



Impacto de la intervención enfermera en la calidad de vida del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer

Revisión integradora

Memoria presentada para optar al título de Graduado en
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por

Diego Clemente Adelantado

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Sara Rus Mata

[31 de Mayo de 2022]

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a mi tutora Sara por estar ahí desde el primer momento que empecé con el trabajo. Por resolverme y ayudarme en cada uno de los problemas y dudas que me surgían por el camino.

También agradecer a mi familia, por el apoyo incondicional y los ánimos que me han ido dando durante todo el proceso, y a mi hermano Sergio, por el interés constante por todo lo que iba haciendo. Gracias a ellos esta etapa se ha hecho más amena.

Por otro lado, agradecer a los compañeros y compañeras de la carrera por ser de lo mejor que me ha dado enfermería. Un saludo a Los Pibes, se merecían estar aquí.

Y por último, le dedico este trabajo a mi abuela María, por ella es que me decidí a realizarlo sobre algo relacionado con la enfermedad de Alzheimer. Seguro que estaría muy orgullosa.

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, Diego Clemente Adelantado, con NIF 46277229X, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2021-2022**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “Impacto de la intervención enfermera en la calidad de vida del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer”, tutelado por la profesora Sara Rus Mata defendido en lengua castellana en el período de **31 de mayo, 2022**

Firmado: Diego Clemente Adelantado

Castellón de la Plana, 31 de Mayo de 2022

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Definición y características.....	3
1.2. Etapas de la EA.	4
1.3. Epidemiología.....	5
1.4. Papel del cuidador.....	9
1.5. Justificación.	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1. Objetivo general.....	12
2.2. Objetivos específicos.....	12
3. METODOLOGÍA.....	13
3.1. Diseño del estudio.....	13
3.2. Criterios de selección.	15
3.3. Estrategia de búsqueda.....	16
3.3.1. Búsqueda en PubMed.	17
3.3.2. Búsqueda en BVS.....	18
3.3.3. Búsqueda en Web of Science.	19
3.3.4. Búsqueda en Scielo.	20
3.3.5. Búsqueda en SCOPUS.....	20
3.4. Método de extracción de datos.	21
3.5. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos.	22
4. RESULTADOS	24
4.1. Características de los estudios incluidos.....	26
4.1.1. Año de publicación.....	26
4.1.2. Tipo de estudios.	27
4.1.3. Lugar de realización.....	27
4.1.4. Estudios según base de datos.	28
4.2. Principales resultados extraídos de los estudios incluidos.	28
5. DISCUSIÓN.....	33
6. CONCLUSIONES	38
7. LIMITACIONES	39
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	39
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

10. ANEXOS	43
<i>Anexo 1: Plantilla de ensayos clínicos de la red CASPe.</i>	<i>43</i>
<i>Anexo 2: Plantilla de revisiones sistemáticas de la red CASPe</i>	<i>44</i>
<i>Anexo 3: Lectura crítica con CASPe de los ensayos clínicos seleccionados.</i>	<i>45</i>
<i>Anexo 4: Lectura crítica con CASPe de las revisiones sistemáticas seleccionadas.</i>	<i>46</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia de demencia en Europa por edad y sexo 2018.....	7
Tabla 2: Prevalencia de demencia en Europa por países 2018.....	8
Tabla 3: Pregunta PIO.	13
Tabla 4: Bases de datos y sus características.....	14
Tabla 5: Thesaurus. DeCS y MeSH utilizados.....	16
Tabla 6: Definiciones de los descriptores.....	17
Tabla 7: Estrategia de búsqueda PubMed.	18
Tabla 8: Estrategia de búsqueda BVS..	19
Tabla 9: Estrategia de búsqueda WoS.	19
Tabla 10: Estrategia de búsqueda Scielo	20
Tabla 11: Estrategia de búsqueda SCOPUS.....	21
Tabla 12: Inclusión y exclusión de artículos.	22
Tabla 13: Título, autor, año, fuente, tipo de estudio, metodología y resultados obtenidos.	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia global del Alzheimer.	6
Figura 2: Tasa de población con EA por edad y género 2008. Elaboración propia	9
Figura 3: Metodología y estrategia de búsqueda.....	23
Figura 4: Diagrama de flujo de la revisión integradora.....	25
Figura 5: Año de publicación.	26
Figura 6: Tipo de estudios.	27
Figura 7: Lugar de realización.....	27
Figura 8: Estudios según base de datos.	28

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

EA – Enfermedad de Alzheimer

AD – Alzheimer Disease

ABVD – Actividades Básicas de la Vida Diaria

APOE – Apolipoproteína E

PIB – Producto Interior Bruto

UE – Unión Europea

SEN – Sociedad Española de Neurología

INE – Instituto Nacional de Estadística

BVS – Biblioteca Virtual de Salud

WoS – Web of Science

CASPe – Critical Appraisal Skills Programme Español

DeCs – Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH – Medical Subject Headings

ADRD – Alzheimer Disease and Related Dementias

SAT – Servicio de Atención Telefónica

GAM – Grupos de Ayuda Mutua

NYUCI-AC – NYU Caregiver Intervention for Adult Children

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo que afecta a la memoria, el pensamiento y el comportamiento, causando una dependencia y unas necesidades elevadas en las actividades básicas de la vida diaria. Los cuidadores de estos pacientes sufren sobrecarga y su calidad de vida se ve afectada a causa de la atención que requieren.

Objetivo: Conocer y exponer las estrategias e intervenciones que mejoran la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con EA.

Métodos: Se realizó una revisión integradora de la literatura acerca de las intervenciones enfermeras sobre la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con EA. Esta se realizó en bases de datos mediante los descriptores de ciencias de la salud y los medical subject headings. Se tuvieron en cuenta unos criterios de inclusión y exclusión y se realizó una evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados.

Resultados: Se escogieron para la revisión 9 estudios científicos. En estos, se observaron la cantidad de intervenciones que enfermería podía aportar a la mejora de la calidad de vida de los cuidadores. Entre estas intervenciones se encuentran: educación para la salud, apoyo físico y psicológico, disponibilidad de recursos sociosanitarios o intervenciones como las multicomponentes o psicoterapéuticas.

Conclusión: Enfermería tiene un importante papel en el cuidado de este tipo de personas. A pesar de la falta de investigación, muchas intervenciones dan resultados beneficiosos y que aumentan la calidad de vida de los cuidadores.

Palabras clave:

Enfermedad de Alzheimer, Cuidador, Calidad de vida, Cuidados de enfermería

ABSTRACT

Introduction: Alzheimer's disease (AD) is a disorder characterised by cognitive impairment affecting memory, thinking and behaviour, causing dependency and high needs in basic activities of daily living. Carers of these patients are overburdened and their quality of life is affected by the care they require.

Objective: To know and present the strategies and interventions that improve the quality of life of caregivers of AD patients.

Methods: An integrative review of the literature on nursing interventions on the quality of life of caregivers of patients with AD was carried out. This was carried out in databases using health science descriptors and medical subject headings. Inclusion and exclusion criteria were taken into account and the methodological quality of the selected studies was assessed.

Results: Nine scientific studies were chosen for the review. In these, we observed the number of interventions that nursing could contribute to improving the quality of life of caregivers. These interventions included health education, physical and psychological support, availability of socio-health resources or interventions such as multicomponent or psychotherapeutic interventions.

Conclusions: Nursing has an important role in the care of such people. Despite the lack of research, many interventions have beneficial and life-enhancing outcomes for carers.

Key Words:

Alzheimer's disease, Caregiver, Quality of life, Nursing care

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y características.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa que provoca a la persona que la sufre un deterioro cognitivo amnésico en sus variantes más frecuentes y un deterioro no amnésico en sus formas menos habituales ⁽¹⁾.

Considerada la forma más común de trastorno neurocognitivo, esta enfermedad es muy característica a la hora de presentarse. Las manifestaciones clínicas van desde la ausencia de deterioro cognitivo hasta la demencia grave afectando completamente al enfermo para llevar a cabo sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) ⁽¹⁾.

Como ya se conoce, el aspecto cognitivo es el más deteriorado de este trastorno. En la presentación de la EA se ven afectados aspectos como el lenguaje, la memoria, la función ejecutiva y el procesamiento visoespacial los cuales se modifican mucho más con la presencia conjunta de otras patologías no relacionadas a la EA ⁽¹⁾.

La dificultad para recordar información recién aprendida es el síntoma temprano más común de la EA a causa de los cambios en el cerebro que afectan primeramente al aprendizaje. No hablamos de los problemas que cualquier persona puede tener para recordar ciertas cosas, sino en cambios que denotan signos de que las células del cerebro están fallando ⁽²⁾.

A medida que la enfermedad avanza síntomas como la desorientación, los cambios de humor o la confusión de eventos fechas y lugares se acrecientan acabando en fases más tardías con la dificultad para caminar, tragar e incluso hablar ⁽²⁾.

Se han identificado para este tipo de trastorno neurocognitivo algunos factores de riesgo no modificables como son ⁽³⁾:

- Edad: Envejecimiento como principal factor de riesgo.
- Antecedentes familiares: Personas con un familiar con EA tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad debido a factores hereditarios que personas que no tienen ese familiar.
- Genética: Se conocen dos genes involucrados en la EA: apolipoproteína E-e4 y las formas comunes APOE-e2 y APOE-e3.

Respecto a la causa, se sigue investigando sobre ella debido a que los científicos no conocen por completo de donde viene, se observa tanto componente genético como la relación del deterioro cognitivo por afecciones vasculares o el estilo de vida ⁽⁴⁾.

Se sabe que es un trastorno cerebral que resulta de una interacción compleja de pérdida de homeostasis sináptica. Biológicamente se define por la presencia de placas que contienen -amiloides ubicadas entre los espacios intracelulares y ovillos neurofibrilares acumulados dentro de las propias neuronas ⁽²⁾.

1.2. Etapas de la EA.

Como ya sabemos, los síntomas de esta enfermedad empeoran con el tiempo a una velocidad que varía dependiendo de la persona. Se conoce que existen varias etapas clasificatorias según la fase en la que se encuentra la enfermedad dándose a conocer las habilidades y síntomas que poseen los enfermos de Alzheimer en cada momento ⁽⁵⁾.

Encontramos así cuatro etapas bien diferenciadas:

- Etapa preclínica ⁽⁵⁾.

Se conoce como el periodo de tiempo que pasa desde que comienzan los cambios en el cerebro relacionados con la EA hasta que aparecen los primeros síntomas de esta. Este periodo puede durar años.

- Etapa temprana: Alzheimer leve ^(4,5).

En esta etapa la persona se desenvuelve de manera independiente realizando todo tipo de acciones igual que una persona sin la enfermedad (conducir, trabajar, ...) pero ya se denotan algunas pérdidas de memoria y otras dificultades cognitivas como cambios en la personalidad y el comportamiento.

La familia en este periodo son los primeros que empiezan a notar las dificultades del enfermo y son los que se encargan de buscar ayuda.

- Etapa media: Alzheimer moderado ^(4,5).

La etapa media es el periodo más largo de la enfermedad y puede durar muchos años. A medida que avanza, la atención y cuidado al enfermo irá en aumento.

En este proceso el daño cerebral se desarrolla en zonas del lenguaje, razonamiento y procesamiento sensorial (deja de percibir o conocer sonidos y olores). El daño de las células nerviosas empeora los síntomas anteriores y los agrava aumentando el riesgo de desorientación y confusión.

Empiezan a dejar de hacer tareas que requieran varios pasos para su realización como sería el acto de vestirse y empieza a ser poco probable que aprendan cosas nuevas.

El comportamiento se vuelve más impulsivo.

- Etapa final: Alzheimer severo ^(4,5).

En esta instancia, el daño se extiende por todo el tejido cerebral reduciéndose este de forma considerable haciendo que la persona pierda la capacidad de responder a su entorno, de poder mantener una conversación o de controlar sus movimientos. La comunicación se vuelve muy difícil ya que las palabras o frases que llegan a decir no tienen sentido alguno.

Es una etapa en la que el enfermo de Alzheimer depende por completo de un cuidador y necesita asistencia completa tanto para las ABVD como para el cuidado y aseo personal.

Es la etapa final de vida ya que las capacidades físicas y del habla se van reduciendo hasta desaparecer por completo.

1.3. Epidemiología.

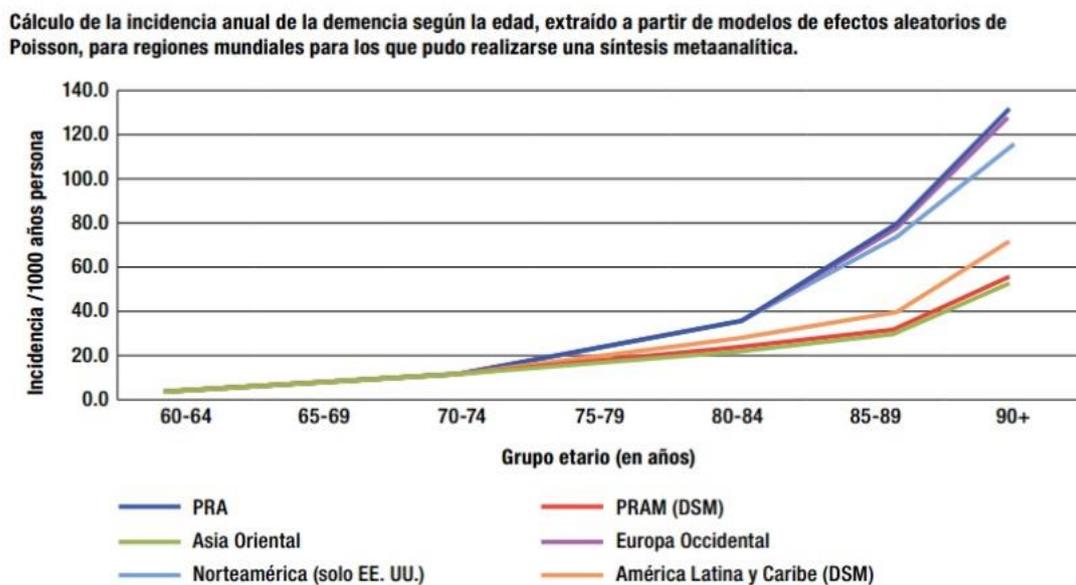
La EA se considera la forma más común de trastorno neurocognitivo calculando que representa entre un 60% y 70% de los casos a nivel mundial. Los límites entre este tipo de demencia y otras como la vascular o la demencia por cuerpos de Lewy son difusos y muchas veces estas coexisten entre ellas ⁽⁶⁾.

A nivel mundial el número de personas con esta enfermedad está aumentando debido al aumento de la esperanza de vida. Esta afecta a unos 50 millones de personas, de las cuales

el 60% viven en países de ingresos medios y bajos (el 94% de estos reciben los cuidados en el propio domicilio muchas veces sin ningún tipo de ayuda)⁽⁷⁾. Cada año se registran en el mundo cerca de 10 millones de casos nuevos⁽⁶⁾.

Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general mayor de 60 años sufre demencia en algún momento de su vida⁽⁶⁾.

Figura 1: Prevalencia global del Alzheimer.⁽⁷⁾



El impacto de esta enfermedad repercute de forma muy grave a los costos médicos y sociales. En 2015, el costo social de este trastorno a nivel mundial se estimó en 818.000 millones de dólares equivaliendo al 1,1% del producto interior bruto (PIB) mundial⁽⁶⁾.

Se calcula que los costes totales alcanzarán los 2 billones de dólares en 2030⁽⁷⁾.

Se prevé que el número total de personas con EA alcance los 82 millones en 2030 y los 152 millones en 2050⁽⁶⁾.

Respecto a Europa la esperanza de vida también está yendo en aumento pasando de una media de 77,7 años en 2002 a 81,3 años en 2019. Dado que el principal factor de riesgo es la edad, el envejecimiento de la población resulta ser directamente proporcional al aumento de las demencias⁽⁸⁾.

Según un estudio publicado en el anuario de 2019 titulado “Estimación de la prevalencia de la demencia en Europa” se estima que entre 8 y 9 millones de personas de la UE viven con demencia siendo más mujeres que hombres afectadas por esta enfermedad ⁽⁸⁾.

Como a nivel global, en Europa también se prevé que el número de personas con demencia se duplique para el 2050 ⁽⁸⁾.

Tabla 1: Prevalencia de demencia en Europa por edad y sexo 2018.

Elaboración propia.⁽⁸⁾

Rango edad	Prevalencia general	Prevalencia mujeres	Prevalencia hombres
60-64	0.6%	0.9%	0.2%
65-69	1.3%	1.5%	1.1%
70-74	3.3%	3.4%	3.1%
75-79	8%	8.9%	7%
80-84	12.1%	13.1%	10.7%
85-89	21.9%	24.9%	16.3%
90+	40.8%	44.8%	29.7%

En la tabla 1, vemos que a partir de los 60 años, la prevalencia de la EA va en aumento de forma progresiva. Observamos que entre los 60-64 años el 0.6% de la población de Europa desarrolla la enfermedad aumentando hasta el 8% de la población entre los 75-79 años.

A partir de los 80 años aumenta considerablemente la población con EA duplicándose casi la prevalencia general en el rango de edad entre 80-84 años y 85-89. (12.1% y 21.9% respectivamente).

Respecto a los hombres, tenemos que a los 90 años el 29.7% de ellos tienen la enfermedad siendo casi la mitad que la población femenina que la sufre (44.8%).

Tabla 2: Prevalencia de demencia en Europa por países 2018. Elaboración propia. ⁽⁸⁾

País	Hombres	Mujeres	Total	% población en 2018	% población en 2050
Alemania	511.050	1,074.115	1,585.166	1.91%	3.43%
Italia	402.965	876.402	1,279.366	2.12%	4.13%
Francia	374.260	853.298	1,227.558	1.83%	3.31%
Reino unido	356.741	674.656	1,031.396	1.56%	2.67%
España	271.984	580.758	852.741	1.83%	3.99%
Polonia	147.733	377.351	525.084	1.38%	3.23%

Estos 6 países son los países con mayor tasa de demencia de Europa. Tenemos a Alemania que encabeza la tabla con un total de 1,585.166 personas con EA y a España con 852.741. Aun así, teniendo tanta diferencia de personas afectadas por la enfermedad, vemos que el % de población con EA no varía mucho entre los países debido a la proporción de población que reside en cada uno de ellos.

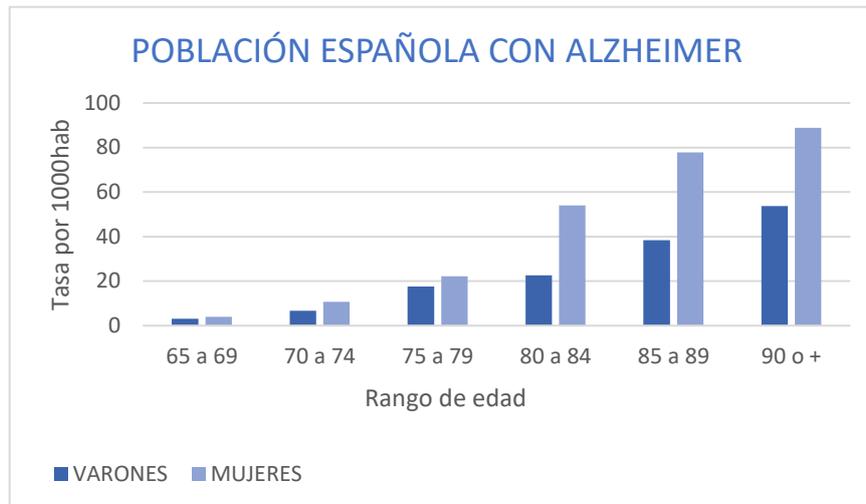
Por último, en el panorama nacional, según la Sociedad Española de Neurología (SEN) 2021, esta enfermedad causa en nuestro país unas cifras que se duplican cada 5 años, afectando entre un 5 y 10% de los adultos mayores de 65 a casi el 50% de la población mayor de 85 años ⁽⁹⁾.

La SEN calcula que en España hay unas 800.000 personas que padecen EA actualmente ⁽⁹⁾.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó en 2008 una encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia de la cual se obtuvo la tasa de población según enfermedad por edad y sexo que tiene diagnosticadas enfermedades como la demencia tipo Alzheimer.

En la siguiente figura (Figura 2) vemos la tasa de población española afectada por EA sacada de esta encuesta de 2008.

Figura 2: Tasa de población con EA por edad y género 2008. Elaboración propia⁽¹⁰⁾



Por lo que podemos observar, hasta los 80 años tenemos muy poca diferencia entre los hombres españoles diagnosticados de esta enfermedad (17.56%) y las mujeres con el mismo diagnóstico (22.15%).

A partir de esta edad, la tasa de mujeres con EA en España duplica a la de hombres tanto que entre los 85 y 89 años la tasa por cada 1000 habitantes de mujeres incrementa hasta 77.84% frente a la de hombres que subiría a un 38.31%.

1.4. Papel del cuidador.

Debido a la pérdida sucesiva de las funciones cognitivas de estos pacientes y que la autonomía de la persona se ve cada vez más limitada a medida que va avanzando la enfermedad, estas personas requieren de unos cuidados continuados y unas necesidades constantes⁽¹¹⁾.

La dependencia e incapacidad llegan a tal nivel que la atención brindada por el cuidador es muy costosa. Generalmente, estos cuidados se realizan en el contexto familiar por personas que tienen una relación paternal con el enfermo no obteniendo remuneración económica por la labor que desarrollan y no teniendo tampoco una formación en el cuidado y manejo de este tipo de pacientes⁽¹¹⁾. Resulta ser una experiencia que demanda habilidades y cualidades específicas y unas situaciones de compromiso muy elevadas⁽¹²⁾.

Las altas exigencias de las personas con EA producen a los cuidadores experimentar todo tipo de problemas físicos, psicológicos, emocionales incluso sociales o económicos ⁽¹³⁾. Conocidos como “costes ocultos” son aquellos problemas que afectan al cuidador y que se mantienen al margen de los recursos públicos y las políticas asistenciales ⁽¹²⁾.

Es primordial llevar un control de esta situación de calidad de vida del cuidador ya que para cuidar a una persona es necesario que esta esté en plenas facultades ya que es la persona más importante para el enfermo con este tipo de trastorno neurocognitivo. Por eso es necesario cuidarse, ya que cuidar a una persona con EA requiere mucho tiempo, paciencia y energía ⁽¹³⁾.

La familia siempre ha sido la encargada de proveer estos cuidados al menos en las primeras etapas de la enfermedad. Según Pickard y King ⁽¹²⁾ se estima que para el año 2060 el número de cuidadores informales en España supere los 2,8 millones (aumentando un 140% respecto 2010) ⁽¹²⁾.

Por otro lado, según el estudio “El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención” aquí en España el perfil del cuidador corresponde en el 67% de los casos a una mujer entre 45 y 55 años que en el 65% de ellos resulta ser hija de la persona que sufre la EA. Esta cuidadora compagina el cuidado del enfermo con su actividad profesional y con la atención a su familia ⁽¹⁴⁾.

Este estudio también muestra que entre el 50-70% de los cuidadores de pacientes con trastornos neurocognitivos presentan algún tipo de carga destacando que el 30% de estos sufren sobrecarga intensa empeorando así su calidad de vida ⁽¹⁴⁾.

1.5. Justificación.

Este trabajo de Fin de Grado habla sobre la atención que los profesionales de enfermería pueden realizar sobre los cuidadores de personas que padecen EA. Con esta intervención se pretende satisfacer a la persona a cargo del enfermo aumentando o mejorando su calidad de vida, que muchas veces está deteriorada.

Se conoce que los cuidadores de este tipo de personas llevan encima una carga muy elevada que, como ya se ha expuesto, les provoca multitud de problemas tanto físicos como psicológicos y sociales. Es por esto, y por la alta incidencia y prevalencia de la enfermedad no solo en España sino a nivel global, que estas personas necesitan una atención especial para tratar este problema.

La razón principal por la cual decidí escoger este tema para mi revisión es porque mi abuela padeció Alzheimer durante unos 5 años, por lo que me parecía que yo podía hacer algo para aportar mi granito de arena y hacer que se conozca y se visibilice la enfermedad. Otro motivo, que es el que me convenció y el que hizo decidirme a concretar el tema a estudio fue que, durante los primeros años de la enfermedad, mi abuela estuvo muchas temporadas en mi casa, siendo nosotros los principales cuidadores y los que se encargaban de ella de manera integral.

Estas temporadas que pasaba en casa las recuerdo con sensaciones diferentes.

Por un lado, tienes a tu familiar cerca, le das cariño y conoces todas las necesidades que requiere, pero por otro, a medida que avanza la enfermedad, ves que ninguno de los convivientes tiene ni los conocimientos ni las capacidades de hacer frente a una persona que se convierte en dependiente de una forma tan rápida.

Además, a medida que pasa el tiempo esta persona requiere mayor atención por el estado en el que se encuentra, haciendo que cada vez sea más complicado atender sus necesidades básicas si no estás dedicado por completo a ello y que la calidad de vida de las personas a cargo del enfermo disminuya.

Por todo esto, es de gran importancia conocer estrategias para aumentar la calidad de vida de los cuidadores y que estos puedan dar unos cuidados integrales mejores y acordes a la enfermedad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general.

- Conocer el impacto de los cuidados de enfermería en la calidad de vida del cuidador del paciente con EA.

2.2. Objetivos específicos.

- Determinar los cuidados de enfermería que requieren los pacientes con este tipo de trastorno neurocognitivo.
- Exponer la repercusión que tiene la EA en sus cuidadores.
- Demostrar las estrategias y técnicas más eficaces para mejorar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con EA.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio.

El tipo de estudio utilizado en este trabajo consiste en una revisión integradora de la literatura en la que se realiza una recopilación de datos sobre los efectos de las intervenciones de enfermería en la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con Alzheimer.

El fin de este es analizar la literatura para responder la pregunta clínica propuesta en la tabla 3:

Tabla 3: Pregunta PIO. Fuente: Elaboración propia.

¿Las intervenciones de enfermería mejoran la calidad de vida de los cuidadores de personas con EA?	
P (Population)	Cuidadores a cargo de personas con EA
I (Intervention)	Cuidados de enfermería
O (Outcomes)	Mejora de la calidad de vida de los cuidadores

Esta revisión integradora se realizó entre los meses de enero de 2022 a mayo de 2022 y la búsqueda científica se llevó a cabo mediante el uso de cinco bases de datos: PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Web of Science (WoS), Scielo y SCOPUS. Estas bases de datos fueron escogidas por su importancia a nivel internacional y nacional. Sus características vienen resumidas en la tabla 4:

Tabla 4: Bases de datos y sus características. Fuente: Elaboración propia

Bases de datos	Características
PubMed	Esta base de datos internacional es un motor de búsqueda de acceso libre a la base de datos MEDLINE especializada en ciencias de la salud.
BVS	Esta plataforma es un espacio de integración de fuentes de información en salud que promueve el acceso a información científica de bases de datos como Medline o Lilacs.
Web of Science	Colección de bases de datos de referencias bibliográficas y citas de publicaciones que recogen información desde el año 1900. Cuenta con herramientas para análisis y evaluación.
Scielo	Modelo para la publicación de revistas científicas y artículos de acceso abierto para países latinoamericanos, España y Portugal. Abarca una cobertura desde 2002.
SCOPUS	Base de datos bibliográfica iniciada en 2004 con contenido de revistas, libros y artículos de áreas científicas, tecnológicas, médicas incluso sociales (artes y humanidades).

3.2. Criterios de selección.

Con el objetivo de obtener los estudios científicos adecuados para el desarrollo de esta revisión bibliográfica y su posterior discusión, se acotan unos límites para la búsqueda de información. Estos criterios que se tienen en cuenta son:

Criterios de inclusión:

- La población de estudio se restringe a la población humana que se encuentre en la situación de ser cuidador/a de una persona con EA.
- En el trabajo se incluirán los estudios que consten de texto completo disponible y con la posibilidad de descarga para su posterior investigación.
- Los idiomas elegidos para la selección de artículos serán estudios en español e inglés.
- El límite de fecha serán estudios que se encuentren publicados en los últimos 10 años (2012-2022).
- Solo se incluirán en la revisión ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas.
- El tema principal de los estudios debe ser las intervenciones que se puedan aplicar al cuidador para mejorar su calidad de vida.

Criterios de exclusión:

- Se excluirán los estudios que después de realizar la búsqueda de información en las distintas bases de datos se hallen duplicados en más de una de ellas.
- Serán excluidos aquellos estudios que después de la evaluación de la calidad mediante la herramienta de lectura Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe), no demuestren precisión científica.
- Se excluirán de esta revisión integradora los estudios tipo Carta al director, Comunicación Póster y Comunicación Oral.

3.3. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda científica para esta revisión integradora se ha realizado en cinco bases de datos (PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Web of Science, Scielo y SCOPUS) en base a la pregunta clínica mostrada anteriormente.

Para realizar la búsqueda de información en estas bases de datos se fijaron unas palabras clave o thesaurus en lenguaje natural y controlado tanto de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) como de los Medical Subject Headings (MeSH). En la siguiente tabla se enuncian estos thesaurus y en la Tabla 6 sus correspondientes definiciones.

Tabla 5: Thesaurus. DeCS y MeSH utilizados. Fuente: Elaboración propia

Lenguaje natural		Lenguaje controlado/Descriptores	
ESPAÑOL	INGLÉS	DeCS	MeSH
Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer disease	Alzheimer disease	Alzheimer disease
Cuidador	Carer	Caregiver	Caregiver, family
Calidad de vida	Quality of life	Quality of life	Quality of life
Cuidados de enfermería	Nursing care	Nursing care	Nursing care

Estas palabras clave se usaron como descriptores en las bases de datos. Por un lado, el lenguaje controlado DeCS se usó para realizar la búsqueda en las bases de datos BVS, Web os Science, Scielo y SCOPUS y el lenguaje MeSH se utilizó en PubMed.

Tabla 6: Definiciones de los descriptores. Fuente: Elaboración propia

Descriptores	Definición (https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm)
Alzheimer disease	Enfermedad degenerativa del cerebro que se caracteriza por el comienzo insidioso de demencia.
Caregivers	Personas que cuidan a quienes necesitan supervisión o asistencia por enfermedad o discapacidad.
Quality of life	Concepto genérico que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida (físicas, sociales, de salud).
Nursing care	Cuidados presentados al paciente por personal del servicio de enfermería.

Tras elegir los descriptores se realizó la estrategia de búsqueda.

Dependiendo de la base de datos en la que se estuviese realizando la búsqueda se seleccionaron los filtros que esta permitía.

Seguidamente, se realizó mediante filtrado manual la lectura de todos los títulos de los artículos aparecidos para posteriormente realizar otro filtrado manual más a fondo de lectura de resúmenes.

A continuación, se detalla la estrategia de búsqueda concreta que se siguió en cada base de datos para seleccionar los artículos para el estudio:

3.3.1. Búsqueda en PubMed.

Para realizar la búsqueda en esta base de datos se utilizó la opción de búsqueda avanzada donde se combinaron las palabras clave en lenguaje natural con sus correspondientes términos MeSH uniéndolas con el operador booleano “OR” y posteriormente agrupándolas entre ellas con el booleano “AND”.

El resultado obtenido fueron un total de 441 artículos los cuales se redujeron a 149 cuando se aplicó el filtro de “Free full text”. Tras aplicar los otros filtros: “Clinical Trial and Systematic Review”, “in the last 10 years” y “English and Spanish lenguaje” se redujo la búsqueda a 30.

Estos 30 artículos obtenidos se pasaron más adelante por los filtros manuales de lectura de título reduciéndose así en 18 artículos que según el título podían servir para la revisión.

Tabla 7: Estrategia de búsqueda PubMed. Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	FILTROS	ARTICULOS OBTENIDOS	Tras filtro manual lectura de título
((((alzheimer disease) OR (alzheimer disease[MeSH Terms])) AND ((caregivers) OR (caregiver, family[MeSH Terms]))) AND ((quality of life) OR (quality of life[MeSH Terms]))) AND ((nursing care) OR (nursing care[MeSH Terms]))	441	“Free full text” “Clinical trial and Systematic review” “in the last 10 years” “English and Spanish”	30	18

3.3.2. Búsqueda en BVS.

En la base de datos Biblioteca Virtual de Salud, la búsqueda se realizó uniendo las palabras clave en lenguaje natural mediante el operador “AND” debido a que no trabaja con términos MeSH.

Una vez hecha la búsqueda se consiguieron un total de 337 artículos que usando los filtros “texto completo”, “Ensayos clínicos y Revisiones Sistemáticas”, “2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021” y “Idioma Inglés y Español” se redujeron a 29.

Posteriormente, estos 29 artículos se pasaron por el filtro manual de lectura de título limitándose a 15 que se ajustaban al tema tratado.

Tabla 8: Estrategia de búsqueda BVS. Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	FILTROS	ARTICULOS OBTENIDOS	Tras filtro manual lectura de título
(tw:(alzheimer disease)) AND (tw:(caregivers)) AND (tw:(quality of life)) AND (tw:(nursing care))	337	“Texto completo” “Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas” “2012 - 2021” “Inglés y Español”	29	15

3.3.3. Búsqueda en Web of Science.

En esta base de datos, también se unen las palabras clave mediante el booleano “AND” y se obtienen un total de 487 resultados que mediante los filtros “Open Access”, “document types: review articles or clinical trial”, “publication years 2012-2022” y “languages: Spanish or English” se acotaron a 61 artículos.

Tras la lectura de títulos de estos artículos se restringe a 31 que pasan por el filtro manual de lectura de abstract.

Tabla 9: Estrategia de búsqueda WoS. Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	FILTROS	ARTICULOS OBTENIDOS	Tras filtro manual lectura de título
Alzheimer disease (Topic) and caregivers (Topic) and quality of life (Topic) and nursing care (Topic)	487	“Open Access” “Review articles or Clinical Trial” “2012-2022” “Spanish or English”	61	31

3.3.4. Búsqueda en Scielo.

Para esta base de datos también se realiza la búsqueda uniendo las palabras clave en lenguaje natural agrupándolas con el operador booleano “AND”. El resultado fue de 8 artículos de los cuales se retiraron 3 por ser en portugués.

De los 5 restantes se retiraron 2 por estar publicados antes del año 2012 quedándose así en 3 posibles artículos para la revisión.

Tabla 10: Estrategia de búsqueda Scielo. Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	FILTROS	ARTICULOS OBTENIDOS	Tras filtro manual lectura de título
(alzheimer disease) AND (caregivers) AND (quality of life) AND (nursing care)	8	“Idioma Español” “2012 - 2022”	3	3

3.3.5. Búsqueda en SCOPUS.

En SCOPUS, como en las últimas bases de datos consultadas, se buscó en base a la unión de las palabras clave con el operador “AND”.

Con esto, se obtuvieron 324 resultados que se redujeron a 45 artículos una vez aplicados los filtros “All Open Access”, “Article and Review document types”, “2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021 or 2022” y “English and Spanish language”.

En esta base de datos se eligieron “Article and Review document types” debido a que no había la posibilidad de concretar los estudios a Clinical trials. A pesar de esto los artículos escogidos siguen siendo o revisiones sistemáticas o ensayos clínicos.

A estos 45 resultados de la búsqueda se les aplicó el filtro manual de lectura de título con el cual se quedaron en 26 estudios que podían servir para la revisión.

Tabla 11: Estrategia de búsqueda SCOPUS. Fuente: Elaboración propia.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	FILTROS	ARTICULOS OBTENIDOS	Tras filtro manual lectura de título
(TITLE-ABS-KEY (alzheimer AND disease) AND TITLE-ABS-KEY (caregivers) AND TITLE-ABS-KEY (quality AND of AND life) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND care))	324	“All Open Access” “Article and Review document type”, “2017 - 2022” “English and Spanish language”	45	26

3.4. Método de extracción de datos.

Como se ha explicado en el apartado anterior, los estudios se fueron descartando con la aplicación de los filtros de forma que se clasificaban en incluidos y excluidos, especificando por qué cada uno de ellos se descartaba o no para el trabajo.

Una vez escogidos los estudios tras la lectura de título se realizó una lectura de los resúmenes para conocer mediante este filtro manual si cada uno de ellos eran relevantes o no hablaban del tema en cuestión.

Tras prescindir de muchos de ellos porque estaban duplicados o porque no se centraban en las intervenciones para mejorar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con EA, se decidió hacer una lectura más profunda de aquellos estudios que según el resumen sí que proporcionaban información destacable para esta revisión. Con esto se aseguró que cada artículo escogido respondiese a nuestra pregunta PIO planteada.

En la tabla 12 se observa todo el proceso de inclusión y exclusión de los artículos seleccionados.

Tabla 12: Inclusión y exclusión de artículos. Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS	Incluidos tras lectura de título	Excluidos por estar duplicados	Incluidos tras lectura del abstract	Artículos Seleccionados
PubMed	18	2	7	1
BVS	15	3	3	2
Web of Science	31	9	8	2
Scielo	3	0	3	3
SCOPUS	26	2	4	1
TOTAL	93	16	25	9

3.5. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Una vez hecha la selección de los estudios que se usarán para el desarrollo de esta revisión se procede a realizar una lectura crítica para valorar la calidad metodológica de cada uno de los artículos.

Esta calidad metodológica se analiza mediante la herramienta conocida como Critical Appraisal Skills Programme español (CASPe). Esta consiste en unas plantillas de valoración que evalúan diferentes criterios. Estas plantillas no sirven para determinar la calidad de todo tipo de estudios, sino que se centra específicamente en dos de ellos (revisiones sistemáticas y ensayos clínicos), ambos dos los tipos de estudios usados para este trabajo.

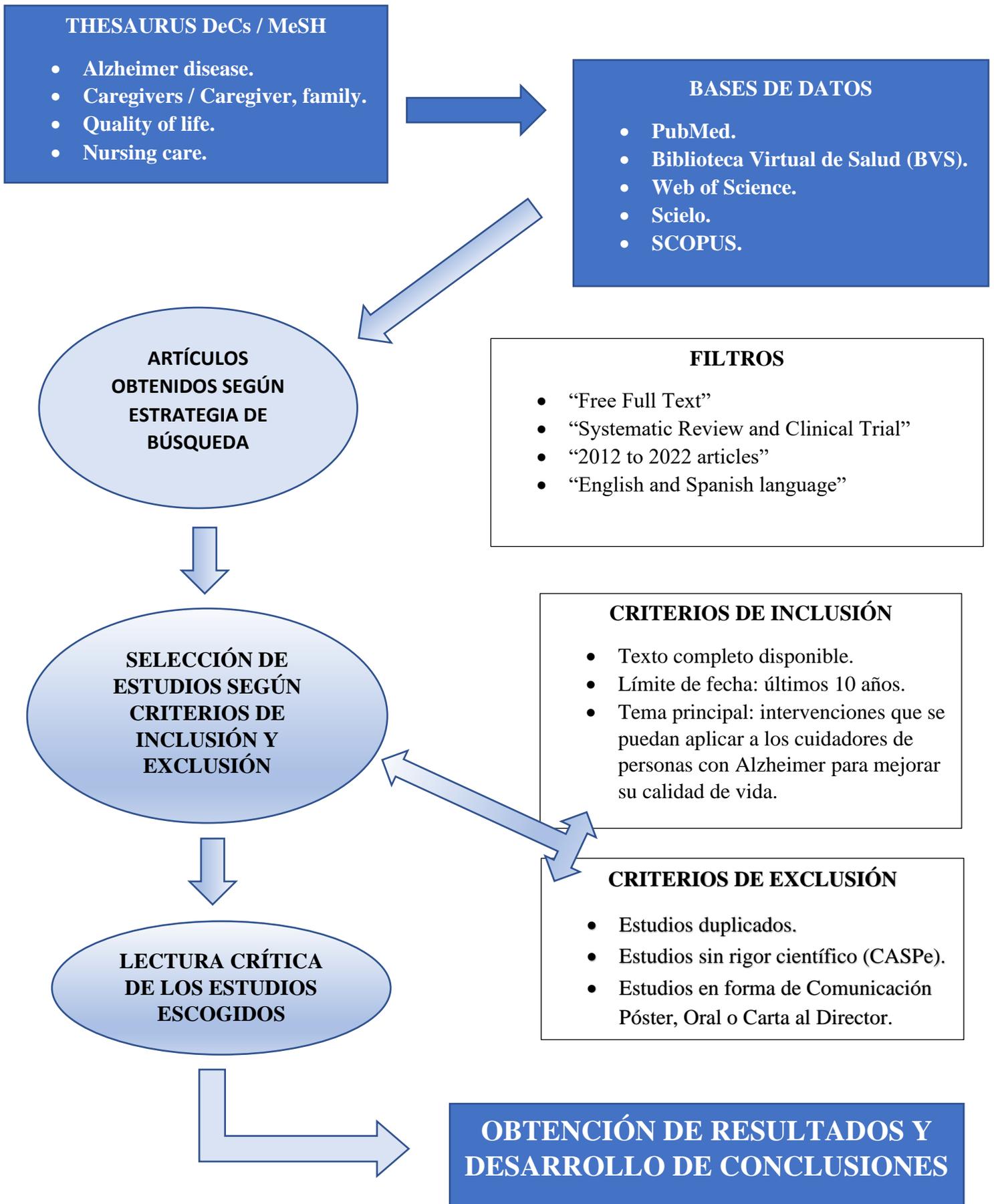
Para los ensayos clínicos tenemos 11 preguntas centradas en conocer si los estudios escogidos son válidos o no para el trabajo. (Anexo 1)

Por otro lado, para las revisiones sistemáticas la plantilla consta de 10. (Anexo 2)

Como observamos, ninguno de los estudios seleccionados se eliminó una vez evaluada la calidad metodológica. (Anexo 3 y 4)

Toda la estrategia de búsqueda y metodología queda resumida en la figura 3

Figura 3: Metodología y estrategia de búsqueda. Fuente: Elaboración propia.



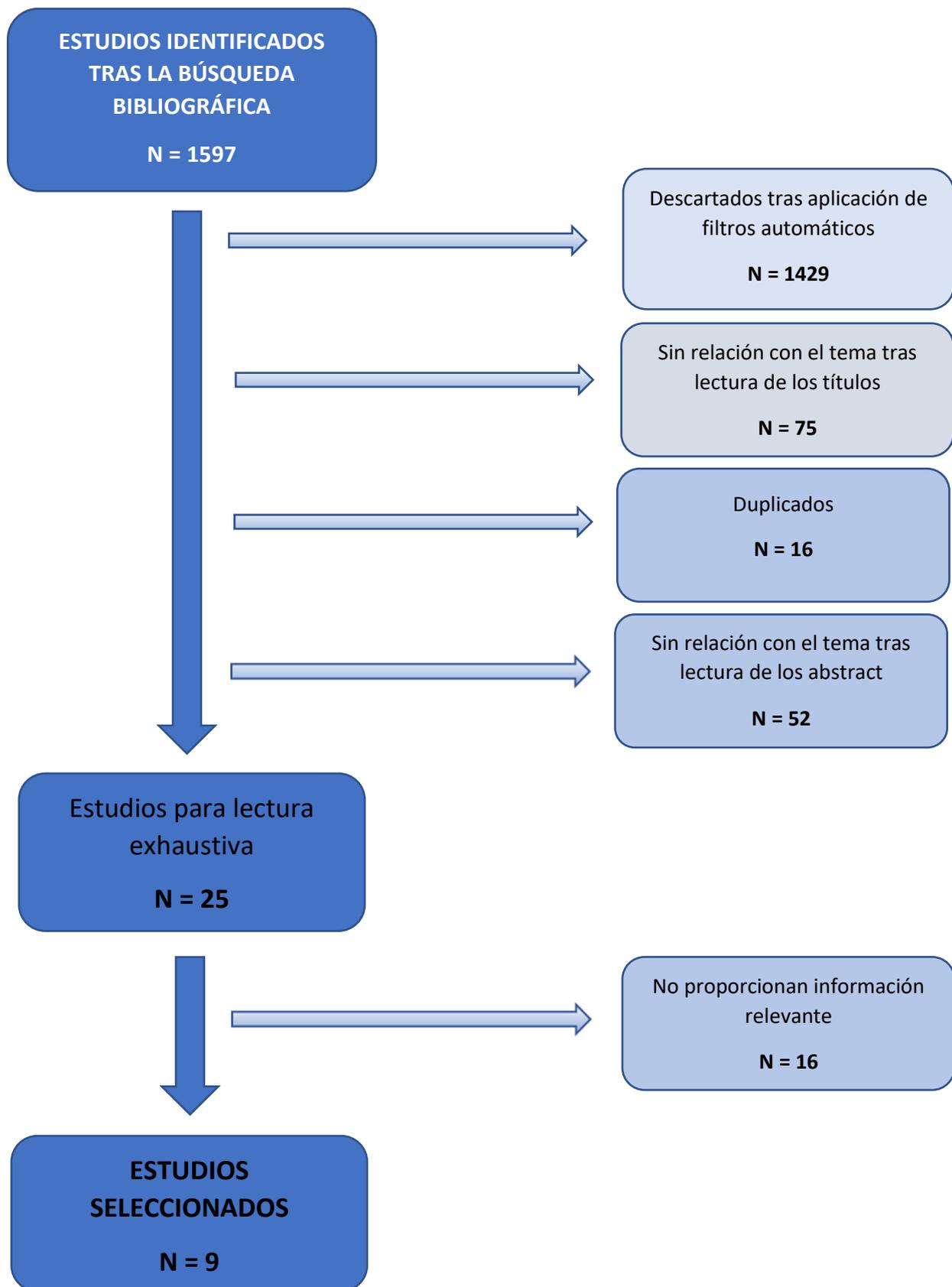
4. RESULTADOS

Mediante la estrategia de búsqueda explicada anteriormente se obtuvieron un total de 1597 estudios. De estos, una vez aplicados los filtros automáticos, también nombrados previamente, se redujeron a 168 estudios que podían servir para la revisión. Una vez obtenidos estos artículos se realizó una lectura de título de cada uno de ellos haciendo que la búsqueda se acotase a un total de 93.

Con la retirada de los artículos duplicados y tras la lectura del resumen la búsqueda se concreta en 25 artículos que podrían tratar sobre intervenciones enfermeras para mejorar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con EA.

Finalmente, son estos 25 artículos a los que se les realiza una lectura más profunda y exhaustiva para determinar si proporcionan información relevante para el tema a revisión. De este modo, un total de 9 estudios fueron los elegidos para formar parte de la actual revisión integradora de la literatura. Este proceso se expone mediante un diagrama de flujo en la Figura 4.

Figura 4: Diagrama de flujo de la revisión integradora. Fuente: Elaboración propia



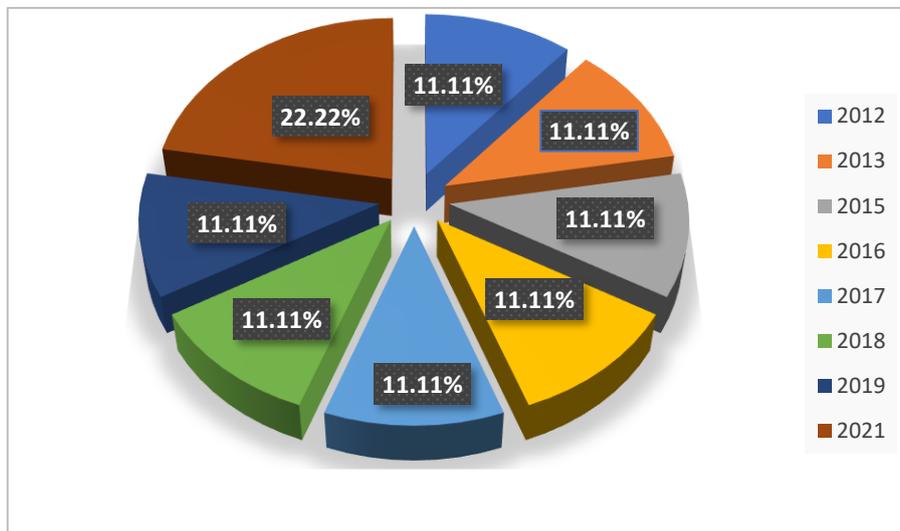
4.1. Características de los estudios incluidos.

Para así conocer una mejor clasificación de cada uno de los estudios usados para esta revisión, se han realizado una serie de gráficos que muestran una serie de datos respecto a los estudios seleccionados. En estos gráficos observamos el año de publicación, el tipo de estudio, el lugar de realización y los estudios extraídos de cada base de datos utilizada.

4.1.1. Año de publicación.

De los 9 estudios escogidos un 11.11% (n=1) fue publicado el año 2012 ⁽¹⁵⁾, un 11.11% (n=1) el año 2013 ⁽¹⁶⁾, un 11.11% (n=1) el año 2015 ⁽¹⁷⁾ y otro 11.11% (n=1) en 2016 ⁽¹⁸⁾. Otro 11.11% de los seleccionados (n=1) se publicó en el año 2017 ⁽¹⁹⁾, otro 11.11% (n=1) en 2018 ⁽²⁰⁾, otro 11.11% (n=1) en el año 2019 ⁽²¹⁾ y los últimos 22.22% de los artículos (n=2) en el año 2021 ^(22,23).

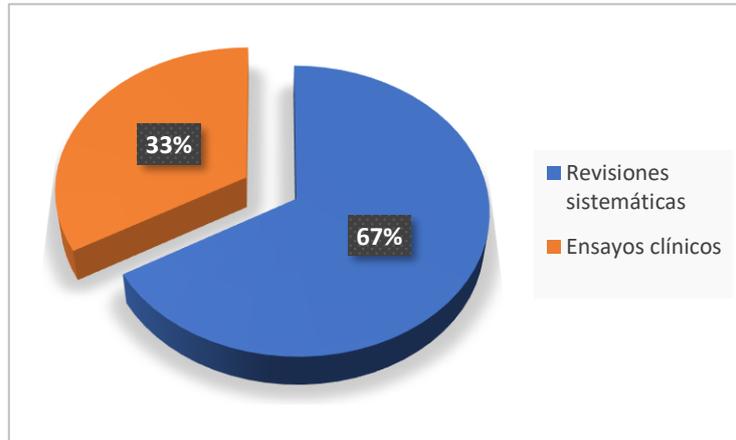
Figura 5: Año de publicación. Fuente: Elaboración propia



4.1.2. Tipo de estudios.

Del total de estudios utilizados, un 67% de estos (n=6) son revisiones sistemáticas ^(15,16,18-21) mientras que el 33% restante (n=3) consisten en ensayos clínicos ^(17,22,23).

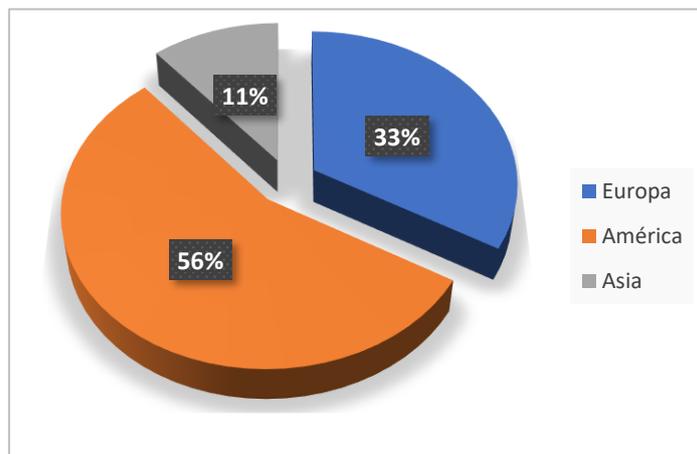
Figura 6: Tipo de estudios. Fuente: Elaboración propia.



4.1.3. Lugar de realización.

Según el continente donde se realizaron los estudios escogidos tenemos que un 56% de los estudios seleccionados (n=5) provenían de América ^(15-17,21,22), un 33% (n=3) provenían de Europa ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ y un 11% (n=1) de Asia ⁽²³⁾.

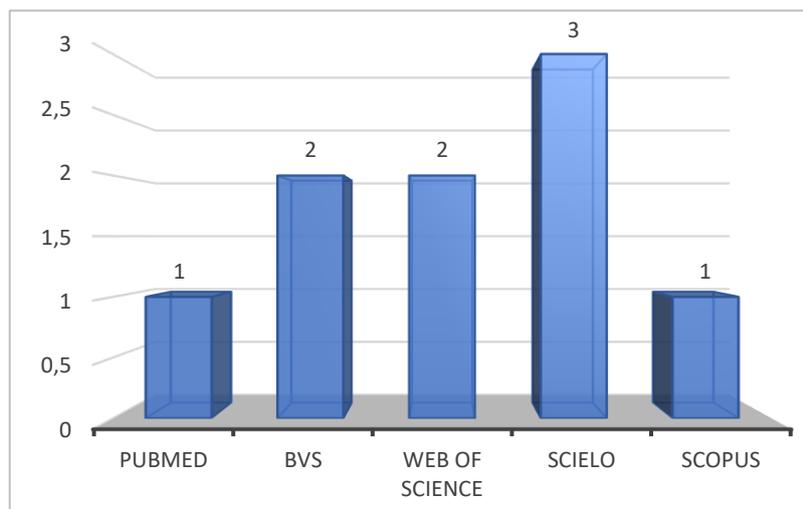
Figura 7: Lugar de realización. Fuente: Elaboración propia.



4.1.4. Estudios según base de datos.

En base a la estrategia de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la revisión, se fueron descartando aquellos estudios que no cumplían los requisitos. En este gráfico observamos los estudios que se han utilizado de cada base de datos para el desarrollo de esta revisión.

Figura 8: Estudios según base de datos. Fuente: Elaboración propia.



Como observamos, el 11.11% (n=1) de los artículos seleccionados para este estudio viene de la base de datos PubMed ⁽¹⁷⁾, un 22.22% (n=2) de Biblioteca Virtual de Salud ^(21,22), otro 22.22% (n=2) de la base de datos WoS ^(16,18), un 33.33% (n=3) de la base de datos Scielo ^(15,19,20) y un último 11.11% (n=1) de SCOPUS ⁽²³⁾.

4.2. Principales resultados extraídos de los estudios incluidos.

Tras un análisis de los estudios escogidos para formar parte de esta revisión integradora, diversos estudios muestran una gran variedad de intervenciones que mejoran la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con EA.

En lo que se conoce como educación a la salud, varios estudios^(15,16,18-20) muestran que una buena formación y educación sanitaria ayudan a los cuidadores a mejorar sus conocimientos respecto la enfermedad, su progresión y manejo. Esto hace que de forma indirecta aumente su salud, mejore su habilidad de cuidado y su calidad de vida.

Además de la educación, es de importancia centrar las intervenciones en aspectos como el bienestar físico, psicológico, social y espiritual ⁽¹⁵⁾. Haciendo así que se tenga un control de todas y cada una de las dimensiones del cuidador ⁽²²⁾.

El autocuidado, tratado en varios estudios ^(21,22), también es un aspecto que atender por parte de los profesionales de enfermería ya que una falta de conocimiento sobre hábitos saludables de la propia persona es causa de una calidad de vida deficiente.

Un dato destacado es la consideración de que el cuidador haga actividad física ya que se ha visto que promoviendo ejercicio se fortalece al sistema musculoesquelético haciendo así que muchos cuidados de rutina se realicen con mayor facilidad.

Otro aspecto relevante que se observa en algunos estudios y que pasa desapercibido es la institucionalización ya que para los cuidadores promover e instruir sobre el acceso a los recursos y servicios de salud es de gran ayuda para afrontar problemas como derivar al paciente a centros de día o residencias ^(15,16,20). Además, es muy importante la atención domiciliaria (cuidados integrales en el domicilio) para provocar una mejora en el bienestar de los cuidadores.

Por último, varios estudios ^(18,19) destacan que las intervenciones que más ayudan a aumentar la calidad de vida de los cuidadores de personas con EA son las intervenciones psicoeducativas, las psicoterapéuticas y las intervenciones multicomponentes ⁽²²⁾ y multisectoriales ⁽²³⁾.

Con el objetivo de recoger toda esta información relevante de cada uno de los estudios seleccionados para la revisión, se elabora una tabla que recoge los siguientes datos (Tabla 13):

- Título del artículo
- Autor/es
- Año de publicación
- Fuente
- Tipo de estudio
- Metodología empleada
- Resultados principales del estudio

Tabla 13: Título, autor, año, fuente, tipo de estudio, metodología y resultados obtenidos. Fuente: Elaboración propia

TÍTULO	AUTOR/ES	AÑO	FUENTE	TIPO DE ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer	Lina María Vargas-Escobar	2012	Aquichan	Revisión sistemática	Revisión de la lectura científica de 40 artículos entre los años 2000 y 2011	Mejora la calidad de vida interviniendo en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del cuidador mediante la práctica, educación e investigación
An integrative review about nursing care to people with alzheimer's and their caregivers	Camacho ALF, Abreu LTA, Leite BS et al.	2013	Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online	Revisión sistemática	Revisión bibliográfica en 2011 de 37 artículos	El cuidado a personas mayores con EA tiene un gran impacto en los cuidadores, promoviendo su salud de manera indirecta. Variedad de actividades muestran resultados favorables para los cuidadores
Effects of the Minnesota Adaptation of the NYU Caregiver Intervention on Depressive Symptoms and Quality of life for adult child caregivers of persons with dementia	Gaugler J, Reese M, Mittelman M.	2015	Am J Geriatr Psychiatry	Ensayo clínico aleatorizado	107 niños adultos cuidadores de personas con Alzheimer Disease and Related Dementias (ARD). 54 se asignaron al grupo de tratamiento multicomponente y 53 al grupo de control	Mejora de la calidad de vida, de la apatía y del aislamiento social reduciendo también los síntomas depresivos

Impacto de la intervención enfermera en la calidad de vida del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer

Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials	Vandepitte S, Van de Noortgate N, Putman K et al.	2016	Journal of Alzheimer's disease	Revisión sistemática	Búsqueda bibliográfica y revisión de 53 artículos discutidos por tipo de intervención	Es impreciso que tipo de intervención funciona mejor para los cuidadores a pesar de que es importante apoyar a estos para mejorar su bienestar
Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con la enfermedad de Alzheimer	Amador-Marín B, Guerra-Martín DG.	2017	Gaceta Sanitaria	Revisión sistemática	Revisión de la literatura de 13 tipos de artículos: 4 intervenciones psicosociales 3 psicoterapéuticas 2 psicoeducativas 2 multicomponentes 1 educativa 1 por grupos de apoyo	Las intervenciones que obtienen mejoras en la calidad de vida de los cuidadores son las educativas, multicomponentes, psicoterapéuticas y los grupos de apoyo
Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería	Navarro Martínez M, Jimenez Navascués L, García Manzanares M at al.	2018	Gerokomos: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y gerontológica	Revisión sistemática	Revisión bibliográfica de 40 trabajos sobre los recursos, necesidades y competencias de enfermería frente la EA	Es importante la adecuada información y orientación de la enfermedad junto a los recursos sociosanitarios para mejorar la calidad de vida de los cuidadores

Impacto de la intervención enfermera en la calidad de vida del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer

Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions	Oliveira D, Sousa L, Orrell M.	2019	Clinical interventions in Aging	Revisión sistemática	Revisión de 7 intervenciones para mejorar el autocuidado que promueve la salud en los cuidadores familiares de personas con demencia	Aumenta la calidad de vida de los cuidadores además de disminuir la depresión y mejorar el afecto positivo y la actividad física
Calidad de vida en cuidadores informales de pacientes con alzheimer tras implementación de programa multicomponente	Cerquera Córdoba AM, Tiga Loza DC, Álvarez Anaya WA et al.	2021	Horizonte de enfermería	Ensayo Clínico aleatorizado	Se contactaron 143 cuidadores de los cuales 50 cumplían criterios de inclusión. Estos 50 cuidadores se aleatorizaron a tres grupos diferentes (control, multicomponente y respiro)	El programa multicomponente es efectivo en la calidad de vida y la percepción del autocuidado. El cuestionario SF36 mostró resultados satisfactorios. Las intervenciones no farmacológicas también aportan beneficios.
Effects of comprehensive intervention on life quality among the elderly with Alzheimer disease and their caregivers base don mixed models	Yang L, Xuan C, Yu C, Jin X et al.	2021	Wiley, nursing open	Ensayo Clínico aleatorizado	Se seleccionaron de manera aleatoria 150 pacientes con EA y sus respectivos cuidadores que se dividieron en grupo de intervención (75) y control (75)	La calidad de vida, capacidad de cuidado y apoyo social funcional de los cuidadores del grupo de intervención mejoraron. La carga de estos disminuyó.

5. DISCUSIÓN

Esta discusión se desarrolla en base a las intervenciones encontradas en los estudios seleccionados para mejorar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con EA.

Uno de los hallazgos destacables del estudio de Lina Maria Vargas-Escobar ⁽¹⁵⁾ es el concepto de cuidador familiar, características y aspectos relacionados con la calidad de vida en base a un concepto multidimensional. Estas dimensiones conocidas como los cuatro bienestar (bienestar físico, psicológico, social y espiritual) se consideran subjetivas debido a que la experiencia en salud de cada ser humano es diferente, pero todas se ven comprometidas en el momento de cuidado de una persona dependiente como es el paciente con EA.

En este estudio observamos cuatro áreas de intervención para hacer frente y mejorar estas dimensiones. Por un lado, se comenta la importancia de la información y la educación continuada e integral sobre la enfermedad ya sea sobre su desarrollo y tratamiento o reconocer cambios y síntomas en el paciente evitando así falsas esperanzas del cuidador y previniendo la ansiedad por cambios inesperados. En el estudio de Amador-Marín B et al ⁽¹⁹⁾ se reafirma la importancia de las intervenciones de formación como causantes de un aumento significativo de la calidad de vida y una reducción de la sobrecarga.

Navarro Martínez M et al ⁽²⁰⁾ también notifica en su revisión que la principal necesidad de los familiares es la información referente a la evolución y progresión de la EA datando que el 96% de los cuidadores tienen miedo y sienten desconocimiento frente a la enfermedad revirtiendo negativamente en su salud. En este estudio se promueve la detección de áreas de información que precisan los cuidadores para facilitar una atención efectiva como mejorar conocimientos, ayudar a abordar la etapa de duelo o instruir sobre disponibilidad y acceso a recursos y servicios sanitarios. Además, desarrollan técnicas de aprendizaje de la relación enfermo-cuidador como la atención al enfermo, apoyo emocional o afrontamiento de la situación. Todas estas actividades disminuyen la ansiedad, el estrés, la depresión y la sobrecarga mejorando así la salud y conciencia del cuidador.

Asimismo, en el estudio de Camacho ALF et al ⁽¹⁶⁾ se presenta un método de enseñanza que consiste en la problematización de situaciones entre un grupo de enfermeras y cuidadores donde se crean discusiones entre ambos grupos promoviendo la apreciación

de la enfermedad y la motivación del cuidador a través del cuestionamiento y la duda.

En este mismo estudio, se afirma que las intervenciones de enfermería a largo plazo pueden proteger contra enfermedades crónicas, síntomas depresivos y mejorar conocimientos y habilidades.

Volviendo al estudio de Lina Maria Vargas-Escobar ⁽¹⁵⁾, otra de las intervenciones que observamos es la de mejora de la habilidad de cuidado fortaleciendo mediante un manejo de las conductas y comportamientos esta característica. También muestra la importancia de recordar cómo llevar a cabo las ABVD, los recursos y la seguridad del hogar y cómo sobrellevar la falta de reconocimiento por parte tanto del paciente con EA como de familiares y amigos.

Otra intervención que vemos en este estudio y que se desarrolla de manera más exhaustiva en el estudio de Oliveira D et al ⁽²¹⁾ es la promoción del autocuidado que promueve la salud. Entendiendo este concepto en el contexto del pluralismo de la atención en salud ya que varía según recursos públicos disponibles, dinámicas familiares o la alfabetización. En estos estudios se habla de la importancia de hacer reconocer a la persona el nuevo rol de cuidador y hacerle saber sus implicaciones, derechos y necesidades propias. También se habla de fortalecer sus estilos de vida saludables para disminuir los síntomas de sobrecarga.

En la revisión de Oliveira D et al ⁽²¹⁾ se compararon 7 estudios sobre autocuidado y autogestión de la salud, 6 de los cuales fueron intervenciones telefónicas exclusivamente o combinadas con reuniones cara a cara con profesionales de enfermería donde se evidenciaron mejoras en la conciencia de las prácticas de autocuidado por parte de los cuidadores: capacitación de hábitos saludables, actividad física, comunicación, autoestima, pensamientos positivos y apoyo social. Asimismo, en 3 de estos 6 estudios se aplicó un programa llamado “carer skill building” para desarrollo de habilidades de cuidadores de promoción de autocuidado y comportamiento saludable en el cual se trataban temas como apoyo social y el manejo de la depresión y la sobrecarga siendo efectivo para aumentar la salud mental de los participantes y su calidad de vida. Del estudio realizado de manera online, en el que se versionó y adaptó el programa “carer skill building”, también se obtuvieron resultados positivos en la mejora del afecto positivo y las habilidades de cuidado.

Otro de los hallazgos de estudios como el de Oliveira D et al ⁽²¹⁾, Navarro Martínez M ⁽²⁰⁾ o Camacho ALF et al ⁽¹⁶⁾ nos muestran que es importante una vigilancia de los trastornos del sueño debido a que la mala salud se correlaciona con este tipo de problemas. Otro aspecto para tener en cuenta es la influencia de la actividad física y el deporte por los beneficios tanto físicos como psicológicos que aporta hacer ejercicio, además de facilitar a los cuidadores ayuda física en el cuidado para disminuir así la sobrecarga haciendo que mejore su dimensión física.

También se centran en la importancia de apoyo en las relaciones sociales ya que atendiendo esta dimensión con afecto y respaldo aumenta el bienestar psicológico y la satisfacción del cuidador. Se conoce que la realización de actividades placenteras tiene aspectos positivos para la salud de ambos, cuidador y enfermo.

Tanto en el estudio de Lina Maria Vargas-Escobar ⁽¹⁵⁾ como en el de Navarro Martínez M et al ⁽²⁰⁾ y Camacho ALF et al ⁽¹⁶⁾ se habla de la importancia de unos recursos sociosanitarios acordes y disponibles para los cuidadores.

Orientar al cuidador sobre los centros de día y las residencias, mantener contacto con ellos en caso de que se derive al enfermo a un centro y darle una mayor importancia a la atención ya sea de manera telefónica (Servicio de atención telefónica, SAT) o domiciliaria.

Por un lado, se ha visto que el SAT ofrece y facilita información y resuelve problemas de forma rápida, aspecto que beneficia al cuidador y mejora su bienestar.

También existen programas de orientación para cuidadores como los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en centros de salud o asociaciones, los cuales están guiados por profesionales y constan de grupos de personas con los mismos problemas en común. En estos programas se beneficia a los cuidadores por hacerles conocer otras experiencias parecidas y por compartir propósitos con otros integrantes.

Parecido a este programa, también se encuentran talleres temáticos aplicables a enfermería donde los adultos con EA participan en actividades de estimulación cognitiva (paseos, actividades culturales, ...) junto a sus cuidadores lo que provoca cambios beneficiosos en los participantes y mejora la relación enfermo-cuidador.

Además de este apoyo domiciliario y telefónico se encuentran también las actuaciones que se facilitan desde la consulta de enfermería del centro de salud donde se presta un servicio importante para la comunidad y que puede ser de gran valor para los cuidadores.

Amador Marín B et al ⁽¹⁹⁾ y Vandepitte S et al ⁽¹⁸⁾ relatan en sus revisiones una serie de intervenciones no farmacológicas para prevenir y reducir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida de cuidadores de pacientes con EA. Entre ellas se encuentran intervenciones como las psicoeducativas y psicoterapéuticas que, dentro de las más usadas para cuidadores, dan resultados estadísticamente significativos a largo plazo.

Las intervenciones psicosociales, aunque de manera más modesta, también mejoran la calidad de vida. Junto a estas, se encuentran intervenciones de grupos de apoyo ya comentadas anteriormente, intervenciones conductuales-cognitivas que contribuyen a un auto-reforzamiento del ambiente familiar y la afectividad e intervenciones conocidas como “cuidados de relevo” en las que se les da a los cuidadores un descanso temporal en el cuidado del paciente. Todas ellas mostrando beneficios en los receptores de la atención.

Ambos estudios coinciden en los efectos positivos y significativos de las intervenciones multicomponentes, la efectividad de este tipo de intervenciones la observamos también en el estudio de Cerquera Córdoba AM et al ⁽²²⁾ donde se escogieron 50 cuidadores separados en tres grupos (control, multicomponente y respiro).

En este programa transdisciplinar se aplicó un cuestionario (SF-36) de evaluación pre, durante y post intervención. Tras esta, se observó en el grupo multicomponente cambios positivos en las 8 dimensiones del cuestionario SF-36: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental.

Se vio que tras las 8 sesiones realizadas por psicólogos y fisioterapeutas más los relevos de enfermería las ganancias en autopercepción, autocuidado y calidad de vida de los cuidadores se mantuvieron en el tiempo. Este programa permitió a los cuidadores obtener un rendimiento mayor y más eficiente en el tiempo que dedican a sus actividades diarias.

Otra intervención de múltiples componentes que proporciona efectos positivos a niños adultos cuidadores de personas con trastorno neurodegenerativo, entre ellas con EA, es el estudio de Gaugler J et al ⁽¹⁷⁾.

En este ensayo, en el que se aplica un programa conocido como NYUCI-AC para mejorar y desarrollar sentimientos de apoyo psicosocial en los cuidadores, se observa un aumento positivo sobre el aislamiento, el retraimiento y la apatía del cuidador. Una intervención multicomponente de estas características mejora la calidad de vida mediante la resolución de problemas y la psicoeducación.

Por último, junto a las intervenciones multicomponentes también se encuentran las intervenciones multisectoriales como la realizada en el estudio de Yang L et al ⁽²³⁾ en la que se capacita a pacientes con EA y sus cuidadores en conocimientos sobre la enfermedad, maneras de aliviar la presión psicológica y procesamiento de problemas. Además, se les ejercita la memoria cognitiva y se les proporcionan ejercicios de rehabilitación y ayudas para aumentar su interés social. En este modelo de efectos mixtos la calidad de vida y capacidad de cuidado de los cuidadores del grupo de intervención mejoraron significativamente reduciéndose así la carga de atención al enfermo. Especialmente, mejoraron las habilidades para identificar y tratar problemas mentales y de comportamiento y la satisfacción del cuidador en la atención del paciente.

6. CONCLUSIONES

Respondiendo al objetivo general de esta revisión, se ha visto que los cuidados de enfermería centrados en el cuidador del paciente con EA tienen una gran importancia para mejorar su calidad de vida.

La mayoría de los estudios centran las intervenciones en educación como una de las más importantes y estadísticamente significativas para mejorar el bienestar y la salud de estas personas. Se observa que, una buena educación para la salud mejora los conocimientos del cuidador para hacer frente tanto a la enfermedad como a las necesidades que requieren este tipo de pacientes.

Otra de las intervenciones que se han contemplado y que resultan favorables a los cuidadores son las de promoción en el autocuidado que promueve la salud que consisten en ayudas, más allá de la adhesión a estilos de vida, que hacen que los cuidadores tengan responsabilidad propia y tomen mejores decisiones. Este tipo de programas mejoran la salud mental, el comportamiento saludable y el bienestar psicológico.

Viendo el impacto tanto físico como psicológico que produce cuidar a una persona con EA, es de gran importancia controlar estas dos esferas ya sea con apoyo en el ejercicio físico, emocional y en la salud mental. Con estas intervenciones psicofísicas se consigue mejorar el dolor que el cuidador siente al realizar los cuidados al paciente con EA y fortalecer su sistema musculoesquelético a la vez que se disminuye la sobrecarga y aumenta la satisfacción.

Otro de los aspectos que se ha visto que ayudan a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y que no tiene que pasar desapercibido es hacer un buen uso de los recursos sociosanitarios orientando al cuidador sobre instituciones como centros de día o residencias y como puede solicitar ayudas disponibles en base a sus situaciones. Esto, junto a la atención por parte de enfermería en programas como GAM o SAT aumenta la adherencia a los cuidados y disminuye la carga de estos.

El apoyo de enfermería junto a otros profesionales del equipo multidisciplinar tiene una influencia significativa para los cuidadores. Como se ha visto, este tipo de intervenciones proporcionan una forma de atención integral tanto para pacientes como cuidadores mejorando su calidad de vida y capacitación para afrontar problemas.

Como final, enfermería posee una gran cantidad de habilidades y estrategias que muestran resultados favorables en el conocimiento y percepciones de los cuidadores de pacientes con EA para mejorar su calidad de vida y hacer frente a este tipo de personas.

7. LIMITACIONES

A lo largo de la búsqueda de información para la realización de esta revisión, se han ido observando varias limitaciones que ralentizaban el proceso. Una de ellas, la que más ha condicionado el trabajo ha sido encontrarnos con información limitada respecto al tema.

Nos encontramos con mucha evidencia a cerca de las intervenciones de enfermería en cuidadores de pacientes con trastornos neurocognitivos en general, en los que se incluían demencias como la fronto-temporal, demencia por cuerpos de Lewis o demencia vascular. Esto condicionó a que muchos artículos no se escogieran por no centrarse en cuidadores de pacientes con EA exclusivamente.

Por otro lado, la mayoría de las revisiones escogidas para este trabajo nos hablaban de la heterogeneidad de los tipos de estudio e intervenciones debido a no haber unas directrices unificadas y hacer falta más investigación respecto al tema.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futura línea de investigación sería idóneo unificar criterios que mejoren la práctica clínica y la calidad de los cuidadores teniendo un enfoque centrado en estos. Esto se podría conseguir equiparando y optimizando intervenciones e instrumentos de valoración de la calidad de vida ya que son escasos los artículos y protocolos que profundicen en el bienestar del cuidador del paciente con EA.

Los factores de acceso a servicios y organización de estos junto a los niveles de atención en salud y las percepciones de la enfermedad, se deben ver en conjunto y relacionados no fuera de los marcos políticos, económicos y sociales.

Las investigaciones se deberían centrar en estrategias de afrontamiento, calidad de vida, resiliencia y la importancia de adherirse al autocuidado, sabiendo qué beneficios esperar.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Knopman DS, Amieva H, Petersen RC, Chételat G, Holtzman DM, Hyman BT, et al. Alzheimer disease. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 21];7(1):33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33986301>
2. ¿Qué es el Alzheimer? [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>
3. Causas y factores de riesgo [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia [cited 2022 Feb 4]. Available from: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/causas-y-factores-de-riesgo?lang=es-MX>
4. Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer [Internet]. National Institute on Aging [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer#familiares>
5. Etapas [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/etapas?lang=es-MX>
6. Demencia [Internet]. Who.int [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
7. ortoweb. 19.- El Alzheimer en cifras. Informes y estadísticas [Internet]. Cuidadores y Alzheimer. 2016 [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.ortoweb.com/podcast/19-el-alzheimer-en-cifras-informes-y-estadisticas/>
8. Prevalence of dementia in Europe [Internet]. [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/prevalence-dementia-europe>
9. GeriatricAreaADMIN. La prevalencia del Alzheimer ha aumentado considerablemente [Internet]. Geriatricarea. 2021 [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://www.geriatricarea.com/2021/09/20/la-prevalencia-del-alzheimer-ha-aumentado-considerablemente-y-la-edad-es-el-principal-factor-de-riesgo/>

10. Tasa de población con discapacidad que tiene diagnosticadas determinadas enfermedades crónicas según la enfermedad por edad y sexo [Internet]. INE. [cited 2022 Feb 18]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1/10/&file=02032.px&L=0>
11. Monsalve Albornoz E. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes diagnosticados con Alzheimer. [Internet]. Up.ac.pa [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.revistas.up.ac.pa/index.php/centros/article/view/2253/2084>
12. Casal Rodríguez B, Rivera Castiñeira B, Currais Nunes L. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 27];54(2):81–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfermedad-alzheimer-calidad-vida-del-S0211139X18306905>
13. AFATE [Internet]. Afate.es [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.afate.es/prevencion-sobrecarga-cuidador-a>
14. 3 de cada 10 cuidadores de alzhéimer presentan sobrecarga intensa [Internet]. Data Salud Sanitas. 2019 [cited 2022 Feb 4]. Available from: <https://sanitasdatasalud.es/3-10-cuidadores-alzheimer-presentan-sobrecarga-intensa/>
15. Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Aquichan [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 11];12(1):62–76. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Camacho AC, Abreu LT, Leite BS, Mata AC, Marinho TF, Cavalcanti Valente GS, et al. An integrative review about nursing care to people with Alzheimer's and their caregivers. Rev Pesqui Cuid é Fundam online. [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 11];5(3):186–93. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750941040.pdf>
17. Gaugler JE, Reese M, Mittelman MS. Effects of the Minnesota Adaptation of the NYU Caregiver Intervention on Depressive Symptoms and Quality of Life for Adult Child Caregivers of Persons with Dementia. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 11];23(11):1179–92. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064748115001931?via%3Dihub>

18. Vandepitte S, Van den Noortgate N, Putman K, Verhaeghe S, Faes K, Annemans L, et al. Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. *J Alzheimer's Dis* [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 11];52(3):929–65. Available from: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad151011>

19. Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 11];31(2):154–60. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116302126>

20. Navarro Martínez M, Jiménez Navascués L, García Manzanares M. C, Perosanz Calleja M de, Blanco Tobar E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 11];29(2):79–82. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200079&lng=es&nrm=iso&tlng=es

21. Oliveira D, Sousa L, Orrell M. Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 11];14:515–23. Available from: <https://www.dovepress.com/improving-health-promoting-self-care-in-family-carers-of-people-with-d-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>

22. Cerquera Cordoba AM, Tiga Loza DC, Álvarez Anaya WA, Dugarte Peña E, Plata Osma LJ, Jaimes Espíndola LR. Calidad de vida en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer tras implementación de programa multicomponente. *Horiz Enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 11];32(3):266–82. Available from: <http://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/44255/36761>

23. Yang L, Xuan C, Yu C, Jin X, Zheng P, Yan J. Effects of comprehensive intervention on life quality among the elderly with Alzheimer Disease and their caregivers based on mixed models. *Nurs Open* [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 11];9(2):1412–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.917>

10. ANEXOS

Anexo 1: Plantilla de ensayos clínicos de la red CASPe.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para entender un ensayo clínico

Comentarios generales

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

¿Son válidos los resultados del ensayo?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden ayudarnos estos resultados?

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Preguntas de detalle

<p>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado; edad, sexo, etc.</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i> <i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p>	
<p>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>	

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados? 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

<p>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</p> <p><i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</p> <p><i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</p> <p><i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Anexo 2: Plantilla de revisiones sistemáticas de la red CASPe.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
 Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

¿Son válidos esos resultados?

¿Cuáles son los resultados?

¿Son aplicables en tu medio?

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p>PISTA: <i>Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> La población de estudio. La intervención realizada. Los resultados ("outcomes") considerados. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p>PISTA: <i>El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p>PISTA: <i>Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Qué bases de datos bibliográficas se han usado. Seguimiento de las referencias. Contacto personal con expertos. Búsqueda de estudios no publicados. Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p>PISTA: <i>Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p>PISTA: <i>Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Los resultados de los estudios eran similares entre sí. Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?</p> <p>PISTA: <i>Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Si tienes claro los resultados últimos de la revisión. ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado). ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).
<p>7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?</p> <p>PISTA: <i>Busca los intervalos de confianza de los estimadores.</i></p>

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p>PISTA: <i>Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Anexo 3: Lectura crítica con CASPe de los ensayos clínicos seleccionados.

LECTURA CRÍTICA CASPe: Ensayos Clínicos		
Gaugler J et al, 2015	Cerquera Córdoba AM et al, 2021	Yang L et al, 2021
1. ¿Se orienta el ensayo claramente a una pregunta definida?		
Sí	Sí	Sí
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?		
Sí	Sí	Sí
3. ¿Fueron considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?		
Sí	Sí	Sí
4. ¿Se mantuvo el cegamiento a: pacientes, los clínicos, el personal de estudio?		
Sí	Sí	Sí
5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?		
Sí	Sí	Sí
6. Al margen de la intervención de estudio ¿Los grupos fueron tratados de igual modo?		
Sí	Sí	Sí
7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?		
Las intervenciones en el grupo de tratamiento multicomponente tuvieron efectos significativos en la calidad de vida y los síntomas depresivos de los adultos cuidadores	La implementación del programa multicomponente fue efectiva en la calidad de vida y percepción del autocuidado del grupo de intervención. El cuestionario mostró resultados satisfactorios en este grupo	Comparado con el grupo de control, la calidad de vida, la habilidad de cuidar y el aspecto social del grupo de intervención aumentaron, reduciéndose también la sobrecarga
8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?		
N/S	N/S	N/S
9. ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?		
Sí	Sí	Sí
10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?		
Sí	Sí	Sí
11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y costes?		
Sí	Sí	Sí

Anexo 4: Lectura crítica con CASPe de las revisiones sistemáticas seleccionadas.

LECTURA CRÍTICA CASPe: Revisiones sistemáticas					
Vargas-Escobar L,2012	Camacho ALF et al, 2013	Vandepitte S et al, 2016	Amador-Martín B et al, 2017	Navarro Martínez M et al, 2017	Oliveira D et al, 2019
1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5. Si los resultados de los estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿Era razonable?					
Sí	Sí	No se mezclan	No se mezclan	Sí	Sí
6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?					
Aumenta la calidad de vida del cuidador con intervenciones centradas en 4 tipos de áreas	Los enfermeros tienen un papel importante en ayudar a los cuidadores de pacientes con Alzheimer	Es necesario realizar más investigaciones para mejorar el bienestar del cuidador	Mejoras en la calidad de vida gracias a las intervenciones no farmacológicas	Importancia a los recursos sociosanitarios y las estrategias de educación sanitaria	Efectos positivos en la calidad de vida de los cuidadores. Futuras investigaciones en el autocuidado de estos pacientes
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?					
N/S	N/S	N/S	N/S	N/S	N/S
8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?					
Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí