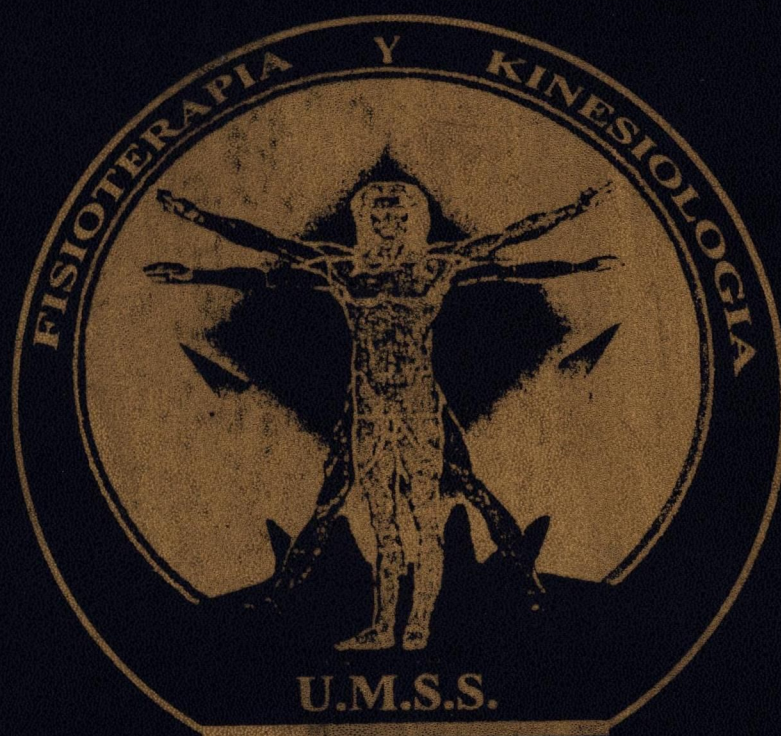




UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA



TERAPIA INTEGRAL EN UN PACIENTE GERIÁTRICO ALZHEIMER

Trabajo de Monografía presentado
para optar al Título de Técnico
Superior en Fisioterapia

Autor: Mirka Noemi Ureña Reyes
Tutor de Fondo: Lic. Jacqueline Mariscal Duran
Tutor de Forma: Lic. José Luis Claire F.

Cochabamba – Bolivia
2.006

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPITULO 1

PRESENTACIÓN DE LA PATOLOGÍA TRATADA Y EL TRATAMIENTO KINESICO FÍSICO APLICADO

1.1 La patología y el tratamiento en el contexto que se ubica.....	3
1.2 Justificación de la elección del caso.....	4
1.3 Objetivos de la presentación.....	5
1.3.1Objetivo general.....	5
1.3.2Objetivos específicos.....	5

CAPITULO 2

SUSTENTACIÓN TEORICA

2.1Antecedentes.....	6
2.1.1Historia.....	6
2.1.2 Anatomía del sistema nervioso central.....	7
2.1.2.1División de las vesículas encefálicas.....	7
2.1.3 Definición.....	12
2.1.4 Etiología.....	12
2.1.4.1 Respuesta inflamatoria.....	13
2.1.4.2 Factores genéticos y de la beta amiloide.....	13
2.1.4.3 El grupo étnico.....	14
2.1.4.4 Factores del medio ambiente.....	15
2.1.4.5 El género.....	15
2.1.4.6 Traumatismos craneoencefálicos.....	16
2.1.4.7 Arteriosclerosis.....	16
2.2 Análisis clínico	16
2.2.1 Cuadro clínico.....	16
2.2.2 Etapas de la enfermedad de alzheimer.....	18
2.2.3 Diagnóstico médico.....	19
2.3Tratamiento.....	19
2.3.1Tratamiento médico.....	19
2.3.2 Tratamiento farmacológico.....	20
2.3.2.1 Medicamentos que protegen el sistema colinérgico.....	20
2.3.2.2 Medicamentos antiinflamatorios.....	20
2.3.2.3 Estrógenos y otras hormonas.....	20
2.3.3 Tratamiento domiciliario.....	20
2.3.4 Tratamiento fisioterapéutico.....	23
2.3.4.1 Fermoterapia.....	23
2.3.4.2 Masoterapia.....	24
2.3.4.3 Terapia respiratoria.....	28
2.3.5 Terapia ocupacional.....	30

2.3.5.1 Perspectiva de Hladick.....	31
2.3.5.1.1 Comunicación.....	31
2.3.5.1.2 Perspectiva de Hladick en la comunicación.....	32
2.3.5.1.3 Orientación.....	32
2.3.5.1.4 Estimulación afectiva y propioceptiva.....	33
2.3.5.1.5 Estimulación física.....	34
2.3.5.1.6 Acompañamiento en AVDs.....	34
2.3.5.1.7 Vestido.....	34
2.3.5.1.8 Baño, aseo y evacuación	35
2.3.5.1.9 Alimentación.....	35
2.3.5.1.10 Movilidad.....	36
2.3.5.2 Terapia ocupacional en el desarrollo de actividades.....	36

CAPITULO 3

PROTOCOLO KINESICO-FISICO

3.1 Objetivos de tratamiento	41
3.2 esquema de tratamiento	41
3.3 Ficha kinesico física geriátrica cognitiva.....	42
3.4 Hoja de evolución	61
3.5 Conclusiones.....	66
3.6 Recomendaciones.....	67

BIBLIOGRAFIA.....	69
--------------------------	-----------

ANEXOS

GLOSARIO

INTRODUCCIÓN

El Alzheimer es una enfermedad de las edades avanzadas de la vida, y es tanto más frecuente cuanto mayores son las personas, pero hay formas precoces que comienzan a los 50 o 60 años y, aunque muy raramente, incluso antes.

Comienza con trastornos de memoria que son ya desde fases muy incipientes, importantes desde el punto de vista funcional, es decir, que interfieren con las actividades. Todos tenemos trastornos de memoria, sobre todo en relación con el paso del tiempo y con el estrés, pero lo habitual es que desarrollemos estrategias para compensarlas, como por ejemplo, apuntar las cosas que hay que comprar, llevar una agenda, etc. Aunque los fallos de memoria puedan, en alguna ocasión, jugaros alguna mala pasada, no ocurre así en general y podemos seguir trabajando, disfrutando de actividades de ocio, ocupándonos de nuestras familias y de nosotros mismos por mucho que vayamos diciendo “¡cada vez tengo peor memoria!”. Al paciente con enfermedad de alzheimer los fallos de memoria le van limitando, de manera progresiva, sus actividades. Al principio, la pérdidas se refiere, sobretodo, a hechos recientes. En esa fase llama la atención que el paciente recuerde, e incluso le gusta evocar una y otra vez, con todo detalle, hechos referentes a su infancia y juventud, lo que puede mantener incluso ya cuando no es capaz de recordar el nombre de sus nietos o cuando es navidad. Poco a poco, deja de recordar todo cuanto se refiere a si mismo, su edad, donde vive, confunde a sus hijos o piensa que su esposa es su madre. Hay que destacar, no obstante que, aunque a veces es ya incapaz de recordar el nombre del cónyuge o sus hijos, su presencia suele resultarle agradable y tranquilizadora. El buen contacto afectivo, las emociones, el trato afectuoso que se le dispense es aceptado y agradecido. En las fases finales se pierde, incluso, este aspecto tan primario de la relación.

La familia y amistades deben mantener su interés en la conversación y demostrarle interés por lo que dice. Proporcionarle confort y seguridad con palabras y gestos, animándole a expresarse a pesar de sus dificultades. Darle el tiempo que necesite para expresarse y para pensar sin interrumpirle. No corregir, criticar ni discutir lo que dice, ya que habitualmente solo se empeoran las cosas y así evitarle una frustración innecesaria.

Centrarse en los sentimientos que quiere expresar y no en los hechos o palabras que dice, ya que las emociones son más importantes. Buscar para la conversación lugares tranquilos, para que pueda concentrarse en sus pensamientos y limitar todo aquello que pueda distraerle mientras habla ,además de mantener durante toda la conversación contacto visual con el .

Se debe intentar que el enfermo no pierda contacto con los miembros de la familia , aunque sea a través de acciones simples, como una llamada telefónica de vez en cuando o una visita .Son actos que significan mucho para ellos ,aunque no se reciba respuesta de su parte. Tener para con ellos, ocasionalmente, pequeños detalles o atenciones.

Lo primero que hay que hacer es identificar todos aquellos elementos que, por cotidianos que parezcan, pueden en algún momento entrañar peligro para el enfermo por las dificultades que llegará a tener tanto en el reconocimiento como en el manejo de objetos. Así mismo hay que tener presente: las escaleras, diferentes niveles de iluminación , espacios en exceso homogéneos y difícilmente reconocibles.

El paciente tiene mermadas algunas de sus capacidades por lo que se debe tomar precaución en la cocina (electrodomésticos, cuchillos, gas y los objetos cortantes), los cuales deberán tener ciertas modificaciones para facilitar al paciente su actividad. De la misma manera deberán realizarse arreglos necesarios en la vestimenta, el cuarto de baño, e incluir accesorios como la cremallera y el abotonador que son utensilios de vestimenta para mejorar la calidad de vida.