



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2016 – 2017

**Trabajo Fin de Grado**

**Evidencias sobre cuidados de enfermería  
en la demencia por cuerpos de Lewy**

(Revisión bibliográfica)

**Alumna: Sara Cisneros San Millán**

Tutora: D<sup>a</sup> Elena Faulín Ramos

Junio, 2017

## ÍNDICE

1. Resumen/ Abstract.....	3
2. Introducción.....	5
3. Material y métodos.....	13
4. Resultados.....	17
5. Discusión.....	28
5.1. Conclusiones.....	31
6. Bibliografía.....	32
7. Anexos.....	37

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El aumento de la población anciana conduce a un aumento de las enfermedades degenerativas como la demencia. La demencia por cuerpos de Lewy es el segundo tipo de demencia que más prevalencia tiene por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Se caracteriza clínicamente por un deterioro mental con rasgos frontales, parkinsonismo leve-moderado, rasgos psicóticos y fluctuaciones cognitivas. La necesidad de elaborar un plan de cuidados de enfermería dirigido a estas personas radica en la importancia que tiene mejorar su calidad de vida y ayudar a las personas encargadas de su cuidado. Por lo tanto, se planteó como objetivo, identificar la mejor evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy y definir los principales cuidados de enfermería específicos a través de un Plan de Cuidados Estandarizado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión bibliográfica, basándose en la pregunta PICO. Se usaron distintas bases de datos, combinando los términos DeCS y MeSH con operadores booleanos. Aplicando los criterios de inclusión y tras realizar la lectura crítica con CASPe y AGREE II, se seleccionaron un total de 15 artículos.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Se presentan las evidencias a través de un Plan de Cuidados Estandarizado en el que se aborda el deterioro cognitivo y comportamental con técnicas de memoria, ejercicios para mejorar la comunicación, actividades para manejar las alucinaciones, así como intervenciones para mejorar el sueño. Se tratan también las complicaciones potenciales de los neurolépticos.

El deterioro de la movilidad física se aborda con ejercicios físicos específicos y la adaptación del entorno del enfermo para evitar las caídas. Las actividades de enfermería dirigidas a prevenir la sobrecarga de los cuidadores, pueden reducir el esfuerzo emocional y físico que estos sufren y al mismo tiempo mejorar la calidad del cuidado que estos brindan al enfermo.

**PALABRAS CLAVE:** cuerpos de Lewy, plan de cuidados estandarizado, cuidados de enfermería, demencia, cuidador, calidad de vida.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The increase of the elderly population leads to a rise in the number of diseases such as dementia. Lewy Body Dementia is the second most prevalent type of dementia behind Alzheimer's disease. It is clinically characterized by mental deterioration with frontal features, mild Parkinsonism, psychotic features and cognitive fluctuation. The need to develop a nursing care plan aimed at these people is based on the importance of improving their quality of life and helping the caregivers. Therefore, the goal was to identify the best available scientific evidence on care when nursing's patients with Lewy Body Dementia and to define the main specific nursing care through a standardized care plan.

**MATERIALS AND METHODS:** A bibliographic review was carried out, based on the peak question. Different databases were used, combining the terms Decs and Mesh with Booleans operators. Applying the inclusion criteria, and after performing the critical reading CASPe and AGREE II, a total of 15 articles were selected.

**RESULTS AND DISCUSSION:** Based on the evidence, a standardized care plan is proposed in which cognitive and behavioral impairment is addressed with memory techniques, exercises to improve communication, activities to manage the hallucinations suffered by patients with Lewy Body Dementia, as well as to improve the sleep. The potential complications of neuroleptics are also addressed. The deterioration of physical mobility is dealt with specific physical exercises and adaptation of the patient's environment to avoid falls. Nursing activities aimed at preventing overloading of the workers can reduce the emotional and physical stress that they suffer and at the same time improve the quality of care that these provide the patient.

**KEY WORDS:** Lewy bodies, standardized care plan, nursing care, dementia, caregiver, quality of life.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el envejecimiento de la población se puede considerar un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo económico. El aumento de la población anciana también conduce a un aumento de las enfermedades degenerativas como la demencia. El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más, padecen cierto grado de deterioro cognitivo.

La demencia se puede definir como un síndrome que se caracteriza por la presencia de un deterioro cognitivo persistente que interfiere con la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades profesionales o sociales, no ocurre debido a un estado confusional agudo o delirio y es causada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central. La demencia puede ser causada por muchas enfermedades y presenta una evolución lenta, progresiva e irreversible <sup>(1)</sup>.

Según la OMS la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad. Afecta principalmente a las personas mayores aunque la demencia no es una consecuencia normal del envejecimiento.

En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que sufren demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos <sup>(2)</sup>.

La demencia se clasifica de acuerdo a diversos criterios. La clasificación más usada se basa en las enfermedades que causan el síndrome demencial, que puede ser llamada clasificación nosológica.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) clasifica las demencias en 5 grupos:

- 1) Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer (EA).
- 2) Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor.
- 3) Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy.
- 4) Trastorno neurocognitivo vascular mayor.

5) Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Parkinson (EP) <sup>(3)</sup>.

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) clasifica a la demencia en tres grupos:

1) Demencia en la enfermedad del Alzheimer.

2) Demencia vascular.

3) Demencia en enfermedades clasificadas en otra categoría.

En cuanto a la prevalencia de las demencia, la inmensa mayoría de las series con estudio necrópico han sido realizadas en países desarrollados donde se observa que el 65% de los casos se corresponden con la EA, la demencia por cuerpos de Lewy (DCL) constituye entre un 5 y un 36%, la demencia vascular (DV) entre un 4,5 y un 39% <sup>(4)</sup>.

La DCL es el segundo tipo de demencia que más prevalencia tiene por detrás de la EA. La investigación sobre esta enfermedad no es muy abundante, aunque si hay estudios sobre criterios diagnósticos que nos pueden ayudar a realizar un diagnóstico de certeza para establecer un tratamiento temprano y así poder mejorar su calidad de vida.

La DCL es una enfermedad degenerativa cerebral, que se caracteriza clínicamente por un deterioro mental con rasgos frontales, parkinsonismo leve-moderado, rasgos psicóticos y fluctuaciones cognitivas <sup>(5)</sup>.

El hallazgo histológico que define la DCL es la presencia en las neuronas corticales de los denominados cuerpos de Lewy (CL), inclusiones citoplasmáticas eosinófilas y redondeadas cuyo principal componente es la alfa-sinucleína, además de ubiquitina y proteínas de neurofilamento. Aparecen también abundantes placas de amiloide (como las de la EA), y escasos ovillos neurofibrilares <sup>(6)</sup>.

Los CL reciben el nombre del Dr. Friedrich Heinrich Lewy (1885-1950), neurólogo nacido en Alemania. Sirvió lealmente a este país en la Primera Guerra Mundial a cargo de hospitales de campo en Francia, Rusia y Turquía, fue perseguido más tarde por ser judío. Con la ayuda del American Friends Service Committee, él y su esposa, Flora, emigraron a los Estados Unidos en 1934. Pronto se estableció como

neurólogo eminente, fue nombrado profesor en la Universidad de Pensilvania y fue un fundador de la American Neurological Society. El Dr. Lewy se convirtió en un ciudadano estadounidense, cambió su nombre por Frederick Henry Lewey y sirvió en el ejército estadounidense contra Alemania, en la Segunda Guerra Mundial. Fue en 1912, cuando llevaba un año como Director del Laboratorio Neuropsiquiátrico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Breslau (ahora Wroclaw, Polonia) cuando descubrió "inclusiones neuronales esféricas" en el cerebro de un paciente fallecido de enfermedad de Párkinson (EP) <sup>(7)</sup>.

Desde ese momento, se empezó a observar que se trataban de inclusiones citoplasmáticas (neurofilamentos y proteínas). A principio de los años 90, se empiezan a hacer esfuerzos por establecer unos criterios diagnósticos, hasta entonces, las personas con DCL eran clasificadas erróneamente como EA, EP o una conjunción de ambas. Hoy en día, los datos epidemiológicos muestran que el 10-15% de las demencias son DCL.

Los criterios diagnósticos para la DCL fueron formulados por McKeith y revisados en 2005 por el DLB Internacional Workshop. Los criterios de 1996 han demostrado una alta especificidad (95-100%) y una sensibilidad variable según los estudios (31-83%). Según McKeith, los requisitos para el diagnóstico de la DCL son: alucinaciones visuales recurrentes, fluctuación cognitiva y signos motores parkinsonianos <sup>(8)</sup>.

A la DCL se la conoce también por otros nombres como: enfermedad de cuerpos de Lewy difusos, enfermedad cortical por cuerpos de Lewy, demencia senil de tipo Lewy, variante del Alzheimer con cuerpos de Lewy, enfermedad de Párkinson con demencia. Estos dos últimos tipos son formas de DCL que ocurren en pacientes que ya tienen la EA o la EP.

La edad de comienzo de la DCL suele ser entre los 50 y 80 años como ocurre con otras demencias degenerativas. Algunos estudios longitudinales registran un curso evolutivo más rápido y un peor pronóstico que el de la EA, con una menor duración para la DCL. Predomina en el sexo masculino.

La DCL tiene síntomas parecidos a la EP como son bradicinesia, andar arrastrando los pies o andar tembloroso, caminar o estar de pie rígidamente con los brazos y piernas flexionados, tener un rostro carente de expresión.

También posee síntomas parecidos a la EA como son problemas con la creación de memoria reciente y la memoria pasada, confundirse fácilmente, tomar decisiones o acciones inapropiadas o raras.

Sin embargo esta enfermedad tiene unos síntomas únicos: los síntomas mejoran o empeoran de un momento a otro, o de una hora a la próxima, poseen alucinaciones visuales, delirios, se ponen activos y violentos durante la noche y exteriorizan los sueños por causa de una condición que se llama trastorno del sueño REM <sup>(9)</sup>.

La mayor parte de la DCL es esporádica, sin embargo, hay unas cuantas familias en las que la DCL y EP están determinadas genéticamente por anomalías en el gen que codifica la enzima glucocerebrosidasa, o GBA que forma parte de la proteína alfa-sinucleína, cuya agregación forma los CL <sup>(10)</sup>.

En cuanto al diagnóstico esta enfermedad suele ser diagnosticada inicialmente como EA o DV, pero cuando aparecen los síntomas parkinsonianos se clasifica como DCL. En otros casos los pacientes desarrollan primero los síntomas parkinsonianos y luego aparece la demencia, solo una pequeña parte presenta ambos síntomas a la vez.

En Octubre de 2005, en el consenso del Consorcio para la DCL, se establecieron unos criterios para diagnosticarla:

**-Características esenciales:** demencia con declive cognitivo progresivo que interfiere en la función social o laboral. Son frecuentes los déficits en la atención, la función ejecutiva y la capacidad visuoespacial.

**-Características centrales o nucleares:** dos de las siguientes características dan lugar a un diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy probable y uno solo indica demencia con cuerpos de Lewy posible:

-Fluctuación de la capacidad cognitiva, con afectación en la atención y variación del estado de alerta. Las fluctuaciones clínicas de la DCL pueden cursar de diferentes formas, desde periodos de confusión entremezclados con

periodos de lucidez, a la presencia de descensos importantes en el nivel de conciencia y periodos prolongados de somnolencia diurna. Estos cambios pueden ser instantáneos o durar hasta semanas.

-Alucinaciones visuales complejas recurrentes. Incluyen animales, niños o gente pequeña, también objetos inanimados o percepciones abstractas.

-Signos motores espontáneos de parkinsonismo menos graves que en la EP. La rigidez y la bradicinesia son las manifestaciones más frecuentes, también la expresión facial reducida o la marcha a pequeños pasos. Se ha sugerido que la presencia de demencia, un año o más después del inicio de la clínica extrapiramidal, debería ser clasificado como enfermedad de Parkinson con demencia, por otro lado, la aparición de síntomas neuropsiquiátricos prominentes que aparecen de forma precoz en el curso de la enfermedad es más probable que se asocie a DCL.

#### **-Características sugestivas:**

-Trastorno del sueño REM.

-Grave sensibilidad a los neurolepticos.

-Baja captación del transportador de la dopamina en los ganglios basales del cerebro.

Una característica central más una sugestiva, dan lugar a un diagnóstico de DCL probable; ninguna característica central pero si una o más sugestivas dan lugar a un diagnóstico de DCL posible.

**-Características que apoyan al diagnóstico:** Caídas repetidas, pérdida de conciencia transitoria no explicada por otras causas, disfunción del sistema nervioso autónomo como la regulación de la temperatura, la presión arterial y la digestión. Alucinaciones no visuales, delirios sistematizados, depresión, sensibilidad al calor y al frío, disfunción sexual, incontinencia urinaria temprana <sup>(11-13)</sup>.

Para completar el diagnóstico, es necesario realizar una serie de pruebas complementarias para un correcto diagnóstico diferencial:

- Una tomografía axial computarizada (TAC) craneal o resonancia magnética (RM) cerebral, para comprobar si hay algún daño en el cerebro.

- Una analítica completa que incluya determinación de hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico, y otras determinaciones si se consideran oportunas.

De manera opcional se puede realizar:

- Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) cerebral de transportadores de dopamina (se utiliza un radio trazador que se une a transportadores de dopamina; en la DCL se evidencia una baja captación).

- SPECT cerebral de perfusión o tomografía por emisión de positrones (PET) cerebral con 18F-FDG <sup>(14)</sup>.

En cuanto al tratamiento de los síntomas cognitivos, no hay medicamentos específicos para esta enfermedad. El sistema neurotransmisor colinérgico junto con la dopamina es uno de los neurotransmisores más afectados en la DCL, por lo que las estrategias terapéuticas se dirigen a restablecer la función colinérgica. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa han sido los únicos en demostrar en una serie de estudios que son eficaces en la mejora sintomática de estos enfermos.

En esta enfermedad también hay que tener en cuenta los síntomas conductuales tales como conductas agresivas como pegar o empujar y conductas no agresivas como vagabundeo, acciones para llamar la atención o entremetimiento. Cuando aparecen estos síntomas no cognitivos, lo primero es preguntarse cuál es la causa, ya sean problemas orgánicos, efectos secundarios de los fármacos, etc. Después, es importante aplicar medidas no farmacológicas como tranquilizar al paciente, crear un entorno adecuado, sin olvidar al cuidador principal.

El uso de los neurolépticos en estos pacientes, para tratar los trastornos del comportamiento ha mostrado que pueden producir síntomas extrapiramidales, por lo que es importante tener especial cuidado con los neurolépticos como el haloperidol. En cambio la clozapina si se puede usar en pacientes con DCL ya que tiene un

mínimo riesgo de efectos extrapiramidales aunque exige la realización de recuentos hemáticos periódicos porque como efecto secundario se produce agranulocitosis. También produce cuadros de hipotensión importante.

Los medicamentos que pueden exacerbar los síntomas neuropsiquiátricos deben ser eliminados, como es el caso de los anticolinérgicos, amantadina, agonistas de la dopamina, inhibidores de la monoamina-oxidasa, inhibidores del catecol-o-transferasa, levodopa, aunque el cese brusco de estos puede desencadenar el síndrome neuroléptico maligno que se caracteriza por sedación, inmovilidad, rigidez, inestabilidad postural, aumento de la confusión, etc <sup>(15,16)</sup>.

El auge de las enfermedades neurodegenerativas como la demencia, nos lleva a la obligación como profesionales sanitarios de investigar sobre ellas para poder ayudar a las personas que las padecen. Hasta hace unos años, las personas con DCL eran mal diagnosticadas debido a la falta de información y de investigaciones sobre ella.

Aunque a mitad de los años noventa se incluyó la DCL en los manuales diagnósticos, hoy en día, es bastante desconocida incluso entre los especialistas. A pesar de todo era y sigue siendo frecuente que al diagnosticar se confunda con la EA o EP <sup>(17)</sup>. Esto conlleva a que los cuidados específicos sobre este trastorno sean tardíamente aplicados y se orienten los cuidados a la EA o a la EP ya que es una enfermedad que comparte síntomas de ambos trastornos.

El impacto de la demencia se produce directamente sobre el paciente, pero también tiene una gran repercusión sobre el entorno social al que afecta, en aspectos relevantes, en lo afectivo, emocional, de organización, de cambio de roles, así como en los aspectos económicos. En este sentido la demencia es un problema de todos y debe ser abordada como una verdadera enfermedad de la familia y, en suma, como una enfermedad de la sociedad.

La atención a las personas con demencia y a sus familiares exige un abordaje multidisciplinar, en el que cada profesional debe aportar los aspectos específicos propios de su disciplina

La necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizado (PCE) de enfermería dirigido hacia estas personas radica en la importancia que tiene explicitar normas de actuación, ayudar en la toma de decisiones disminuyendo las incertidumbres y fijar indicadores para evaluar la calidad de la atención prestada estableciendo estándares de proceso mejorando así su calidad de vida y ayudando a las personas encargadas de su cuidado.

**OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la mejor evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería en pacientes con DCL.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Definir los principales cuidados de enfermería específicos para mejorar la calidad de vida del paciente.
- Plantear un plan de cuidados estandarizado en personas con DCL.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para este trabajo se realizó una revisión bibliográfica entre noviembre del 2016 y abril del 2017. La estrategia de búsqueda siguió la elaboración de la siguiente pregunta PICO (paciente, intervención, comparación y resultado):

**¿Qué cuidados de enfermería ayudarían a mejorar la calidad de vida de pacientes con demencia por cuerpos de lewy?**

Se utilizaron las siguientes bases de datos:

-Biblioteca Cochrane Plus.

-Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud).

-Cuiden.

-Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud).

-SciELO (Scientific electronic library online).

-Medline (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU).

-Ibecs

-GuiaSalud.

-Banco de evidencias de Sacyl.

Se utilizaron términos Desh y Mesh: combinándolos con los operadores booleanos AND y OR:

**Desh:** cuerpos de Lewy, cuidados de enfermería, demencia, terapia, cuidador, calidad de vida.

**Mesh:** Lewy bodies, nursing care, dementia, therapeutic, caregiver, quality of life.

Los criterios de inclusión fueron: documentos publicados a partir del año 2000, en inglés y español y con acceso a texto completo.

La estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos fue la siguiente:

**-Cochrane Plus:**

La cadena de búsqueda utilizada fue:

(Cuerpos de lewy); (enfermedad por cuerpos de lewy and terapéuticas); (cuerpos de lewy and cuidadores); (lewy bodies and quality of life); (cuerpos de lewy and cuidados de enfermería).

Con esta cadena de búsqueda se encontraron un total de 29 resultados.

**-PubMed:**

La cadena de búsqueda utilizada fue:

(Quality of life and lewy bodies); (lewy bodies and nursing care).

Con esta cadena de búsqueda se encontraron un total de 87 resultados usando filtros basados en los criterios de inclusión.

**-Lilacs:**

La cadena de búsqueda utilizada fue:

(Cuerpos de lewy and (calidad de vida or terapéuticas)); (enfermedad por cuerpos de lewy).

Con esta cadena de búsqueda se encontraron un total de 286 resultados y tras usar el filtro de “enfermedad por cuerpos de lewy” un total de 12.

**-Medline:**

La cadena de búsqueda fue:

(Enfermedad por cuerpos de lewy and terapéuticas); (cuerpos de lewy).

Se encontraron un total de 21 resultados.

**-Ibecs:**

La cadena de búsqueda fue:

(Cuerpos de lewy).

Se encontraron un total de 601.

**-Cuiden:**

La cadena de búsqueda fue:

(Cuerpos de lewy and (calidad de vida or terapéuticas or cuidados de enfermería)).

No se encontró ningún resultado.

**-Scielo:**

La cadena de búsqueda fue:

(Cuerpos de lewy); (cuerpos de lewy and calidad de vida).

Se encontraron un total de 7 resultados.

**-GuiaSalud:**

La cadena de búsqueda fue:

(Demencia); (Parkinson).

Se encontraron un total de 2 resultados.

**-Banco de evidencias del Sacyl:**

La cadena de búsqueda fue:

(Guía asistencial and Alzheimer)

Se encontró 1 resultado.

A la hora de la extracción de datos, se realizó una primera búsqueda de documentos en las distintas bases de datos y se seleccionaron los documentos relevantes mediante la lectura del título y el resumen. Posteriormente, en la segunda selección, se eliminaron aquellos documentos que no se obtuvieron a texto completo o que estaban repetidos y en la última selección, se eligieron aquellos que pasaron la lectura crítica a través de herramientas como Caspe o Agree II, eliminando aquellos que no tenían un nivel adecuado para el trabajo. Se presenta el árbol de selección en el diagrama de flujo en (Anexo I).

Finalmente se seleccionaron 15 artículos de los cuáles 3 (Referencias bibliográficas: 26, 28, 32) son revisiones bibliográficas, 3 (Referencias bibliográficas: 23, 24, 29) son estudios retrospectivos 6 (Referencias bibliográficas: 25, 27, 30, 33, 34,37) son artículos, 2 son guías asistenciales (Referencias bibliográficas: 22, 23) y 1 caso clínico (Referencia bibliográfica: 31).

## RESULTADOS

A continuación se muestra una síntesis narrativa de los resultados más significativos encontrados, entre los que se hallan cuidados de enfermería que son indispensables para mejorar la calidad de vida del paciente.

Se engloban los resultados en un PCE que consiste en protocolizar las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados de estos pacientes.

Para elaborar los cuidados de la DCL se han utilizado etiquetas de diagnóstico NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Se han elaborado una serie de tablas en las que se recogen los diagnósticos NANDA <sup>(18)</sup> o problemas de colaboración (siguiendo las recomendaciones de María Teresa Luis Rodrigo <sup>(19)</sup>) con sus correspondientes criterios de resultados (NOC) <sup>(20)</sup> y las intervenciones de enfermería (NIC) <sup>(21)</sup> así como sus actividades específicas para lograr los objetivos.

A continuación se muestra el PCE con las evidencias encontradas.

<b>NANDA:</b>
[00102]. DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN.
[00108]. DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO E HIGIENE.
[00109]. DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO Y ACICALAMIENTO.
[00110]. DEFICIT DE AUTOCUIDADO. USO DEL INODORO.
<b>NOC:</b>
[0300]. AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)
<b>NIC:</b>
[1800]. AYUDA CON EL AUTOCUIDADO.
-Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
-Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
-Establecer una rutina de actividades de autocuidado.

Las actividades de la vida diaria (AVD) poseen una estructura jerárquica, su complejidad aumenta conforme se va subiendo de nivel y, en la mayoría de los casos, el poder realizar las actividades de un nivel, supone poder realizar las de los niveles inferiores. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) resultan imprescindibles para sobrevivir <sup>(22)</sup>.

En la Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria se hace referencia a la importancia de ayudar a este tipo de pacientes a mantener su autonomía para que sean capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria en la medida de lo posible y así mejorar su calidad de vida <sup>(23)</sup>.

<b>NANDA:</b>  [00131]. DETERIORO DE LA MEMORIA.
<b>NOC:</b>  [0908]. MEMORIA.
<b>NIC:</b>  [4760]. ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.  -Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.  -Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, despísticos mnemotécnicas, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar información.  -Remitir a terapia ocupacional, si es apropiado.  -Controlar cambios de memoria con el entrenamiento.

En la mayoría de los pacientes con DCL, existen problemas relacionados con la memoria a corto plazo como el olvido de hechos recientes. Suelen sufrir breves episodios de confusión sin causa aparente, el paciente puede no saber dónde está o qué hora es y tener problemas al hablar como dificultad para encontrar algunas palabras o para mantener una conversación. Además presentan falta de atención y dificultad para comprender las cosas.

En un estudio realizado durante un periodo de 11 años en Lima, donde se estudiaron pacientes con enfermedad de Párkinson atípica que incluía la DCL, el 100% presentaba deterioro cognitivo progresivo de suficiente magnitud como para interferir con las funciones sociales u ocupacionales normales.

El hecho de que este deterioro esté presente en todos los pacientes con DCL hace que no se pueda olvidar como una intervención a tratar en el plan estandarizado el entrenamiento de la memoria <sup>(24)</sup>.

NANDA: [00051]. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.
NOC: [0902]. COMUNICACIÓN
NIC: [4976]. MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA. -Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación. -Instruir al paciente o a la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla. -Monitorizar al paciente para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas de la alteración de las capacidades del habla.

La DCL es la demencia que más síntomas conductuales y psicológicos presenta y además es la más grave. Esta enfermedad presenta un déficit colinérgico y alteraciones en el área paralímbica que se relaciona con las funciones de aprendizaje y las emociones <sup>(25)</sup>.

Una manifestación muy común es la fluctuación cognitiva de un momento a otro, como por ejemplo, hablar perfectamente un día y al siguiente ser incapaz <sup>(26)</sup>.

Según un artículo del 2015 de la revista CES medicina estos pacientes presentan déficits neurolingüísticos y alteraciones tanto expresivas como comprensivas.

Debemos abarcar en el plan de cuidados este aspecto para poder vencer la barrera de la comunicación que presentan estos pacientes y así detectar sus necesidades aunque ellos no las puedan comunicar con palabras <sup>(27)</sup>.

PROBLEMA DE COLABORACION:  
ALUCINACIONES SECUNDARIAS A DEMENCIA

NIC:

[6510]. MANEJO DE LAS ALUCINACIONES.

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.
- Mantener un ambiente de seguridad.
- Fomentar una comunicación clara y abierta.
- Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.
- Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.
- Observar si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados por la medicación.
- Enseñar a la familia y allegados forma de tratar con el paciente que experimenta las alucinaciones.

Las alucinaciones son un síntoma típico en estos pacientes. Estas alucinaciones pueden ser visuales o auditivas aunque estas últimas son menos frecuentes, suelen ser complejas, bien definidas y recurrentes, pueden incluir niños, objetos, animales o imágenes abstractas.

Las alucinaciones suelen estar presentes desde el inicio de la enfermedad y los cuidadores tienden a infravalorarlas, pero es importante que las presten atención para poder llevar a cabo un abordaje ya que muchas veces su valoración se basa en lo que nos cuenta el cuidador <sup>(28)</sup>.

Las alucinaciones están presentes en el 75% de los pacientes con DCL y están asociadas con la presencia de cuerpos de Lewy en cortezas temporales inferiores, posteriores y amígdalas. Su presencia está relacionada con un mayor déficit de acetilcolina cortical, pueden tener una buena respuesta a los inhibidores de la colinesterasa. Debido a que los pacientes no tienen conciencia de que estos trastornos son alucinaciones pueden dar lugar a episodios de agitación <sup>(29)</sup>.

NANDA:

[00198]. TRASTORNO DEL PATRON DEL SUEÑO.

NOC:

[0004]. SUEÑO.

NIC:

[1850]. MEJORAR EL SUEÑO:

- Determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia en la planificación de cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
- Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares, permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.

El 76% de los pacientes con DCL tienen trastorno del sueño REM, este trastorno es una de las principales características para el diagnóstico clínico de esta enfermedad.

El trastorno de conducta del sueño REM, es una parasomnia (trastorno de la conducta que se puede dar durante el sueño). Este trastorno se manifiesta como sueños vividos o pesadillas que llevan asociadas conductas motoras y también vocales, vigorosas, durante el sueño además de falta de atonía muscular durante la fase REM.

Los sueños de los pacientes con trastorno del sueño REM suelen tener un contenido desagradable que incluye peleas, robos, ataques, etc. En el sueño rara vez, hay un contenido cómico y excepcionalmente sexual o alimentario. Cuando se despierta a un paciente con trastorno del sueño REM puede o no recordar lo que soñaba.

Es importante señalar que las conductas anormales durante el sueño suelen ser referidas por el compañero de cama, por lo que acuden al médico gracias a ellos.

Durante estos sueños, los pacientes pueden llorar, gritar, dar manotazos, patadas, por lo que tanto el paciente como el acompañante de cama corren el riesgo de sufrir alguna lesión.

En un estudio realizado en Jacksonville entre Enero de 1992 y Octubre de 2002 a través de polisomnografía a pacientes entre 71-78 años de edad con DCL, se encontraron evidencias de trastorno del sueño REM. La mayoría había reducido la eficiencia del sueño, algún grado de movimientos periódicos de las extremidades, un grado de excitación sin razón aparente y una minoría somnolencia diurna excesiva.

El diagnóstico exitoso y el tratamiento de los trastornos del sueño pueden promover el funcionamiento diurno y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, además de retrasar la necesidad de institucionalización.

El trastorno puede no requerir tratamiento a menos que induzca una excesiva somnolencia o plantea un riesgo físico para el paciente o su compañero de cama. La melatonina y la rivastigmina son efectivos. Aunque el tratamiento más eficaz es el clonacepam (30-33).

NANDA:

[00085]. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.

NOC:

[0200]. AMBULACIÓN.

NIC:

[0221]. TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN.

- Aconsejar al paciente que use un calzado cómodo que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.
- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

En la DCL casi el 80% de los enfermos presentan características motoras parkinsonianas aunque suelen ser menos graves que en la EP.

Los rasgos parkinsonianos más habituales son la rigidez y la bradicinesia aunque también pueden presentar expresión facial reducida, temblor de intención o la marcha con arrastre de los pies. Debido a todos estos factores es necesario ayudar a estos pacientes y proporcionarles un medio seguro además de medios para la deambulaci3n para que a pesar de esta limitaci3n puedan mantener su autonomía a la hora de caminar en la medida de lo posible <sup>(34)</sup>.

NANDA:

[00155]. RIESGO DE CAÍDAS.

NOC:

[1912]. CAÍDAS.

NIC:

[6490]. PREVENCI3N DE CAÍDAS.

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables.
- Enseñar al paciente a usar bast3n o andador, seg3n corresponda.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador este ausente.
- Disponer barandillas y pasamanos visibles.
- Disponer una superficie antideslizante en la bañera o ducha.

En estos pacientes son comunes manifestaciones como caídas repetidas, muchas veces debidas a la hipotensión ortostática, síncope, o pérdida transitoria e inexplicada de la conciencia <sup>(35)</sup>.

La seguridad de estos pacientes es un objetivo primordial a tener en cuenta. Hay varios factores que contribuyen a que en estos pacientes se produzcan accidentes con facilidad: el deterioro cognitivo, la dificultad en la movilización, el vagabundeo, la polimedicación. Por eso, es importante garantizar su seguridad a medida que vaya perdiendo su capacidad para controlar los factores peligrosos del ambiente. Es importante la seguridad en cocinas, baños y dormitorios y finalmente el paciente deberá evitar la conducción de vehículos <sup>(36)</sup>.

Se ha demostrado que diversas formas de ejercicio son beneficiosas para las funciones cognitivas y funcionales con resultados positivos en la velocidad de la marcha, resistencia al caminar, movilidad, etc <sup>(25)</sup>.

NANDA:  [00047]. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.
NOC:  [1101]. INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.
NIC:  [3590]. VIGILANCIA DE LA PIEL.  -Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas.  -Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y las mucosas.  -Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (por ejemplo: colchón antiescaras, horario de cambios posturales.)

En la Guía de atención al paciente con demencia de atención primaria, abordan, como un tema muy importante, la prevención de las úlceras por presión ya que son una complicación muy frecuente que conlleva sufrimiento para el paciente. La prevención mediante la realización de cambios posturales, medidas nutricionales,

cuidados de la piel y protecciones en las zonas de presión son algunas de las medidas indispensables <sup>(23)</sup>.

NANDA:

[00062]. RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR.

NOC:

[2210]. RESISTENCIA DEL PAPEL DEL CUIDADOR.

NIC:

[7040]. APOYO DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias de este.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Explorar con el cuidador como lo está afrontando.
- Enseñar al cuidador como lo está afrontando.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

El hecho de cuidar a una familiar con dependencia acarrea una serie de consecuencias, tanto positivas como negativas. Los cuidadores son personas que tienen sus propias obligaciones y proyectos de vida y de forma más o menos inesperada, tienen que hacer frente al cuidado de una persona dependiente. Normalmente, son los cuidadores, los que tienen que hacer frente a las demandas

del familiar con sus propios recursos ya que muchas veces las ayudas que reciben no son suficientes.

La persona puede que no esté preparada para la nueva tarea que se le ha atribuido, el cuidador debe adaptarse y afrontar esta nueva situación por lo que puede haber repercusiones en su salud psíquica, física y también aparecen conflictos familiares. Uno de los cuestionarios sobre la sobrecarga del cuidador que se recomienda administrar para identificar este problema, es el cuestionario de Zarit.

Recomendarle grupos de autoayuda, intervenciones informativas, incluso recursos respiro han demostrado ser útiles para disminuir los problemas psicológicos que sufren estas personas para que puedan seguir llevando a cabo su tarea de cuidador y así proporcionar al enfermo la mejor atención sin que el cuidador descuide su salud <sup>(23)</sup>.

Para concluir, se ha planteado la reacción de hipersensibilidad que sufren estos pacientes con algunos neurolépticos como un potencial de problema de colaboración debido a la gravedad de su presentación:

<p><b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN:</b></p> <p><b>POTENCIAL DE HIPERSENSIBILIDAD SECUNDARIO A USO DE NEUROLÉPTICOS.</b></p>
<p><b>NIC:</b></p> <p><b>[2380]. MANEJO DE LA MEDICACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Observar los efectos terapéuticos de la mediación en el paciente.</li><li>-Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.</li><li>-Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.</li><li>-Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas.</li><li>-Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicación tomadas.</li><li>-Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.</li><li>-Desarrollar estrategias para controla los efectos secundarios de los fármacos.</li></ul>

Los neurolépticos convencionales están contraindicados porque pueden inducir graves reacciones de hipersensibilidad (son procesos patológicos que resultan de las interacciones específicas entre antígenos y anticuerpos), con empeoramiento de la función motora y cognitiva. Cuando su uso sea inevitable se deben usar los neurolépticos atípicos como la clozapina o la quetiapina a dosis mínimas eficaces. Por eso se debe manejar de forma adecuada esta medicación y monitorizar a estos pacientes para intentar evitarla o si aparece detectarla a tiempo <sup>(37)</sup>.

## DISCUSIÓN

La elaboración de los PCE representa un escalón más avanzado en el diseño de pautas que facilitan el trabajo de los enfermeros y les da orientaciones precisas. Estos deben de estar fundamentados en la evidencia científica para realizar unos cuidados de calidad adaptados a las necesidades de cada enfermo.

Hoy en día los PCE, además de hacernos el trabajo más fácil, nos ayudan a mejorar la atención de los pacientes y a que ésta, sea más integral sin olvidar el abordaje individual. La presencia de PCE sobre pacientes con demencia no se ve incluida en todos los ámbitos de la atención sanitaria, ya que en algunas comunidades no se incluyen estos planes dentro de los planes de cuidados estandarizados en atención especializada <sup>(38,39)</sup>.

La DCL presenta una serie de síntomas prioritarios que se denominan como triada sintomática, estos son el trastorno del sueño REM, las alucinaciones visuales y el parkinsonismo, además de muchos otros que se han incluido en el PCE por estar presentes también en estos enfermos. Esto será tenido en cuenta en la priorización de los planes de cuidados individualizados.

Respecto al deterioro de la movilidad física y el riesgo de caídas, la guía de práctica clínica para pacientes con Párkinson, hace referencia a 6 áreas importantes a tratar con la fisioterapia, como son las transferencias, la postura, el funcionamiento de las extremidades superiores (alcanzar y agarrar), el equilibrio (y las caídas), la marcha y la capacidad física, y la inactividad <sup>(40)</sup>. En el PCE las actividades se centran en adaptar el entorno del paciente y proporcionarles medios para mejorar su deambulación y conseguir un caminar más seguro para prevenir las caídas, son pacientes que presentan trastornos motores aunque en menor gravedad que los pacientes con EP por lo que se podrían incluir actividades o ejercicios para mejorar esa movilidad. En el PCE no se utilizó la etiqueta NANDA: “deterioro de la ambulación” ya que era desaconsejada por M<sup>a</sup> Teresa Luis Rodrigo porque para ella las características definitorias no reflejan una respuesta de la persona ante una situación de salud y recomienda centrarse en las repercusiones que este deterioro pueda tener en las actividades de la vida cotidiana. El diagnóstico elegido para el PCE: “deterioro de la movilidad física”, por el contrario, si esta aconsejado por M<sup>a</sup> Teresa Luis Rodrigo cuando sea posible ayudar a la persona a aumentar su

capacidad de movimiento, como es en este caso, ya que a través de una serie de actividades/ ejercicios se pretende ayudar a los pacientes en su movilidad.

En cuanto al ámbito del deterioro cognitivo que sufren estos pacientes, se ha centrado más en el deterioro de la memoria y de la comunicación ya que son dos aspectos importantes que hay que tratar en estos pacientes. A través de ejercicios para trabajar la memoria y que el paciente pueda presentar un deterioro más progresivo de esta capacidad e intentando superar las barreras de comunicación a través de métodos para identificar sentimientos, debido a la dificultad de expresión oral. En la Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer se trabajan funciones intelectuales básicas y superiores, como atención, percepción, orientación, memoria, cálculo, lenguaje, razonamiento, gnosias, praxias y funciones ejecutivas <sup>(41)</sup>.

Un trastorno muy importante en estos pacientes es el trastorno del sueño REM, el cual no es contemplado como tal en las guías asistenciales de demencia, ya que es muy particular de la DCL. En las guías de atención a pacientes con demencia <sup>(42)</sup> abordan el deterioro del patrón del sueño, el cual aconseja utilizar M<sup>a</sup> Teresa Luis Rodrigo si este es de reciente instauración. Si la pauta de fármacos se hace necesaria podría sustituirse el diagnóstico enfermero por un problema de colaboración denominado “parasomnia secundaria a demencia”, no olvidando hacer un seguimiento de los efectos de la medicación pautada.

Los cuidadores de los pacientes con demencia experimentan una gran carga, tanto física como psíquica. Se tienen que hacer cargo de una persona con dependencia que necesita ayuda para muchas tareas de su vida diaria, lo que puede acarrear un deterioro en la salud del cuidador. Es importante reflejar en los planes de cuidados estandarizados de los pacientes con demencia el riesgo de deterioro del rol del cuidador como se ha plasmado en los resultados. En el PCE se ha reflejado como riesgo de cansancio del rol del cuidador, aunque habría que valorarlo más de cerca porque podría ser que directamente apareciera como un diagnóstico real “cansancio del rol del cuidador” ya que la línea que les separa es muy fina. En el manual de actuación de la enfermedad de Alzhéimer y otras demencias <sup>(22)</sup> también dan importancia a la salud del cuidador, al igual que en el actual PCE, en el cual se señala como una actividad a realizar: enseñar al cuidador la terapia del paciente e

informarle sobre la enfermedad de este. En esta guía también reflejan la información que tiene que recibir el cuidador para que el cuidado sea de mayor calidad. También señalan que acudir a centros de autoayuda puede ser útil para evitar el estrés.

Actualmente existen centros que ofertan asistencia nocturna en la que cuidan a las personas dependientes con problemas del sueño, intentando que el paciente pueda descansar así como dar un respiro al cuidador principal.

Las actividades de la vida diaria para estos pacientes se vuelven complicadas, en el PCE se han plasmado los diagnósticos de déficit de autocuidados en las actividades básicas de la vida diaria como son: alimentarse, vestirse, usar el inodoro o asearse por sí solos. La guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer, <sup>(42)</sup> además de las actividades anteriormente citadas refleja la actuación en el autocuidado de las actividades instrumentales como son ir a hacer la compra, manejo del hogar, preparación de la comida, etc. y dan una serie de recomendaciones. En el PCE propuesto, el autocuidado de actividades instrumentales no se ha contemplado por no ir relacionado con los diagnósticos de déficit de autocuidados. Se plantearía como un criterio de resultados a partir del diagnóstico de disposición para mejorar el autocuidado y en él, se plantea como factor relacionado que el propio paciente exprese el deseo de mejorar y como vemos en la demencia el autopercebir ese deseo difícilmente está presente <sup>(18, 20,)</sup>.

Las alucinaciones son una alteración muy importante que sufren estos pacientes, que no solo les afecta a ellos si no también a las personas que conviven con ellos. Es importante incluirlas en el PCE para que las personas que conviven con ellos les ayuden a sobrellevarlas y aprendan a cómo comportarse con ellos cuando estas aparecen. En el manual de actuación en la enfermedad del Alzheimer y otras demencias al igual que en el PCE, dan recomendación dirigidas a los familiares de los pacientes para que aprendan a convivir con ellas y comunicar al médico cualquier cosa importante <sup>(42)</sup>.

Para finalizar la presente discusión las limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar este trabajo han sido el haber descartado artículos en otros idiomas diferentes al español e inglés, el no haber tenido acceso a texto completo en algún artículo de especial relevancia, y los pocos documentos sobre cuidados específicos de la DCL encontrados.

## CONCLUSIONES

Para concluir la revisión debemos dejar claro que los Planes de Cuidados Estandarizados son necesarios para ayudar y mejorar la calidad del trabajo de las enfermeras y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida de los pacientes a los que van dirigidos. La demencia por cuerpos de Lewy es una enfermedad que presenta síntomas tanto del Párkinson como del Alzhéimer y afecta mucho a la calidad de vida de las personas que la padecen. Los síntomas más importantes son el deterioro cognitivo, el trastorno del sueño REM, las alucinaciones y el deterioro de la deambulaci3n. No se puede obviar que al igual que sucede en otras demencias, la ayuda a los autocuidados debe ser aplicada en muchos casos desde el inicio de la enfermedad, sin olvidar que los cuidadores deber3n fomentar la mayor independencia posible al realizar estas actividades.

En el PCE se abordan el deterioro cognitivo y comportamental con t3cnicas de memoria, ejercicios para mejorar la comunicaci3n y actividades para manejar las alucinaciones que sufren estos pacientes, as3 como cuidados orientados a conseguir un patr3n de sue1o adecuado. El riesgo a que aparezcan complicaciones derivadas del uso de ciertos f3rmacos en estos pacientes hace no olvidar un problema potencial de hipersensibilidad a los neurol3pticos como complicaci3n m3s severa.

El deterioro de la movilidad f3sica y por consiguiente de la deambulaci3n, se aborda con ejercicios f3sicos espec3ficos y la adaptaci3n en el entorno del enfermo para as3 evitar las ca3das que puede sufrir por este deterioro. Muy importante tambi3n la prevenci3n de 3lceras por presi3n debido a la rigidez y dificultad de movimientos en estos pacientes.

Las actividades de enfermer3a dirigidas a los cuidadores, pueden reducir la sobrecarga emocional y f3sica que estos sufren. La informaci3n sobre la enfermedad y su evoluci3n hacen que el cuidado sea de mayor calidad y al mismo tiempo mejora el estr3s que plantea la incertidumbre de la evoluci3n en la demencia por cuerpos de Lewy.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nitrini R; Dozzi B; Sonia M. Demencia: definición y clasificación. Alan. 2012; 12 (1): 75-98.
2. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Copenhague: Organización Mundial de la Salud; 2016 [acceso 30 noviembre de 2016]. Centro de prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), 5ª ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014.
4. Cubero D; Cubero O; Cabrera M; Álvarez R. Demencia por cuerpos de lewy. Presentación de 1 caso. Med Clin. 2004; 43 (5): 1-6.
5. Del Ser Quijano, T. Demencia con cuerpos de lewy. Formas puras y mixtas. Rev neurol. 2002; 35(8):761-65.
6. De la Vega, R. y Zambrano, A. Demencia con cuerpos de Lewy [Sede web]. Cadiz: Circunvalación del Hipocampo; 2013 [acceso el 30 noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/demencia-cuerpos-lewy.asp>.
7. The lewy body society [Sede web]. Edinburgh: The lewy body society; 2016 [acceso el 30 de noviembre de 2016]. Science. Disponible en: <http://www.lewybody.org/about-dlb/science/>
8. Manso C; Fernández V. Demencia por cuerpos de lewy y enfermedad de alzhéimer: diferencias atencionales. Viguera. 2015; 5 (2): 63-6.
9. Dementia care central [Sede web]. América: Dementia care central; 2016 [acceso el 1 diciembre de 2016]. Síntomas de la demencia por cuerpos de lewy. Disponible en: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/los-sintomas-de-la-demencia-con-cuerpos-de-lewy/>
10. Unidos contra el Parkinson. [Sede web]. Madrid: unidos contra el Parkinson; 2011 [acceso el 1 de diciembre de 2016]. Genes, Parkinson y alfa-sinucleína. Disponible en: <https://portal.unidoscontraelparkinson.com/investigacion-parkinson/894-genes-parkinson-y-alfa-sinucleina.html>

11. De la Vega. R. Demencia con cuerpos de lewy [en línea]. Circunvalación del hipocampo; 2013 [acceso el 28 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/demencia-cuerpos-lewy.asp>.
12. D. Kaufer. Demencia con cuerpos de lewy: diagnostico y tratamiento. Rev neurol. 1998; 27(1):63-7.
13. Lewy body dementia. [Sede web]. Atlanta: lewy body dementia Association; 2008 [acceso 28 de noviembre de 2016]. Introducción a la demencia por cuerpos de lewy. Disponible en: [https://www.lbda.org/sites/default/files/2008\\_introduccion\\_a\\_la\\_demencia\\_por\\_cuerpos\\_de\\_lewy.pdf](https://www.lbda.org/sites/default/files/2008_introduccion_a_la_demencia_por_cuerpos_de_lewy.pdf).
14. Fundación Sanitas. [Sede Web]. Madrid: Fundación Sanitas; 2016 [acceso el 28 de noviembre de 2016]. Demencia por cuerpos de lewy. Disponible en: <https://www.cuidarbien.es/te-enseñamos/consejos/de-la-actividad-al-letargo.html>
15. Calle M. Demencia con cuerpos de lewy: diagnostico, clínica y tratamiento. Semergen. 2006; 32 (4): 167-71.
16. Regalado PJ. Tratamiento de la demencia por cuerpos de lewy. Rev Esp Geriatr Geronto. 2011; 46(1):24-8.
17. Nele Langosch. Demencia por cuerpos de lewy. [Monografía en línea]. 69. Madrid: Syllabus; 2014 [acceso el 10 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro/numero/69/demencia-por-cuerpos-de-lewy-12593>
18. NNNConsult [Sede web]. Barcelona: Elsevier; 2016 [acceso 20 enero 2017] Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
19. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7º ed. Barcelona: Masson-Elsevier; 2006.
20. Moorhead S; Johnson M; Maas M; Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
21. Bulechek G; Butcher H; Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

22. Abellan M; Agüera Luis; Aguilar Miquel; Alcolea Andres; Almenar Consol; Almer Guillermo et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Monografía en línea]. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2012 [acceso el 15 de Marzo de 2017]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p\\_p\\_id=EXT\\_3&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&EXT\\_3\\_struts\\_action=%2Fext%2Fcontenidos%2Fvista\\_Previa&EXT\\_3\\_contenidoId=73805&EXT\\_3\\_version=2.3&EXT\\_3\\_languageId=es\\_ES](http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p_p_id=EXT_3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&EXT_3_struts_action=%2Fext%2Fcontenidos%2Fvista_Previa&EXT_3_contenidoId=73805&EXT_3_version=2.3&EXT_3_languageId=es_ES)
23. Arrieta A; Fernández L; González V; Goñi M; Guerrero T; López P; et al. Guía de atención al paciente con demencia en atención Primaria. [Monografía en línea]. Castilla y León: Gerencia regional de salud; 2007 [acceso 15 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-atencion-paciente-demencia-atencion-primaria>
24. Zegarra-Osorio R. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad de párkinson atípica. Rev Soc Perú Med Interna. 2012; 25(4) 183-87.
25. Lopez-Pousa S; Vilalta-Franch J; Garre-Olmo J; Pons S; Cucurella M. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. Rev neurol. 2007; 45 (1): 683-88.
26. Family caregiver Alliance [Sede web]. London: caregiver association, [acceso 28 de noviembre de 2016]. La Demencia con Cuerpos de Lewy (Dementia with Lewy Bodies). Disponible en: <https://www.caregiver.org/la-demencia-con-cuerpos-de-lewy>.
27. Garzón M; Montoya-Arenas D; Carvajal-Castellón J. Perfil clínico y neuropsicológico: enfermedad de párkinson/enfermedad por cuerpos de lewy. Rev Ces Med. 2015, 29 (2):255-70.
28. Jiménez G. Clínica de la demencia con cuerpos de Lewy y evolución frente a la enfermedad de Alzhéimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011, 46(1): 19-23.
29. Otero J; Scheitler L. Enfermedad con cuerpos de lewy. Rev Med. (Madrid) 2008; 24 (3): 195-202.

30. Winnie C Pàò et al. Polysomnographic findings in dementia with lewy bodies. Rev neurologist. 2013; 19(1): 1-6.
31. Brendon B. Comprehensive treatment of dementia with lewy bodies. Alzheimer's research and therapy. 2015; 7(45) 1-8.
32. Walid O; Rodríguez O; Álvarez E; Ocio S; Hernández M; Tuñón L. Trastorno de conducta durante el sueño REM: a propósito de un caso concomitante con depresión. Rev Psiquiatr Biol. 2016; 23(2): 80-3.
33. Iranzo de Riquer A. El trastorno de conducta del sueño REM. Rev Med Clin Condes. 2013; 24(3): 463-72.
34. Kaufer D.J. Demencia y cuerpos de lewy. Rev Neurol. 2013; 37 (2): 127-30.
35. Karantzoulkis S; James E. Galvin. Update on dementia with lewy bodies. Nih 2013; 2(3): 196-204.
36. UVS Fajardo. Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. [Monografía en línea] Cuba: Universidad Virtual de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo; 2015 [acceso el 10 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu>
37. Bellas-Lamas P; Rodriguez-Regal A; Cebrian-Perez E. Demencia por cuerpos de Lewy. Rev Neurol 2012; 54(4): 567-74.
38. Sacyl. [Sede web]. Valladolid: Sacyl; [acceso el 10 febrero de 2017]. Manual de cuidados de enfermería. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/>
39. Osakidetza. [Sede web]. País Vasco: Osakidetza; [acceso el 10 de febrero de 2017]. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. Guía para la práctica. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ghhome00/es/>
40. Biblioteca de guías de práctica clínica del sistema nacional de salud. [Sede web]. España: Guía salud. [Acceso el 15 de febrero de 2017]. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/blog/-/blogs/143681>
41. Fundación Reina Sofía. [Sede web]. Madrid: Fundación Reina Sofía; [acceso el 15 de febrero de 2017]. Guía práctica para profesionales que trabajan con

enfermos de alzhéimer. Disponible en:  
[www.fundacionreinasofia.es/Lists/.../15/Guia%20profesionales\\_Alzheimer\\_final.pdf](http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/.../15/Guia%20profesionales_Alzheimer_final.pdf)

42. Servicio de Salud Canario. [Sede web]. Tenerife: Servicio canario de salud; [acceso el 20 de febrero de 2017]. Manual de actuación en la enfermedad de alzhéimer y otras demencias. Disponible en:  
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=f796a69b-f9cd-11dd-9d99-e96480bea708&idCarpeta=0a14794b-9d29-11e2-8322-abfbca94030c>

## ANEXO I: Diagrama de flujo de selección de artículos.

