAS TRATADOS Y NÚMERO DE ARTÍCULOS QUE LO TRATAN	AUTORES Y ARTÍCULOS
A (amarillo)	Artículos que tienen relación directa con el papel del enfermero en el diagnóstico precoz de la EA.	Atención primaria.	9 Cordell et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski, 2013 Perfecto et al., 2013 Werner et al., 2014 Nazarko, 2014 Wiese, Williams, 2015 Tang et al., 2017 Yee et al., 2018
		Calidad de vida del paciente.	12 Bradford et al., 2009 Hort et al., 2010 Shearer et al., 2012 Perfecto et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski, 2013 Lin et al., 2013 Antoine, Pasquier, 2013 Nazarko, 2014 Werner et al., 2014 Pulido, 2017 Steiner et al., 2017
		Papel del enfermero en la atención primaria para evaluar.	5 Seltzer et al., 2006 Perfecto et al., 2013 Feckzo et al., 2014 Nazarko, 2014 Wiese, Williams, 2015
		Detección precoz.	17 Seltzer et al., 2006 Huizing et al., 2006 Connell et al., 2009 Bradford et al., 2009 Small, Bullock, 2011 Shearer et al., 2012 Cordell et al., 2013 Suzuki et al., 2013 Perfecto et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski et al., 2013 Lin et al., 2013

				Nazarko, 2014 Feckzo et al., 2014 Baquero, 2015 Steiner et al., 2017 Yee et al., 2018
		Ventajas y limitaciones de los test.	12	Connell et al., 2009 Shearer et al., 2012 Cordell et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski, 2013 Suzuki et al., 2013 Perfecto et al., 2013 Antoine, Pasquier, 2013 Nazarko, 2014 Wiese, Williams, 2015 Pulido, 2017 Tang et al., 2017
		Quién puede hacer uso de los test.	7	Cordell et al., 2013 Perfecto et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski, 2013 Suzuki et al., 2013 Nazarko, 2014 Wiese, Williams, 2015 Tang et al., 2017
		Tipo de test.	7	Cordell et al., 2013 Perfecto et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski, 2013 Suzuki et al., 2013 Nazarko, 2014 Wiese, Williams, 2015 Tang et al., 2017
		Efectividad de la evaluación.	9	Seltzer et al., 2006 Connell et al., 2009 Perfecto et al., 2013 Cordell et al., 2013 Suzuki et al., 2013 Werner et al., 2014 Wiese, Williams, 2015 Tang et al., 2017 Yee et al., 2018
B (gris)	Artículos que no tienen relación directa con el papel del enfermero en el diagnóstico precoz de la EA.	Tratamiento	9	Rogan et al., 2002 Huizing et al., 2006 Avagyan et al., 2009 Hort et al., 2010 Small, Bullock, 2011 Hodges, 2012 Nazarko, 2014 Kovisto et al., 2016 Bos et al., 2018
		Coste	11	Carpentier et al., 2010 Shearer et al., 2012 Lin et al., 2013 Perfecto et al., 2013 Antoine, Pasquier, 2013 Nazarko, 2014 Werner et al., 2014 Wiese, Williams, 2015 Kovisto et al., 2016 Steiner et al., 2017
		Riesgo de padecerla	7	Clare, Wilson, 2006 Hort et al., 2010 Shearer et al., 2012 Perfecto et al., 2013 Antoine, Pasquier, 2013

			Kovisto et al., 2016
	Tipos de demencia	5	Rogan et al., 2002 Avagyan et al., 2009 Hort et al., 2010 Hodges, 2012 Baquero, 2015
	Historia de la EA	3	Rogan et al., 2002 Clare, Wilson, 2006 Hodges, 2012
	Como se produce	8	Rogan et al., 2002 Avagyan et al., 2009 Hodges, 2012 Baquero, 2015 Pulido, 2017 Steiner et al., 2017 Yee et al., 2018 Bos et al., 2018
	Expectativas de la EA	1	Cordell et al., 2013
	Tipo de herramientas	4	Cordell et al., 2013 Perfecto et al., 2013 Wiese, Williams, 2015 Tang et al., 2017
	Pruebas diagnósticas	10	Rogan et al., 2002 Avagyan et al., 2009 Cordell et al., 2013 Bekhet, Zauszniewski, 2013 Nazarko, 2014 Wiese, Williams, 2015 Kovisto et al., 2016 Tang et al., 2017 Yee et al., 2018 Bos et al., 2018
	Problemas relacionados	4	Hort et al., 2010 Antoine, Pasquier, 2013 Baquero, 2015 Herman et al., 2017
	Prevalencia	10	Avagyan et al., 2009 Carpentier et al., 2010 Hort et al., 2010 Shearer et al., 2012 Feckzo et al., 2014 Werner et al., 2014 Wiese, Williams, 2015 Kovisto et al., 2016 Steiner et al., 2017 Yee et al., 2018
	Progresión de la EA	6	Avagyan et al., 2009 Shearer et al., 2012 Suzuki et al., 2013 Antoine, Pasquier, 2013 Bos et al., 2018 Yee et al., 2018
	Diferencia racial	1	Connell et al., 2009
	Factores Genéticos	4	Suzuki et al., 2013 Werner et al., 2014 Bos et al., 2018 Yee et al., 2018
	Barreras para el diagnóstico	8	Huizing et al., 2006 Connell et al., 2009 Bradford, 2009 Antoine, Pasquier, 2013 Suzuki et al., 2013 Perfecto, 2013

				Wiese, Williams, 2015 Casado et al., 2017
C (verde)	Artículos que tienen relación con el papel del enfermero en el diagnóstico precoz de la EA, pero desde un punto de vista ético y social.	Progresión de la enfermedad	6	Seltzer et al., 2006 Avagyan et al., 2009 Shearer et al., 2012 Antoine, Pasquier, 2013 Bos et al., 2018 Yee et al., 2018
		Búsqueda de ayuda	2	Casado et al., 2017 Connell et al., 2009
		Valores éticos	1	Huizing et al., 2006

Tabla 3 Grupos de artículos encontrados en la búsqueda. Organizados por temas, número de artículos y autores. (Ver tabla 1 de anexo)

GRUPO A

En este grupo están englobados temas relacionados directamente con el papel de la enfermería en el diagnóstico precoz de la EA. Uno de los más tratados ha sido la detección temprana de la enfermedad. Todos los artículos defienden la importancia de una detección en los inicios de la enfermedad para poder llevar a cabo un buen tratamiento en el paciente y mejorar esa evolución de la enfermedad. Normalmente, muchos de los diagnósticos se llevan a cabo cuando la persona afectada ya presenta síntomas de fallo cognitivo, pero lo que se defiende en los artículos es básicamente la mejora de la detección en atención primaria para favorecer a todos aquellos pacientes que evolucionen con la enfermedad.

Se han encontrado diferentes factores de riesgo que engloban a ciertas personas con mayor riesgo de padecer esta enfermedad. Se pueden agrupar de diferentes maneras, pero principalmente la edad parece ser uno de los mejores factores a seguir, teniendo en cuenta la edad de la persona, se podría realizar una labor fundamental en la detección de la EA de manera más precisa. Pero es verdad que muchos de los casos son llevados a atención primaria cuando existe algún tipo de problema en la cognición del paciente y el mismo o alguien que se encarga de cuidarle ha notado cierta diferencia.

Además de la edad, existen otros factores genéticos que predisponen a la persona a un riesgo de padecer una enfermedad como esta. De esta manera, si en la familia del paciente ha habido problemas mentales de cognición con generaciones anteriores, lo probable es que el paciente tenga más riesgo de sufrir este tipo de enfermedades.

También se han descubierto diferentes sustancias a estudiar en la sangre de las personas que nos ha permitido identificar un patrón de moléculas que pueden estar directamente relacionadas con el riesgo de padecer la enfermedad, por lo que podría ser una manera de ver el riesgo en personas que cumplan otros requisitos para sufrirla.

Por otra parte, el hecho de que muchos pacientes no visiten a su médico de cabecera no permite llevar a cabo un correcto manejo de la salud por parte del equipo de salud de atención primaria. Si el paciente visita con asiduidad a su enfermero y médico de cabecera, sería mucho más fácil reconocer algún tipo de problema de cognición en el paciente. Pero una vez más, el paciente siempre vive su vida sin ningún problema hasta que algo sucede en la cognición que le hace asistir a la consulta.

Con una praxis adecuada de la atención primaria y pacientes responsables que hacen sus chequeos anuales con su médico y enfermero, se defiende en estos artículos la mejora que se produciría en la detección precoz de la EA. Favoreciendo la calidad de vida del paciente, y mejorando la evolución de la enfermedad. Realizando una detección temprana la evolución de la enfermedad sería mejor.

GRUPO B

Algunos estudios observan con detalle la manera en la que se produce la enfermedad. Y cada uno puede defender muchas causas, aunque la más defendida por los artículos encontrados es aquella que relaciona la EA con la reducción de la síntesis del neurotransmisor acetilcolina. La mayoría defienden un tratamiento colinérgico para estimular la formación de esta molécula y frenar la evolución a medida que pasa el tiempo (Jellinger et al., 2006).

Además, existen factores genéticos en la enfermedad como la incidencia en una familia afectada por esta enfermedad será mayor que la que no presenta ningún caso clínico. Esto está recogido en algunos artículos encontrados en la búsqueda. Se defiende la presencia de ciertos biomarcadores que pueden ser rastreados en una muestra sanguínea del paciente. Y cumpliendo el comportamiento específico de estudio se puede averiguar la probabilidad de padecer esta enfermedad en el futuro o no (Avagyan et al., 2009).

También existe una relación directa entre la EA y las enfermedades relacionadas. Esto ocurre cuando pacientes en riesgo de padecer esta enfermedad o no, presentan enfermedades cardiovasculares, pulmonares, infecciones, artritis, riesgo de caídas, incontinencia, y sobre todo efectos secundarios de medicaciones que tienen prescritas. Por lo tanto, estas enfermedades o problemas pueden afectar a la salud y calidad de vida del paciente, provocando un riesgo mayor a padecer enfermedades como la EA. Además, si existen otros factores como pueden ser genéticos la incidencia de la enfermedad podría ser casi absoluta para el paciente (Hort et al., 2010).

Sobre los costes de la enfermedad, 11 de los 60 artículos hablaron sobre el esto. Pues con el avance de la enfermedad, el coste de los cuidados va aumentando. Y como consecuencia de una mala detección precoz, estos costes siempre serán mayores cuando el paciente no esté preparado para el desarrollo que va a experimentar padeciendo la enfermedad. Por lo que un diagnóstico precoz favorece al paciente en el gasto económico que esto supone para el paciente (Rockwood, 2014). En la actualidad, se estima que globalmente 248 billones de dólares son invertidos en el cuidado de personas que sufren la EA anualmente (Jellinger et al., 2006).

Con respecto al tratamiento, 10 artículos comentaron el tipo de medicación utilizada en cada uno de los casos de demencia. Pero en concreto, para la EA generalmente se defendió el uso de potenciadores colinérgicos para el paso de información entre neuronas y psicoterapia. Esto es muy importante para que el paciente pueda desarrollar una mejor calidad de vida y aprenda a vivir con su enfermedad (Kovisto et al., 2016).

Las barreras para la detección temprana de la EA pueden ser muy diversas. El lenguaje es una de ellas, pues dependiendo de si el paciente habla el mismo idioma que el cuidador o personal sanitario, puede haber una comunicación efectiva o no (Bradford et al., 2009).

La asiduidad con la que el paciente visita a su médico de cabecera también es considerado un impedimento. Durante la mayor parte de nuestra vida de adulto, normalmente asistimos al médico cuando algo nos perturba, pero normalmente no para chequeos anuales (Cordell et al., 2013).

Además, la depresión se ha identificado como uno de los factores bastante relacionados con la EA. Esto ocurre cuando el paciente comienza a darse cuenta de que algo está fallando y le dificulta llevar una vida normal. Lo que afecta a su vida cotidiana y el desarrollo de actividades, aislándolos de la sociedad y poniéndolos en aún más riesgo (Shearer et al., 2012).

Por otra parte, pero no menos importante, en el estudio solo ha aparecido un estudio que relaciona los problemas que personas de raza negra presentan en la detección y diagnóstico de la EA. Por lo que es necesario el desarrollo de este campo para favorecer de manera completa a todos los sectores de la población (Connell et al., 2009).

Las expectativas de futuro de esta enfermedad se basan en una mayor incidencia en la población que provocará mayor involucración por parte de los servicios de investigación y de desarrollo social y médico para favorecer la situación en la que nos encontraremos en un

futuro no muy lejano. El tratamiento y el cuidado de esta enfermedad será mayor. Por lo tanto, en general se espera que al menos estos puntos se cumplan: (Jellinger et al., 2006)

- Una optimización para la diagnosis temprana de la enfermedad en incluso en estados postmorten.
- Una optimización del uso de los marcadores biológicos en los pacientes, haciendo uso de una mejor identificación de factores de riesgo en la enfermedad.
- La realización de estudios longitudinales con autopsias postmorten para identificar la enfermedad y confirmarla.
- Un estudio mayor en la epidemiología y estudio demográfico para la EA y enfermedades relacionadas.

GRUPO C

Este se trata de un grupo de artículos relacionados de manera más subjetiva al tema pertinente del estudio. Esto engloba temas más éticos y sociales con respecto a la detección precoz de la EA.

La aceptación se trata de una consideración generalizada de algo que es positivo. Por lo tanto, el hecho de aceptar padecer la EA es bastante complicado, puesto que el paciente solo ve el problema que es para su vida padecer esta enfermedad, y como le va a afectar a lo largo de su vida. La progresión de esta enfermedad nunca es positiva tampoco, puesto que se trata de una degeneración en el desarrollo de la vida del paciente. Un impedimento con el que ha de acostumbrarse a vivir y esperar cambios a peor.

De esta manera, por miedo a ser juzgados de padecerla, no piden ayuda. Míticas frases de aceptación circunstancial como: 'es propio de la edad', o 'ya ha vivido bastante' son comentarios muy comunes en las familias cuidadoras de alguna persona que padece impedimento cognitivo. Y por no acudir a su médico de cabecera o realizar un estudio de la enfermedad, el paciente va encontrando un impedimento mayor con el paso del tiempo.

A todas estas razones, también hay que sumarle el valor ético de comentar la existencia de un problema en una consulta de atención primaria o no. Cuando un paciente asiste a la consulta para atender problemas relacionados como pueden ser la diabetes, el colesterol, la hipertensión, etc. Y ya tiene tratamiento para todo ello, pero se comienza a percibir problemas de cognición, no se realiza ninguna labor, el hecho de comentarle al paciente que tiene otro problema más de salud podría ser catastrófico. Teniendo en cuenta el tipo de enfermedad que es la EA, a veces es preferible no comentarle al paciente si vemos que existe poca aceptación de la enfermedad. Comentándole a la familia para mantenerlos

informados incluso ellos mismos deciden que no es buena idea comentárselo al propio afectado.

Por lo tanto, cada paciente es diferente y los requerimientos que tienen son completamente diferentes dependiendo de lo que necesite cada uno y el comportamiento que tengan hacia el cuidado de su salud. Las personas que le rodean, como pueden ser la familia o cuidadores externos también juegan un papel fundamental en el cuidado de la EA y cómo actuar sobre ella.

6. DISCUSIÓN

Tras la revisión de artículos llevada a cabo, hemos obtenido una variedad amplia de resultados en los que hemos encontrado en menor o mayor medida con el tema principal: el papel del enfermero en el diagnóstico precoz de la EA.

Existen artículos que destacan la relevancia de una detección temprana de la enfermedad, puesto que está demostrado mayor eficacia del tratamiento cuanto antes se comience con él. Esto ayuda a que, en un paciente con síntomas de padecer la EA, se le pueda administrar la medicación correcta para evitar la evolución de la EA y favorecer la evolución del paciente con la enfermedad (Quinn et al., 2012).

De esta manera, la calidad de vida del paciente sería mucho mejor con el paso del tiempo, y la enfermedad podría ser mucho mejor llevada teniendo en cuenta las limitaciones con las que se va a encontrar en la vida y como evitar un mal desarrollo de la calidad de vida del paciente (Cabrera et al., 2015).

“Cuidar de los cuidadores”, es importante el papel del enfermero en el apoyo y formación de los cuidadores, evitando que los estos se vean afectados por la enfermedad del paciente en el desarrollo personal y laboral, evitando el cansancio y llevando a cabo una buena organización con el personal (Tang et al., 2017).

Algunos autores defienden la existencia de ciertas barreras que existen para identificar la EA. Que pueden ser muy variadas como la moral o ética (Huizing et al., 2015), muchos pacientes encuentran la posibilidad de padecer la EA como un hecho traumático y no quieren aceptarlo, acudiendo a segundas opiniones o ignorándolo. Muchos lo excusan con comentarios como: ‘eso es la edad’.

La entrevista entre el profesional de la enfermería y paciente tiene un papel fundamental en la detección de impedimentos cognitivos. Haciendo uso de algunos de los test como puede ser el Mini Mental, primeros rastros de la enfermedad pueden ser identificados y llevados a un médico para su intervención temprana. Por ello, el papel de la enfermería como figura que cuida del paciente es muy importante para la detección precoz de enfermedades como esta en la entrevista al paciente. Si se tienen en cuenta los factores de riesgo para sufrir la EA, el grupo de enfermería agilizaría el proceso de detección de enfermedades como está disminuyendo el riesgo de una evolución fatal y por consiguiente el coste de la enfermedad (Quinn et al., 2012).

En estas entrevistas muchas herramientas pueden servir de gran ayuda en la detección precoz de la EA. Teniendo en cuenta los factores de riesgo como pueden ser:

- Edad: >50 años, teniendo en cuenta que los pacientes alcohólicos pueden desarrollarla antes. (Clare, Wilson, 2006)
- Enfermedades relacionadas: Pacientes que padecen enfermedades como la diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, problemas cardiacos, respiratorios, etc. Que pueden favorecer la aparición de enfermedades como la EA. (Jennifer et al., 2013)
- Situación social: Los pacientes que viven solos y no tienen una vida social activa son más propensos a la EA. (Jellinger, 2006)

Existen numerosas herramientas utilizadas por el sector sanitario para identificar la enfermedad de la EA en el paciente. Pero normalmente se realiza un primer estudio del impedimento cognitivo en el paciente y si este da un valor con señales de algún tipo de demencia es referido al médico especialista quien tras ciertas pruebas (resonancia electromagnética, tomografía computarizada, análisis de sangre y genéticos, etc.) Las más utilizadas suelen ser aquellas que no repercuten económicamente al paciente o al Servicio de Salud y con los cuales no se necesita mucho tiempo para llevarlas a cabo.

La herramienta utilizada a de concordar con la situación personal del paciente: edad, nivel de educación, necesidad de traductor u otras. El dominio experto para utilizar este tipo de herramientas debe de ser un formato accesible al entendimiento del personal que lo desarrolla. Por ello existe una gran diversidad de herramientas que muchas personas pueden utilizar para identificar problemas en la persona con impedimento cognitivo.

TEST	COMO FUNCIONA	QUIÉN LO DESARROLLA
MMSE Mini Mental State Examination	11 apartados con preguntas y ejercicios	-Personal sanitario: enfermeros, médicos, psicólogos, auxiliares, especialistas, etc. -Cuidadores en residencias de ancianos.
Mini-Cog™	3 ejercicios 1. Se le dan 3 palabras a memorizar. 2. Dibujar y escribir la hora de un reloj. 3. Volver a escribir las palabras de nuevo.	-Personal sanitario: enfermeros, médicos, psicólogos, auxiliares, especialistas, etc. -Cuidadores en residencias de ancianos.
General Practitioner Assessment of Cognition	Simplemente en consulta el médico de cabecera examina al paciente.	Médicos y especialistas en consulta.
AD8 (A Brief Informant Interview to Detect Dementia)	Se basa en 8 situaciones o puntos que son respondidos con: A cambiado, No ha cambiado o No se sabe	-Personal sanitario: enfermeros, médicos, psicólogos, auxiliares, especialistas, etc. -Cuidadores en residencias de ancianos.

Tabla 3 Tipos de test para el reconocimiento de impedimento cognitivo.

El **Mini Mental** se trata de un test bastante accesible para toda persona cuidadora de una persona mayor y que se preocupe por su calidad de vida mental. Consta de 11 apartados que según las respuestas correctas del paciente podremos averiguar el nivel de impedimento cognitivo presentan. Si el resultado llega a ser menor a 24, hablaríamos de una situación de discapacidad.

En el caso del **Mini-Cog™**, hablamos de la presencia de impedimento cognitivo cuando el resultado tras el test 0-3. De esta manera, dependiendo de quién haya realizado el test se buscará ayuda médica especializada para que se lleve a cabo un diagnóstico

adecuado. Por otra parte, en el **AD8** se sumarán todos aquellos '**A cambiado**' identificando un impedimento cognitivo para resultados mayores o iguales a 2.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la importancia del reconocimiento del impedimento cognitivo, y la facilidad con la que alguno de estos test puede ser utilizado, con este estudio veremos si el enfermero como cuidador del paciente hace correcto uso de estas herramientas y si es cierto que este proceso ayuda a una detección precoz y un ahorro económico.

Teniendo en cuenta la facilidad de estos test y el papel de la enfermería en el cuidado del paciente; esta es una oportunidad fundamental para desarrollar el uso de los factores de riesgo y test de identificación de impedimento cognitivo para la detección de la EA y poder actuar en el principio de la enfermedad. Por ello, el papel del enfermero en el diagnóstico precoz de la EA es muy importante. (Liaño, 2005)

Como resumen podemos destacar los diferentes diagnósticos enfermeros en fases iniciales de la EA (Liaño, 2005)

- Déficit de Actividades recreativas.
- Deterioro de la adaptación.
- Aislamiento social.
- Ansiedad.
- Déficit de autocuidado.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Confusión aguda.
- Desempeño inefectivo del rol.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Deterioro de la interacción social.
- Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.
- Deterioro del mantenimiento del hogar.
- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Deterioro de la memoria.
- Trastornos de los procesos de pensamiento.
- Protección inefectiva.
- Deterioro del patrón del sueño.

7. CONCLUSIONES

- No existe una amplia bibliografía que trate sobre la importancia del enfermero en la detección de la EA, muchos artículos encontrados tratan temas relacionados, pero no directamente sobre el enfermero.
- La detección precoz de la enfermedad es fundamental para evitar un desarrollo mayor en la enfermedad, lo cual permite un mejor manejo de la enfermedad, mejoras de la calidad de vida del paciente y gran ahorro del coste económico de la enfermedad.
- El enfermero es fundamental para la detección de impedimento cognitivo, pues presenta los conocimientos sanitarios necesarios para determinar con ayuda de los test y teniendo en cuenta los factores de riesgo si existe impedimento en el paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Paterson J. Nurse-led older adult mental health clinics. *Art&Science*. 2016;18(6):12–8.
2. Anderson-Mooney AJ, Schmitt FA, Head E, Lott IT, Heilman KM. Gait dyspraxia as a clinical marker of cognitive decline in Down syndrome: A review of theory and proposed mechanisms. *Brain Cogn* 2016; 104:48–57.
3. Antoine P, Pasquier F. Emotional and Psychological Implications of Early AD Diagnosis. *Med Clin North Am*. 2013;97(3):459–75.
4. Association A. Alzheimer' s Association Report 2015 Alzheimer' s disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*. 2015;11(3):332–84.
5. Avagyan H, Goldenson B, Tse E, Masoumi A, Porter V, Wiedau-Pazos M, et al. Immune blood biomarkers of Alzheimer disease patients. *J Neuroimmune*. 2009;210(1–2):67–72.
6. Baquero M. Depressive symptoms in neurodegenerative diseases. *World J Clin Cases*. 2015;3(8):682.
7. Bekhet AK, Zauszniewski JA. Psychometric assessment of the depressive cognition scale in caregivers of persons with dementia. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(9):678–84.
8. Bennett C. Identifying delirium in older adults with pre-existing mental illness. *Nurse Pract*. 2017;42(6):39–44.
9. Bos I, Vos SJB, Jansen WJ, Vandenberghe R, Gabel S, Estanga A, et al. Amyloid- β , Tau, and Cognition in Cognitively Normal Older Individuals: Examining the Necessity to Adjust for Biomarker Status in Normative Data. *Front Aging Neurosci*. 2018;10(June):1–11.
10. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2009;23(4):306–14.
11. Cabrera AG, Peña MC, Abd Elaziz KM, Allam MF. Early detection of cognitive disorders: Follow-up study. *Can J Neurosci Nurs*. 2015;37(2):42–6.
12. Carpentier N, Bernard P, Grenier A, Guberman N. Using the life course perspective to study the entry into the illness trajectory: The perspective of caregivers of people with Alzheimer's disease. *Soc Sci Med*. 2010;70(10):1501–8.
13. Casado BL, Hong M, Lee SE. Attitudes Toward Alzheimer's Care-Seeking among Korean Americans: Effects of Knowledge, Stigma, and Subjective Norm. *Gerontologist*. 2018;58(2):25–34.
14. Clare L, Wilson BA. Longitudinal assessment of awareness in early-stage Alzheimer's disease using comparable questionnaire-based and performance-based measures: A prospective one-year follow-up study. *Aging Ment Heal*. 2006;10(2):156–65.
15. Connell CM, Roberts JS, McLaughlin SJ, Carpenter BD. Black and white adult family members' attitudes toward a dementia diagnosis. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(9):1562–8.
16. Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, et al. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimer's Dement*. 2013;9(2):141–50.
17. Feczko A. Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(12):640–8.
18. Gaugler J, James B, Johnson T, Scholz K, Weuve J. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*. 2016;12(4):459–509.

19. Herman L, Atri A, Salloway S. Alzheimer's Disease in Primary Care: The Significance of Early Detection, Diagnosis, and Intervention. *Am J Med.* 2017;130(6):756
20. Hodges JR. Alzheimer's disease and the frontotemporal dementias: Contributions to clinico-pathological studies, diagnosis, and cognitive neuroscience. *Adv Alzheimer's Dis.* 2012; 3:211–7.
21. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2010;17(10):1236–48.
22. Huizing AR, Berghmans RLP, Widdershoven GAM, Verhey FRJ. Do caregivers' experiences correspond with the concerns raised in the literature? Ethical issues relating to anti-dementia drugs. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21(9):869–75.
23. Jellinger KA. Alzheimer 100 - Highlights in the history of Alzheimer research. *J Neural Transm.* 2006;113(11):1603–23.
24. Koivisto AM, Hallikainen I, Välimäki T, Hongisto K, Hiltunen A, Karppi P, et al. Early psychosocial intervention does not delay institutionalization in persons with mild Alzheimer disease and has impact on neither disease progression nor caregivers' well-being: ALSOVA 3-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(3):273–83.
25. Lin JS, O'Conner E, Rossom RC, Perdue LA, Eckstrom E. Review Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic. *Ann Intern Med.* 2013;159(9):601–12.
26. Nazarko L. Cognitive assessment: a guide for community nurses. *Br J Community Nurs.* 2014;18(11):550–3.
27. Pulido Herrera E. Location-based technologies for supporting elderly pedestrian in "getting lost" events. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2017;12(4):315–23.
28. Quinn TJ, McShane R, Fearon P, Young C, Noel-Storr A, Stott DJ. IQCODE for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a community setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(2): 12-8.
29. Rockwood K. Screening and early diagnosis of frailty. *Dalhousie Univ.* 2014;1(1):1111–24.
30. Small G, Bullock R. Defining optimal treatment with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement.* 2011;7(2):177–84.
31. Srinivas P. Diagnosis and management of Alzheimer's disease--an update. *Med J Malaysia.* 1999;54(4):541–50.
32. Steiner ABQ, Jacinto AF, Mayoral VF de S, Brucki SMD, Citero V de A. Mild cognitive impairment and progression to dementia of Alzheimer's disease. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(7):651–5.
33. Suzuki C, Yokote Y, Takahashi T. Changes in daily cognition and behavior of Alzheimer's patients over time: A three-year evaluation using a daily cognition and behavior for Alzheimer's disease scale. *Dementia.* 2015;14(1):126–35.
34. Tang W, Kannaley K, Friedman DB, Edwards VJ, Wilcox S, Levkoff SE, et al. Concern about developing Alzheimer's disease or dementia and intention to be screened: An analysis of national survey data. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017; 71:43–9.
35. Werner P, Goldstein D, Karpas DS, Liliane Chan CK, Lai C. Help-seeking for dementia a systematic review of the literature. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2014;28(4):299–310.
36. Wiese LK, Williams CL. Annual Cognitive Assessment for Older Adults: Update for Nurses. *J Community Health Nurs.* 2015;32(4):187–98.

37. Yee A, Tsui NBY, Chang YN, Au CSM, Fok M, Lau LT, et al. Alzheimer's disease: Insights for risk evaluation and prevention in the Chinese population and the need for a comprehensive programme in Hong Kong/China. *Hong Kong Med J.* 2018;24(5):492–500.
38. Alzheimer's Association Report. Alzheimer's disease facts and figures *Alzheimers Dement.* 2015 Mar;11(3):332-84.
39. Liaño VMB. El Profesional de Enfermería y el Alzheimer. *NURE Investig.* 2005;2(13).

8. ANEXOS

DATE _____ ID _____ AGE _____ GENDER M F LOCATION _____ TESTED BY _____

- 1) **GET THE PATIENT'S ATTENTION, THEN SAY: "May I check your memory? This will take some concentration. I am going to say three words that I want you to remember now and later. (Other lists of unrelated words may be used.) The words are**

Banana Sunrise Chair.

Please say them for me now." (May present words up to 3 times if necessary. If unable after 3 tries, go to next item.)

Hand the person a pen or pencil, and provide a blank sheet of paper. You may provide a pre-drawn circle if preferred.

- 2) **SAY ALL THE FOLLOWING PHRASES IN THE ORDER INDICATED: "Please draw a clock. Start by drawing a large circle."** (Omit this step if you have provided a pre-drawn circle. When this is done, say) **"Put all the numbers in the circle."** (When done, say) **"Now set the hands to show 11:10 (10 after 11)."** If subject has not finished clock drawing in 3 minutes, discontinue and ask for recall items. *Note that you must ask for the words and score the recall item even if the participant did not repeat any of the words during the repetition phase.*

Score the clock (see below for instructions): Normal clock 2 points Clock Score
Abnormal clock 0 points

A NORMAL CLOCK HAS ALL OF THE FOLLOWING ELEMENTS:

All numbers 1-12, each only once, are present in the correct order and direction (clockwise).

Two hands are present, one pointing to 11 and one pointing to 2.

ANY CLOCK MISSING ANY OF THESE ELEMENTS IS SCORED ABNORMAL. REFUSAL TO DRAW A CLOCK IS SCORED ABNORMAL.

- 3) **SAY: "What were the three words I asked you to remember?"** Write any words offered by the participant in the spaces below.

_____ (Score 1 point for each word correctly recalled)

3-Item Recall Score

Total Score = 3-item recall plus clock score =

Ilustración 1 MiniCog Test ejemplo. (Wiese, Williams, 2015)

Patient ID#: _____
 Date: _____

Remember, "Yes, a change" indicates that there has been a change in the last several years caused by cognitive (thinking and memory) problems.	YES, A change	NO, No change	N/A, Don't know
1. Problems with judgment (e.g., problems making decisions, bad financial decisions, problems with thinking)			
2. Less interest in hobbies/activities			
3. Repeats the same things over and over (questions, stories, or statements)			
4. Trouble learning how to use a tool, appliance, or gadget (e.g., VCR, computer, microwave, remote control)			
5. Forgets correct month or year			
6. Trouble handling complicated financial affairs (e.g., balancing checkbook, income taxes, paying bills)			
7. Trouble remembering appointments			
8. Daily problems with thinking and/or memory			
TOTAL AD8 SCORE			

Ilustración 2 AD8 ejemplo (Wiese, Williams, 2015)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.


Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible.
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

Ilustración 3 Test Mini Mental State Examination

