



Universidad
de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia



Cuidados no farmacológicos del paciente con Enfermedad de Alzheimer

Bárbara Gabriella Juan Bandini

Tutor: Tomás González Hernández

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección Enfermería y Fisioterapia

Tenerife

Universidad de La Laguna

Mayo 2017



Universidad
de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Cuidados no farmacológicos del paciente con Enfermedad de Alzheimer

Autora:

Bárbara Gabriella Juan Bandini

Firma de la alumna

Tutor:

Tomás González Hernández

Vº. Bº del tutor

La Laguna a 25 de mayo 2017

RESUMEN

Con el envejecimiento progresivo de la población, la enfermedad de Alzheimer (EA) se está convirtiendo en una epidemia y los países desarrollados deben afrontar un reto para el que no existen protocolos. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión sobre los cuidados no farmacológicos de enfermos de Alzheimer en el mundo, particularmente en el medio extrahospitalario. Según el World Alzheimer Report de 2016 (WAR), los cuidados de los pacientes con EA varían de unos países a otros dependiendo del desarrollo socioeconómico, el modelo sanitario, la formación sanitaria y las convicciones culturales. El cuidado de pacientes con EA en España sigue las directrices del WAR. La asistencia se centra en los equipos de Atención Primaria (AP), responsables del diagnóstico de presunción, cuya confirmación se realiza en los servicios de neurología. Recientemente se han incorporado diferentes servicios de apoyo y especialistas que ayudan a mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares. Se editan guías oficiales con protocolos que son incorporados al Servicio Nacional de Salud. En estas guías se destaca el papel protagonista de enfermería de AP en el diagnóstico y cuidado de los pacientes de Alzheimer. Sin embargo quedan aspectos por mejorar. Muchos cuidadores no son remunerados. La formación de los sanitarios sobre EA es mejorable. Recomendaciones recogidas en las guías no alcanzan a la mayor parte de afectados por falta de recursos. Por último, no existen protocolos sobre cuidados paliativos y los medios actuales son insuficientes para realizar estos servicios en el entorno familiar.

Palabras clave. Enfermedad de Alzheimer, Intervención Enfermera, Atención Integral, y Cuidados paliativos.

ABSTRACT

The progressive aging of the population causes that Alzheimer's disease (AD) becomes a major challenge in the world. Developed countries have to face an epidemic for which no action protocols have been designed. The subject of this study was to make 1. an update of the non-pharmacological cares of AD patients in the world, particularly involving the out-of hospital environment, and 2. a comparative analysis of this issue in Spain. According to the World Alzheimer Report of 2016, the care of patients with AD varies from country to country depending on the socioeconomic development, health model, health training and cultural convictions. The care of patients with AD in Spain follows the WAR guidelines. The assistance is focused on the Primary Care (PC) teams, responsible for the presumptive diagnosis, whose confirmation is performed in the neurology services. Recently, different family support services and specialists that improve the quality of life of patients and families have been incorporated to the PC teams. Specific care guides have also been included into the National Health Service. These guidelines highlight the role of PC nursing in the diagnosis and care of Alzheimer patients. However some aspects still need to be improved. Many caregivers are unpaid. The training of health workers on AD should be improved. Recommendations included in the guides do not reach the majority patients because the lack of resources. Finally, no protocols on palliative care exist and the means are insufficient to perform these services in the family environment.

Keywords. Alzheimer's Disease, Nurse Intervention, Integral Care and Palliative Care.

ÍNDICE

1.Introducción	1
1.1. Demencia: definición y clasificación	1
1.2. Enfermedad de Alzheimer: etiología y características anatomopatológicas	2
1.3. Epidemiología e impacto socioeconómico	3
1.4. Clínica de la Enfermedad de Alzheimer	4
1.5. Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer	5
2.Obejetivos	7
3.Material y Métodos	8
4.Resultados y Discusión	10
1.1. Panorama de la asistencia a enfermos de Alzheimer	10
1.2. Asistencia de enfermos de Alzheimer en nuestro entorno.....	13
5.Conclusión	18
6.Bibliografía	19

Abreviaturas

EA	Enfermedad de Alzheimer
APP	Proteína Precursora Amiloide
CEAFA	Confederación Española de Alzheimer
DMS-III	American Psychiatric Association's Diagnostic and Statical Manual of Medical Disorders
UPP	Úlceras por Presión
WAR	World Alzheimer Report
AVD	Actividades de la Vida Diaria
AP	Atención Primaria
SNS	Servicio Nacional de Salud
DM	Diabetes Mellitus
HTA	Hipertensión Arterial
MHI	The Mandatory Health Insurance
GPC	Guía de Práctica Clínica

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Demencia: definición y clasificación

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por trastornos de la memoria, deterioro del lenguaje y otras funciones cognitivas, y cambios en la conducta y las actividades de la vida diaria. El término fue acuñado por el psiquiatra alemán Alois Alzheimer hace más de 100 años y su diagnóstico es clínico. Deben coincidir más de un signo de déficit cognitivo, siendo la afectación de la memoria uno de ellos y su severidad debe ser suficiente para interferir con la vida normal ¹.

Las demencias se han clasificado de diferentes formas. La clasificación más seguida atiende en primer lugar a las causas, primarias o secundarias. Las primarias son las enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. Atendiendo a los síntomas, dentro de ellas diferenciamos: 1. las que sólo se manifiestan con demencia, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Pick y otras formas de atrofia cerebral focal progresiva, y 2. las que podemos llamar “demencia-plus”, en las que además de la demencia se presentan otros signos, preferentemente motores, que indican afectación subcortical, como la enfermedad de Parkinson, la demencia con cuerpos de Lewy, la parálisis supranuclear progresiva o la enfermedad de Huntington. En las demencias secundarias existe una causa diferente de la neurodegeneración, bien que afecten primariamente al tejido cerebral, como la demencia multiinfartos, las debidas a aumento de la presión cerebral intracraneal, o secundarias a enfermedades endocrinas, tóxicas o metabólicas que ocasionen alteraciones en el metabolismo o aporte de nutrientes al tejido cerebral.

1.2 Enfermedad de Alzheimer: etiología y características anatomopatológicas

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia más frecuente. En el 1 a 5% de los casos se reconoce una causa genética, asociada a mutaciones en el gen de la proteína precursora de amiloide (APP) o de las presenilinas 1 y 2, pero el resto son esporádicas y la causa se desconoce. Como en otras enfermedades neurodegenerativas, se piensa en la participación de factores de riesgo, tanto ambientales como genéticos (polimorfismos de un solo nucleótido, SNPs), cuya coincidencia cristaliza la enfermedad. Actualmente se considera una proteinopatía. El daño neuronal es debido a un defecto en la degradación de proteínas. Las proteínas

anómalas o mal plegadas tienden a agregarse y en este proceso dan lugar a compuestos tóxico que alteran diferentes aspectos de la homeostasis celular.

Desde el punto de vista anatomopatológico se caracteriza atrofia cerebral más llamativa en el lóbulo temporal por la afectación preferente de áreas hipocampales, degeneración neuronal, presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares. Las placas seniles son agregados proteicos extracelulares cuyo núcleo está formado por β -amilioide. Los ovillos neurofibrilares son agregados proteicos intracelulares cuyo núcleo es la proteína tau.

1.3 Epidemiología e impacto socioeconómico de la enfermedad de Alzheimer

Aunque existe cierta variabilidad en los datos epidemiológicos sobre demencias en general y EA en particular, se estima que actualmente más de 47 millones de personas, el equivalente a la población total española, sufren de demencia en el mundo ². La mejoría de la esperanza de vida, y el consecuente envejecimiento progresivo de la población, han provocado un aumento de las enfermedades asociadas al envejecimiento, y entre ellas las enfermedades neurodegenerativas. Se calcula que cada 20 años se duplicará el número de pacientes con demencia. En el año 2050, 131 millones de personas sufrirán demencia. Teniendo en cuenta que la EA constituye el 65-70% de las demencias, podemos considerarla una autentica epidemia del siglo XXI en los países desarrollados. La prevalencia de EA en la población general es de aproximadamente el 1.3%, y por encima de los 60 años del 4 al 8%, con una incidencia de 1,4% de casos nuevos al año, aumentando sustancialmente en cada década posterior de la vida ³. Los datos sobre la incidencia de EA en España también muestran variabilidad de unos estudios a otros. Sin embargo, todos coinciden en que la incidencia es discretamente superior a la media de los países del entorno, probablemente por tener una de las mayores esperanzas de vida de Europa. Se calcula que el 9-12% de la población española por encima de los 70 años padece algún tipo de demencia y entre el 7 y 9%, dependiendo de los estudios, padece EA ⁴, por lo que se calcula que en España pueden haber unos 600.000-700.000 enfermos de Alzheimer. De acuerdo con Takizawa C y cols ² y con datos publicados por la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA), la suma de gastos directos (relacionados con hospitalizaciones, visitas médicas, gastos farmacéuticos, ayuda doméstica, adecuación del hogar, centros de día, etc) y gastos indirectos (derivados de la pérdida de productividad del cuidador/a) en nuestro país

sobrepasan los 26.000 € anuales, lo que hace que la EA sea un reto sociosanitario y económico de primer orden.

1.4 Clínica de la enfermedad de Alzheimer

Como comentamos más arriba, el síntoma fundamental de la EA es la pérdida de memoria episódica, que se manifiesta inicialmente por la dificultad para el registro de nueva información. Posteriormente se afectan aspectos del lenguaje, capacidades constructivas, praxis motoras y funciones ejecutivas. Cabe señalar que aunque en su forma típica debuta con pérdida de memoria, existen formas de inicio atípico que se presentan con un síndrome frontal, un cuadro de afasia progresiva, apraxia progresiva o un síndrome agnósico visual por atrofia cortical posterior ¹.

El curso clínico de esta enfermedad viene determinado por la topografía y progresión de las lesiones cerebrales. Desde principios del siglo XIX ha habido interés por establecer los estadios de la enfermedad ⁵. La publicación en 1980 de la 3ª edición del “American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistical Manual of Medical Disorders” (DMS-III) identificó tres estadios de demencia degenerativa primaria. En 1982, se establecieron dos nuevas formas de clasificación de progresión de la EA: el “Clinical Demencia Rating” que distingue 5 estadios, y la “Global Deterioration Scale” que diferencia 7 estadios. Esta es la forma más seguida en las consultas de una unidad de demencia y en forma abreviada ha sido reproducida en diferentes publicaciones ⁶.

Escala de Deterioro Global resumida (Tomada de Reisberg B y cols⁶)

Primera etapa: El paciente no es consciente de sufrir daño cognitivo. No presenta problemas en las actividades de la vida diaria.

Segunda etapa: El paciente es consciente de sufrir trastornos cognitivos leves, como pequeños despistes, dejar cosas fuera de su lugar, confundir nombres de objetos o personas familiares, etc., que generalmente acepta por ser debidos al envejecimiento normal. Estos defectos pueden pasar desapercibidos por familiares, amigos o compañeros de trabajo.

El valor diagnóstico del déficit cognitivo subjetivo, es decir, el reconocimiento de padecer olvidos o confundir nombres de objetos o personas, ha sido cuestionado más recientemente ⁷.

Tercera etapa: En esta fase el déficit cognitivo leve se hace evidente a familiares, amigos o compañeros de trabajo. Los síntomas primarios derivan en problemas de memoria o concentración lo cual puede medirse por una entrevista detallada. Algunas dificultades comunes en esta etapa son: dificultad para encontrar la palabra adecuada y para recordar nuevas, al igual que retener información en una lectura, mayor dificultad para realizar tareas sociales o laborales y capacidad disminuida para planificar y organizar.

Cuarta etapa: Caracterizada por el déficit cognitivo moderado que se detecta fácilmente en la evaluación clínica. El paciente presenta dificultades con sus gestiones económicas rutinarias, al ir de compras, en la preparación de platos o en seguir trayectos habituales. En la entrevista clínica se detectan fallos en recordar acontecimientos recientes de la historia personal. Presentan cambios de humor sobre todo en situaciones que comprometen al paciente social y mentalmente.

Quinta etapa: Se la designa como déficit cognitivo moderadamente severo. El paciente presenta lagunas de memoria importantes que le conducen a la desorientación en espacio y tiempo. No pueden vivir sin asistencia. En dicha fase, el individuo aún rechaza la ayuda de un cuidador.

Sexta etapa: El déficit cognitivo es severo. Es incapaz de verbalizar hechos recientes de su vida. Olvida los nombres de las personas más próximas. Necesitan ayuda para vestirse adecuadamente, alimentación y evacuación. Pueden desarrollar incontinencia. El individuo padece problemas de conducta, con episodios de agitación o conductas repetitivas y otros cambios de personalidad. También sufren alteraciones del ciclo normal del sueño (durante el día concilian el sueño pero por las noches se mantienen alerta).

Séptima etapa: Fase severa tardía con deterioro cognitivo muy severo. Se conservan muy pocas palabras inteligibles hasta perder las habilidades verbales aunque a veces pueden articular palabras o frases ⁸. No camina ni es capaz de levantarse solo o colaborar en su higiene, no sonrío, va perdiendo la capacidad de mantenerse sentado sin apoyos adicionales y la postura la de la cabeza. Llegados a este punto de la enfermedad el paciente no tiene la capacidad de responder al entorno que le rodea y tampoco puede controlar respuestas motoras (los reflejos se vuelven anormales, presentan espasticidad y disfagia ,por tanto en esta etapa se requiere la presencia de

un cuidador, que ayude en todos los cuidados posibles para proporcionar una calidad de vida digna.

A pesar de la indiscutible utilidad de este estadiaje en la consulta médica, desde el punto de vista práctico dirigido a los cuidados del paciente, de acuerdo con la CEAFA podemos resumirlas en tres etapas, cada una de ellas con características específicas: etapa inicial (2-4 años de duración), etapa intermedia (3-5 años de duración) y etapa final (3-5 años de duración). El National Institute of Aging del NIH también identifica estas tres fases como la leve, moderada y severa.

La fase inicial/leve de la enfermedad se caracteriza por la aparición de fallos en la memoria reciente, cambios de personalidad (desinterés y/o depresión), episodios leves de desorientación y problemas de adaptación a situaciones nuevas. Abarca aproximadamente las tres primeras etapas de la Escala de Deterioro Global.

En **la fase intermedia/moderada** el deterioro cognitivo tiene más relevancia, se ven afectadas tanto la memoria reciente como la remota. Aparecen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Las relaciones sociales se ven afectadas por la incapacidad de mantener una discusión sobre un tema en concreto. Así cómo es posible la aparición de síntomas psicóticos.⁸ El paciente muestra dificultad a la hora de realizar actividades de la vida diaria como asearse, vestirse o una necesidad básica como lo es la alimentación. Corresponde aproximadamente a la fase 4 y 5 de la Escala de Deterioro Global.

En **la fase final/severa** (demencia grave), el enfermo muestra un detrimento de la memoria grave y muy comprometido. Debido a su estado mental el paciente se muestra muy inseguro con respecto al medio que lo rodea. Posteriormente es incapaz de ejecutar ninguna actividad de la vida diaria, se encuentra inmovilizado, con incontinencia urinaria y fecal, disfagia y lenguaje ininteligible o mutismo. Esta situación lleva al enfermo a poder padecer problemas que comprometan su salud como: neumonía, deshidratación, malnutrición y UPP (Úlcera por Presión). Corresponde aproximadamente a las dos últimas fases de la Escala de Deterioro Global.

1.5 Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.

La EA, como otras enfermedades neurodegenerativas, no tiene cura. A pesar de los recursos empleados en investigación durante las últimas décadas, haber identificado algunas mutaciones causantes de la enfermedad y disponer de diferentes modelos

animales, seguimos sin disponer de un tratamiento que detenga o enlentezca su curso. Esto hace que nuestras posibilidades se limiten a aliviar síntomas.

1.5.a: Tratamiento farmacológico:

Actualmente se dispone de dos tipos de fármacos aprobados para la EA. Por un lado, los inhibidores de la acetilcolinesterasa, enzima responsable de la degradación del neurotransmisor acetilcolina. La observación de un descenso de la transmisión colinérgica en cerebros de pacientes con EA hizo pensar que la caída de inervación colinérgica cerebral desde el núcleo basal de Meynert era el origen de la enfermedad. Posteriormente se comprobó que esto no era así ya que la “reparación” bioquímica de este sistema, conseguía paliar temporalmente los síntomas pero no detener el curso de la enfermedad. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa son útiles para aliviar los síntomas cognitivos en la fase leve y moderada, y se utilizan tres compuestos: Donepezilo, rivastatina y galantamina. Por otro lado, los antagonistas de los receptores N-metil-D-aspartato del glutamato. El glutamato es un neurotransmisor excitatorio que pueden ejercer efectos neurotóxicos en determinadas circunstancias, particularmente a través de receptores N-metil-D-aspartato. Hay evidencias de que el efecto neurotóxico del glutamato participa en la patogenia de la EA. Memantine es un antagonista de receptores N-metil-D-aspartato con indicación en las fases moderada y grave de la EA, aunque su efectividad se ha cuestionado en algunos trabajos ⁹. Otros compuestos como antidepresivos y antipsicóticos, particularmente risperidona, pueden ayudar durante el proceso a aliviar los trastornos de conducta, como la agitación, agresividad o el insomnio.

1.5.b: Tratamiento no farmacológico:

La ausencia de tratamiento curativo, su carácter crónico y el efecto devastador sobre el paciente y el entorno familiar convierten a la EA en un reto sanitario multidisciplinar que implica a médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, asistentes sociales y cuidadores, con papeles específicos en cada fase de la enfermedad. La atención al paciente debe coordinarse desde el centro de salud y contemplar diferentes aspectos: programas de estimulación cognitiva para mejorar la cognición y conducta en las fases leve y moderada; entrenamiento de actividades de la vida diaria, control de trastornos de conducta, información al paciente (según los casos) y a agentes cuidadores, seguimiento en progresión de la enfermedad para detectar cambios en las necesidades, formación y atención a los cuidadores y cuidados paliativos ⁴.

2. **Objetivos**

Los objetivos de este trabajo son:

1. Hacer una revisión bibliográfica sobre las pautas de tratamiento no farmacológico de la EA, atendiendo particularmente a la atención integral en el medio extrahospitalario.
2. Realizar un análisis comparativo de los protocolos existentes con la posibilidad de mejorar las intervenciones en nuestro entorno.

3. Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica evaluativa, centrada en el conocimiento basado en la evidencia científica, donde nos centramos en valorar el abordaje integral no farmacológico al paciente con EA.

A continuación se describirán las etapas a través de las cuales se ha realizado esta revisión bibliográfica.

Búsqueda Bibliográfica

Se realizó una búsqueda de documentos primarios y secundarios, en bases de datos y páginas de internet relacionadas con el tema. Las principales bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Scielo y Punto Q del mismo modo, se emplearon documentos y artículos de distintas organizaciones, en concreto, de la página web del Ministerio de Sanidad, la página web de la Confederación Española de Alzheimer y la página web de Alzheimer's Association. Para ello se usaron palabras claves, como "Alzheimer", "Alzheimer nurse", "Alzheimer Cares", "Alzheimer's Disease treatment", "Cuidados Demencia", "Tratamiento Alzheimer", "Demencia España", "Fases Alzheimer".

Como criterios de inclusión, tomamos artículos, investigaciones y Guías de Práctica Clínica escritas a partir de 2006, aún así, se añadió un artículo publicado en el año 2004, por su relación con la EA y su relevancia en los cuidados al paciente con demencia. Los criterios de exclusión fueron artículos anteriores a 2006 e información no relevante sobre la EA.

Para comenzar la búsqueda de artículos, se empezó analizando la EA para centrar el tema, y una vez hecho esto se pasó a analizar cada una de las posibles intervenciones que se pueden realizar en el tratamiento no farmacológico de esta enfermedad. A continuación se muestra una tabla donde se refleja la estrategia de la búsqueda.

Fecha De Búsqueda	Base de datos o páginas web	Palabras Clave	Estrategia de Búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos utilizados
16/01/2017	Punto Q	Alzheimer	Sin Filtros	303.417	3
16/01/2017	Punto Q	Alzheimer	Filtro por idiomas: solo inglés	286.944	2
16/01/2017	Punto Q	Alzheimer	Filtro por idiomas: solo español	2.363	2

17/01/2017	Punto Q	Alzheimer Nurse	Filtro por idiomas: Español y por año: 2006-2014	17	2
17/01/2017	Punto Q	Alzheimer Cares	Filtro por: artículo y por idioma: inglés	1.1922	2
18/01/2017	Punto Q	Alzheimer Cares	Filtro por: artículo y por idioma: español	9	1
22/01/2017	Pubmed	Alzheimer AND nurse	Filtro por: free full text, 5 years, humans	53	1
29/01/2015	Pubmed	Alzheimer AND cares	Filtro por: free full text, 5 years, humans	680	3
29/1/2015	Pubmed	Alzheimer's Disease Treatment	Filtro por: review, full text, 5 years, human	971	2

Fecha De Búsqueda	Base de datos o páginas web	Palabras Clave	Estrategia de Búsqueda	Nº artículos encontrados	Nº artículos utilizados
1/02/2017	Nure Investigation	Alzheimer Cuidados	Sin Filtros	2	2
1/02/2017	Ministerio de Sanidad	Alzheimer Cuidados	Sin Filtros	1	1
3/02/2017	CEAFA	Alzheimer Etapas	Sin Filtros	1	1
4/02/2017	Scielo	Alzheimer Cares	Filtro por: regional	428	2
4/02/2017	Scielo	Alzheimer Nurse	Filtro por: España	822	3

4. Resultados y Discusión

Utilizando los criterios comentados en el apartado anterior, se seleccionaron primeramente 14 trabajos afines al tema. En éstos, se hizo un segundo filtrado eligiendo 7 por las siguientes razones: 1. actualidad, 2. amplio contenido dirigido al tratamiento no farmacológico y atención integral a pacientes con demencia, 3. análisis comparativo de la atención al paciente con demencia en diferentes países, y 4. estudios realizados en entornos socioculturales similares a los de nuestra comunidad.

4.1 Panorama de la asistencia a enfermos de Alzheimer

De acuerdo con el World Alzheimer Report 2016 (WAR) publicado por Prince y cols¹⁰ la atención a la enfermedad de Alzheimer (EA), y a las demencias en general, varía mucho de unas regiones a otras, sin considerar países que sufren hambruna o conflictos bélicos, en los que las prioridades sanitarias son otras. Países como China y México, que en otros aspectos cuentan con sistemas de salud dotados con buena asistencia primaria y hospitalaria, y el apoyo de otros servicios sociosanitarios, la atención a las demencias no son consideradas prioritarias. En parte por razones culturales, ya que la demencia es considerada un fenómeno normal del envejecimiento, y en parte por la falta de conocimientos del facultativo que atiende al paciente en primera instancia. Estas dificultades hacen que el paciente con demencia no reciba la asistencia sanitaria que le corresponde y que los cuidados sean finalmente proporcionados por un cuidador familiar sin la formación adecuada. Además, generalmente no tienen acceso a ayudas económicas u otro tipo de apoyos, como los cuidadores de relevo, y las instituciones que reciben a estos pacientes suelen ser insuficientes y con el perfil de geriátricos que admiten diferentes tipos de pacientes con necesidades diversas.

Algunos países en estas condiciones se han esforzado en el diseño de planes para promover el bienestar y la calidad de vida del enfermo de Alzheimer y su familia. Sin embargo no están apoyados en partidas presupuestarias, lo que hace que los servicios estén disponibles solo para la población con mayor poder adquisitivo.

Otro ejemplo digno de mención es Sudáfrica. No cuentan con planes ni políticas enfocadas a la detección y tratamiento de la demencia, y se desconoce el impacto de la enfermedad y su prevalencia. Según el WAR, la justificación de esta situación es que la atención sanitaria de esta república se concentra en el SIDA, su detección y cuidado. La falta de un plan nacional y de mejoras sanitarias en la demencia se asocia

a la falta de comprensión por los profesionales sanitarios, con el convencimiento de que no existe posibilidad de tratar la enfermedad, lo que conlleva que los enfermos sean excluidos de una atención especializada. Como muestra de esta actitud, un estudio en el municipio de Soweto refleja que el profesional de enfermería es formado para ser capaz de diferenciar la demencia del delirio. Los pacientes con delirio que acudían a los consultorios eran detectados y remitidos para un tratamiento específico, pero los pacientes con demencia eran enviados a sus hogares, sin apenas contemplar la clínica de la enfermedad. En la práctica, pocos servicios, incluyendo asistencia primaria, hospitales de segundo nivel y hospitales universitarios, en parte apoyados por ONGs, atienden enfermos de Alzheimer.

En otra situación se encuentran países como Canadá o Corea del Sur. Canadá cuenta con un protocolo de actuación clínica aprobado en el "Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and treatment of Dementia". Según este protocolo, la demencia como síndrome se deben diagnosticar en AP, y su tratamiento desde el comienzo es responsabilidad del equipo de AP.

Corea del Sur está desarrollando su tercer Plan Nacional de demencia dirigido a fortalecer las instituciones existentes y a la realización de programas coordinados de cuidados a los pacientes. El Instituto Nacional de la demencia gestiona y coordina los diecisiete centros regionales proporcionando educación sanitaria a los profesionales y llevando a cabo investigaciones y campañas de concienciación social.¹⁰ Este país de Asia Oriental ofrece atención continuada y dispone de políticas de apoyo para pacientes con demencia desde los estadios iniciales de la enfermedad: cuidados domiciliarios para las actividades de la vida diaria (AVD) por profesionales de enfermería, estimulación cognitiva, formación del personal/cuidador, relevo del cuidador y residencias. Dispone además de una línea nacional de ayuda para cuidadores abierta las 24 horas del día.

Ante esta situación tan diversa, el WAR propone como directriz general que la asistencia sanitaria a las personas con demencia sea: 1. continuada, 2. con opciones de tratamiento y planes de cuidados diferenciados en cada fase, 3. realizada bajo supervisión de profesionales sanitarios a medida que la enfermedad evoluciona y 4. con posibilidades de delegar en otros profesionales ciertas tareas. Estos cuidados se deben abordar a tres niveles de atención: 1. atención primaria (AP), 2. atención hospitalaria general aguda y 3. cuidados paliativos. El WAR subraya particularmente la relevancia de la AP en la educación sanitaria y la detección precoz de la demencia y que la formación a profesionales sanitarios en el manejo de pruebas cognitivas

sencillas permite la identificación de estos pacientes en AP. Sin embargo, este esquema de atención choca con un importante problema de política sanitaria, en muchos países la enfermedad de Alzheimer está infradiagnosticada. El propio Servicio Nacional de Salud (SNS) español reconoce que más del 25% de pacientes se puede encontrar en esta situación en nuestro país¹¹. Lo que impide tener una visión objetiva de las necesidades asistenciales.

Por otro lado, queremos destacar dos estudios. Uno exploratorio cuantitativo realizado en Brasil en 2011¹², en el se realizaron encuestas a enfermeras de dos hospitales sobre las características de la EA, factores de riesgo, vías de diagnóstico, complicaciones, tratamiento farmacológico y cuidados al paciente y la familia. Los resultados de la encuesta revelaron que los conocimientos eran escasos y se limitaban a datos inmediatos al ingreso de cada paciente. Identificaban los signos y síntomas, pero solo se reconocían a ellas mismas como asistentes de apoyo, en lugar de participar activamente en resolver necesidades de los pacientes y en el apoyo familiar. El otro es una revisión sistemática realizada en 2015¹³, utilizando diferentes buscadores de especialidades médicas, sobre el entorno hospitalario y los conocimientos del personal de enfermería de unidades de hospitalización médico-quirúrgica sobre los enfermos de Alzheimer. Los resultados revelaron un ambiente de cuidados inadecuados y falta de conocimiento de aspectos fundamentales del cuidado de estos pacientes, lo que crea sentimientos de impotencia y estrés en los sanitarios. Considerados conjuntamente, ambos estudios concluyen en el impacto positivo de un entorno adecuado para tratar a los enfermos, la formación en atención de la demencia y un enfoque asistencial que incluya diferentes disciplinas (terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, etc.).

Con respecto a los cuidados paliativos existen discrepancias con respecto a su protocolo de aplicación en las demencias. Según el WAR esto es debido a la falta de consenso en la definición de demencia avanzada y la indefinición de una fase clara de fin de vida. En este punto debemos señalar que la “Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2011” del Ministerio de Sanidad y Consumo de España define a los cuidados paliativos como una “filosofía cálida y humanista de atención al paciente y familia”¹⁴ cuyos objetivos principales son proporcionar alivio al sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los enfermos en su última fase. En sentido amplio, en la EA estarán dirigidos a prolongar la vida del paciente, mantener la función motora y cognitiva, y lograr la comodidad del enfermo hasta el último día de su vida. En cualquier caso, la aplicación y calidad de los cuidados al final de la vida dependen de las condiciones sanitarias de cada país y de las convicciones éticas y religiosas de

pacientes y familiares. Al hablar de la familia, se debe tener en cuenta que junto con el paciente, se les considera una unidad de atención, siendo un principio indiscutible del equipo de cuidados paliativos el servir de guía y ayuda a los allegados de los pacientes, promoviendo su capacidad para prestar soporte emocional y práctico, adaptarse al proceso y afrontar el duelo y la ausencia. En los últimos años, la formación sanitaria en cuidados paliativos y los aspectos éticos que rodean estos cuidados ha cambiado favorablemente en países con ingresos altos, incluido el nuestro.

En su revisión sobre cuidados paliativos en EA, Bezerra de Queiroz y cols¹⁵ diferencian tres niveles de actuación. *Los cuidados biológicos/físicos*, dirigidos al cuidado integral y continuado de las necesidades físicas del enfermo, desde la prevención de infecciones intercurrentes al tratamiento del dolor, la DM (Diabetes Mellitus), HTA (Hipertensión Arterial) y UPP. *Los cuidados psicológicos*, cuyo objetivo es apoyar la unión de la estructura familiar, promoviendo la comunicación entre los cuidadores del paciente, sirviendo de sustento emocional y social. El profesional que trabaje en este ámbito debe proponer terapias que pueden mejorar el estado de ánimo y estimulación sensorial, y ser el punto de unión entre familiares y equipo paliativo. En tercer lugar, los *cuidados de índole socio-interaccional*, dirigidos a mantener al paciente en un ambiente social adecuado a cada fase de la enfermedad, realizando actividades que potencien la funcionalidad, cognición y estado físico. En la experiencia de este equipo brasileño, la intervención psicosocial reduce la necesidad de usar tratamiento antipsicótico y mejora sustancialmente la vida del enfermo.

4.2 Asistencia a los enfermos de Alzheimer en nuestro entorno

La situación de la asistencia a la EA y otras demencias en nuestro entorno debemos referirla a dos contextos diferentes, el de España dentro de los países europeos y el de la comunidad canaria dentro de España. Aunque cada país tiene sistemas públicos de salud con sus peculiaridades, podemos decir que en aspectos básicos son muy similares. Como ejemplo de lo que ocurre en la mayoría de países europeos, el WAR describe el caso de Suiza, con un sistema público (The Mandatory Health Insurance, MHI) equivalente al Sistema Nacional de Salud español. El MHI cubre parte de los costos de la atención de EA, si los cuidados prescritos proceden de la evaluación de un facultativo. Estos cuidados pueden ser realizados en residencias de ancianos o en el hogar por servicios de atención domiciliaria. Según un estudio de la Asociación

Suiza de Alzheimer, el 50% de los enfermos con demencia se encuentran en sus hogares y el otro 50% en geriátricos, el 50% asiste a centros de cuidados de día y el 53% utiliza servicios de atención domiciliaria. Aunque, igual que en España, la mayoría que recibe este tipo de atención cuenta con un cuidador principal, generalmente no remunerado. Igualmente, alrededor del 25% ha permanecido en centros de cuidados por estancias cortas y un 17% han hecho uso de servicios especializados¹⁰.

Para el enfoque de la situación en del marco nacional, hemos destacados tres documentos, un artículo de revisión sobre abordaje integral de la demencia publicado en 2011⁴, la Guía de Práctica Clínica Sobre Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias publicada por el Ministerio de Sanidad en 2011¹¹ y la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud, publicado en 2016¹⁴ y que es la actualización de la guía.

El valor fundamental del trabajo de Castellanos Pinedo y cols⁴ es que está realizado por un grupo de Extremadura, una comunidad con características socioeconómicas muy similares a las nuestras, y que a pesar de haber sido publicado hace seis años, las condiciones socioeconómicas no han cambiado sustancialmente, por lo que sus recomendaciones son aplicables a nuestro entorno. El objetivo del trabajo es definir los niveles y protocolos de asistencia no farmacológica de la EA según las etapas de la enfermedad centrándola en el ámbito de AP. De acuerdo al esquema de la figura 1, el equipo de AP hará la primera aproximación diagnóstica a través de los síntomas referidos por el paciente y la familia. El diagnóstico de certeza debe hacerse por el especialista en un centro hospitalario con los recursos adecuados⁴.

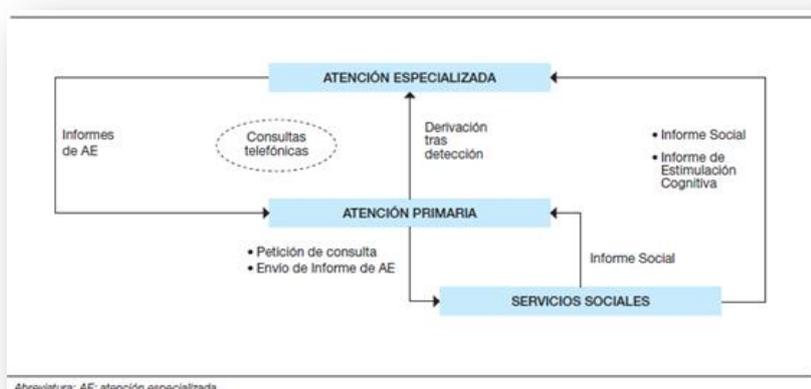


Figura 1. Abordaje Integral de la Demencia. Castellanos Pinedo F y cols⁴. 2011.

El estudio llama la atención sobre la relevancia del diagnóstico precoz, ya que existen evidencias de los beneficios del tratamiento no farmacológico, particularmente la estimulación cognitiva, en el estado mental, la conducta del enfermo y las actividades de la vida diaria (AVD) en las etapas leve y moderada de la enfermedad. Destacan el valor de recursos de apoyo como servicios de atención diurna (centros de día), centros residenciales para personas dependientes y unidades de atención especializada en demencia de centros de salud, residencias y asociaciones de familiares. En las etapas finales de la vida, se requerirán cuidados paliativos. En estos cuidados intervienen los equipos de atención primaria a domicilio y residencias. Las decisiones deben tomarse respetando los aspectos éticos y teniendo en cuenta tanto la situación psicológica y biológica como los deseos del paciente bien informado y deben basarse en una serie de preguntas sobre el pronóstico vital, la calidad de vida y la situación sociosanitaria (ver figura 2). Consecuentemente se planteará si es apropiado ahondar en tratamientos y técnicas más invasivas como la reanimación cardiopulmonar, cirugía, nutrición artificial, ventilación mecánica invasiva, soporte avanzado de constantes vitales, etc. Según la Ley 41/2002, el enfermo y el representante legal serán informados, incluso en caso de incapacidad del paciente, de un modo adecuado a sus posibilidades de comprensión¹⁴.

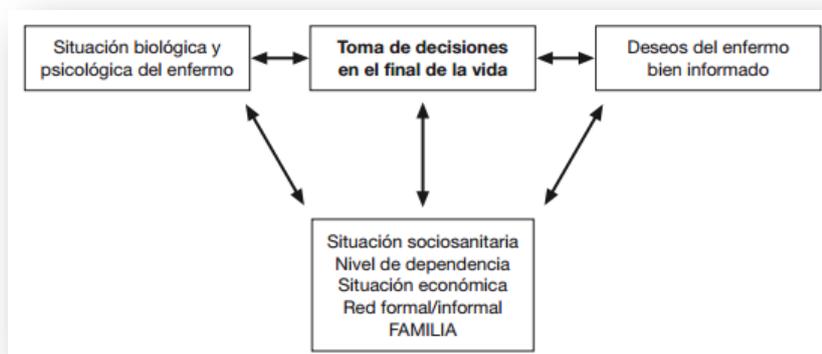


Figura 2. Estrategia Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

La GPC sobre Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias¹¹ y la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud¹⁴ son dos documentos publicados con cinco años de diferencia que recogen las directrices oficiales de actuación en la EA. Ambos documentos coinciden con Castellanos Pinedo y cols. en el papel protagonista de los servicios de AP en

diagnóstico precoz. Dos aspectos interesantes de la guía son, por un lado, el papel que asigna en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes al personal de enfermería de los centros de salud, debido a la proximidad y trato cotidiano con los pacientes, y por otro, la existencia de centros de atención nocturna. Recurso que tanto descarga al cuidador como permite controlar las alteraciones del sueño de los pacientes, aunque estos centros están aún poco desarrollados en España. La Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, publicada cinco años después, introduce en el protocolo la derivación de los pacientes a unidades asistenciales específicas de demencia, que se han ido implantado progresivamente en las consultas especializadas de hospitales y centros de salud, la intervención en los cuidados de otros profesionales como médicos rehabilitadores, psicólogos, logopedas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc. y el desarrollo de programas dirigidos a enfermos neurológicos crónicos, donde reciben tratamiento y apoyo de los profesionales nombrados anteriormente. También incluye la posibilidad de derivar enfermos a 1. Servicios hospitalarios de rehabilitación para continuar tratamiento, 2. Unidades de convalecencia donde la duración de ingreso estimada es entre los 60 y 90 días, con posibilidades elevadas de alta. Estas unidades están dirigidas a enfermos que por cualquier circunstancia han sufrido empeoramiento de la enfermedad y necesitan cuidados hospitalarios agudos, y 3. Unidades de larga estancia-residencia asistida, donde el paciente goza de soportes de rehabilitación y cuidados paliativos enfocados a mantener la autonomía y funcionalidad. El alta en estos centros es improbable.

Con respecto a los cuidados paliativos, el Plan Estratégico Nacional los clasifica de la siguiente manera: 1. nivel de cuidados paliativos básicos, de carácter general y primario, y 2. nivel de cuidados paliativos específicos, especializados y avanzados. Dentro de los cuidados paliativos, se hace mención a los proporcionados en el domicilio y en las unidades de cuidados paliativos¹¹. De cualquier forma, aunque el SNS se va dotando de los medios y profesionales que prestan atención integral a este tipo de pacientes, tanto en aspectos físicos, emocionales, espirituales, sociales y familiares al final de la vida, hasta ahora no disponemos de protocolos que faciliten la toma de decisiones en los estadios finales. No hay datos sobre cuál es la forma más adecuada de realizar estos cuidados en cada fase de la enfermedad, lo que hace necesario realizar estudios amplios para conocer el impacto sobre el paciente y la relación coste/beneficio. El Plan Estratégico Nacional reconoce la necesidad de diseñar programas específicos de cuidados paliativos para enfermedades neurológicas degenerativas invalidantes, sobre todo en pacientes con EA avanzada,

para poder manejar el delirium, depresión, disfagia, ansiedad, UPP, fiebre, dolor y alteraciones nutricionales¹¹. Teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes pasa esta fase de la enfermedad en su casa, la prestación de atención a domicilio es fundamental. Sin embargo, el propio Ministerio de Sanidad reconoce que actualmente los recursos son insuficientes para una cobertura total para pacientes oncológicos y aún menos para pacientes con enfermedades no oncológicas.¹⁴

5. Conclusiones

1. Los cuidados de los pacientes con EA varían de unos países a otros dependiendo de diferencias en el desarrollo socioeconómico, el modelo sanitario, la formación sanitaria y las convicciones culturales.
2. El cuidado de pacientes con EA en España sigue las directrices del WAR. La asistencia se centra en los equipos de Atención Primaria, responsables del diagnóstico de presunción, cuya confirmación se realiza en los servicios de neurología.
3. Recientemente se han ido incorporando diferentes servicios de apoyo familiar, ambulatorio y hospitalario, y diferentes especialistas que ayudan a mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares.
4. Sin embargo quedan aspectos por mejorar. Muchos cuidadores no son remunerados. La formación de los sanitarios sobre EA es mejorable. Recomendaciones recogidas en las guías sobre atención domiciliaria, apoyo familiar, centros diurnos y nocturnos, residencias, etc. no alcanzan a la mayor parte de afectados por falta de recursos.
5. Por último, no existen protocolos sobre cuidados paliativos en la fase final y los medios actuales son insuficientes para realizar estos servicios en el entorno familiar.

6. Bibliografía

1. Emre M. Classification and diagnosis of dementia: a mechanism-based approach. Eur J Neurol [Internet]. 2009 [citado Enero 2017]; 16:168-173. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19146638>
2. Takizawa C, Thompson PL, Van Walsem A, Faure C, Maier WC. Epidemiological and Economic Burden of Alzheimer's Disease: A Systematic Literature Review of Data across Europe and the United States of America. JAD [Internet]. 2015 [citado Enero 2017]; 43 (4): 1271-1284. Disponible en: <http://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad141134>
3. Fiest KM, Roberts JI, Maxwell CJ, Hogan DB, Smith EE, Frolkis A et al. The Prevalence and Incidence of Dementia Due to Alzheimer's Disease: a Systematic Review and Meta-Analysis. Can J Neurol Sci [Internet]. 2016 [citado Enero 2017];43: 51-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27307128>
4. Castellanos Pineda F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Zurdo M. Abordaje Integral de la Demencia. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet]. 2011 [citado Enero 2017]; 35 (2): 39-45. Disponible en: http://www.msps.es/gl/biblio/Public/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_2_Abordaje.pdf
5. Prichard JC. A Treatise on Insanity. Philadelphia: Haswell, Barrington and Haswell, 1837.
6. Reisberg B, Jamil IA, Khan S, Monteiro I, Torossian C, Ferris S et al. Staging Dementia. En: Mohammed T. Abou-Saleh, Cornelius Katona and Anand Kumar. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Third Edition. UK: John Wiley & Sons; 2010. 162-169. Disponible en: <http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0470747234.html>
7. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Michalowsky B, et al. Subjective memory impairment: No suitable criteria for case-finding of dementia in primary care. Alzheimers Dement (Amst) [Internet]. 2015 [citado Enero 2017];1:179-186. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239503>
8. Alz.org [Internet]. Chicago: Alzheimer's Association; 2017 [citado 1 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.alz.org/espanol/about/etapas.asp>

9. Schneider LS, Dagerman KS, Higgins JPT, McShane R. Lack of Evidence for the Efficacy of Memantine in Mild Alzheimer Disease. Arch Neurol [Internet]. 2011 [citado Enero 2017]; 68(8):991-998.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21482915>
10. Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagagianidou. World Alzheimer Report 2016. ADI [Internet]. 2016 [citado febrero 2017]; 9: 10-104.
Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016>
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [INTERNET]. 2010 [citado Febrero 2017]; 2009/07: 507.
Disponible en: http://www.guiadalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_pdf
12. Poltroniere S, Cecchetto FH, Souza EN. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 [citado Febrero 2017]; 32(2):270-8.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200009
13. Moonga J, Likuoe G. A systematic literature review on nurses' and health care support workers' experiences of caring for people with dementia on orthopaedic wards. JCN [Internet]. 2015 [citado Febrero 2017]; 25:1789-1804.
Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13158/abstract>
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2011 [citado Febrero 2017], [about 60p.].
Disponible en:
http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidado_s_paliativos.pdf
15. Bezerra de Queiroz R, Lacet Zacarra AA, Dias Meirlles Moreira MA, Silva L M, Geraldo Da Acosta SF, Oliveira Silva A. Cuidados Paliativos y Alzheimer: concepciones de neurólogos. Rev enferm UERJ [Internet]. 2014 [citado Febrero 2017]; 22 (5): 686-92.
Disponible en:
<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15549/12309>
16. Abril Carreres M A, Ticó Falguera N, Garreta Figuera R. Enfermedades Neurodegenerativas. Rehabilitación (Madr) [Internet]. 2004 [citado febrero 2017]; 38: 318-324.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-enfermedades-neurodegenerativas-S0048712004734878>

6.1 Bibliografía relevante en el tema no incluida en el trabajo.

17. Balbas Liñao V M. El profesional de Enfermería y el Alzheimer. Nure investigación [Internet]. 2005 [citado Febrero 2017]; 2(13): 6.
Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/223>
18. Parra-Anguila L, Pancorbo-Hidalgo P L. Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado Enero 2017]; 24(4): 152-157.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Pérez Perdomo M. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con alzheimer en la comunidad. RHCM [Internet]. 2008 [citado Febrero 2017]; 7(4): 9.
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n4/rhcm21408.pdf>
20. María Jesús P S. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevención y cuidados en el síndrome del cuidador. Enfermería Científica [Internet]. 2004 [citado Febrero 2017]; 264:16-22.
Disponible en:
<http://mural.uv.es/pamuan/DOCUMENTOS%20UTILES/atencion%20en%20enfermeria%20cuidadores.pdf>
21. Llibre Rodríguez J, Guerra Hernández M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 [citado Febrero 2017]; 18(4): 264-269.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400007&lng=es.
22. Carretero V I, Mendoza Rebolledo C. Guía Práctica para familiares de Enfermos de Alzheimer. Fundación Reina Sofía [Internet]. 2011 [citado Febrero 2017]; 85.
Disponible en:
http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf
23. National Institute of Aging. La Enfermedad de Alzheimer. Alzheimer's Disease Fact Sheet [Internet]. 2010 [citado Febrero 2017]; 2.
Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/spanish_ad_guide-resource_update_12-24-13.pdf

24. Víctor Isidro Carretero, Carolina Mendoza Rebolledo. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Fundación Reina Sofía [Internet]. 2012 [citado Febrero 2017]; 116. Disponible en: http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Guia%20profesionales_Alzheimer_final.pdf
25. Alzheimer's & Dementia. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association. 2016, Vol 450-509,51. Disponible en: [http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(16\)00085-6/pdf](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(16)00085-6/pdf)
26. Albert M S, DeKosky S T, Dickson D, Dobois B, Feldman H H, Fox N C. The diagnosis of cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's Association [Internet]. 2011 [citado Enero 2017]; 7(3): 270-279. Disponible en: [http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(11\)00104-X/abstract](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(11)00104-X/abstract)
27. Confederación Española de Alzheimer. El Alzheimer: La Enfermedad. Disponible en: <http://www.ceafa.es/es/alzheimer/la-enfermedad>
28. Fontán L. La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Biomedicina [Internet]. 2012 [citado Febrero 20127]; 7(1): 34-43. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>
29. Fidel Romano M, Nissen M D, Del Huerto Paredes N M, Dr. Parquet C A. Enfermedad de Alzheimer. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina [Internet]. 2007 [citado Febrero 2017]; 75: 9-12. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37218372/3_175.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490302031&Signature=a%20i1zrnWWOusQH%20BeMi3QnWtcMp6E%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.pdf
30. Cerquera Córdoba A M, Galvis Aparicio M J. Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. Persona y Bioética [Internet]. 2013 [citado Febrero 2017]; 17(1):85-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v17n1/v17n1a07.pdf>
31. De Ochoa E F L, Hernández Coronado Carpio A, Losada Pérez D, Martínez Bonilla R M, Nevado Rey M. Guía Práctica de la Enfermedad de Alzheimer.[Internet] 1996. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_enfermedad_alzheimer.pdf