

Formación del personal de enfermería sobre los cuidados para pacientes con demencia.

Trabajo de fin de grado.

Autor: Alberto Francisco Rodríguez Barrera

Tutor: Tomás González Hernández

Grado en Enfermería.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Sección Enfermería.

Sede Tenerife.

Universidad de La Laguna.

29 de mayo de 2019.

Autorización del tutor para la realización del trabajo de fin de grado.

Formación del personal de enfermería sobre los cuidados para pacientes con demencia.

Grado en Enfermería - Universidad de Laguna.

Autor: Alberto Francisco Rodríguez Barrera



Tutor: Tomás González Hernández



La Laguna, 29 de mayo de 2019.

Resumen.

La demencia es un síndrome neurológico caracterizado por el deterioro cognitivo debido a la pérdida progresiva de neuronas cerebrales. Las formas más frecuentes de demencia son las debidas a enfermedades neurodegenerativas, y dentro de ellas, la enfermedad de Alzheimer. Con el envejecimiento de la población, el cuidado de los pacientes con demencia se ha convertido en un problema sanitario de primer orden, donde el personal de enfermería juega un papel fundamental.

El objetivo de este trabajo es valorar los conocimientos del personal de enfermería en el cuidado de estos enfermos. Se elaboró un cuestionario de 20 preguntas basado en cinco patrones funcionales de Marjory Gordon, teniendo en cuenta las necesidades de estos pacientes. Se encuestaron 77 profesionales, 50 del medio hospitalario y 27 del medio extrahospitalario, con diferentes grados de experiencia (< 5 años, 5-10 años y >10 años).

Los resultados revelaron que, en general, el nivel de formación de nuestros profesionales de enfermería es bueno (calificación media superior al 85 %), sin diferencias relacionadas con entorno laboral y los años de experiencia. Sin embargo, un análisis detallado de los resultados, muestra que el número de errores en los patrones 2, 4, 6 y 8 es significativamente mayor ($p < 0.001$) que en el patrón 1. Algunas preguntas sobre aspectos concretos relacionados con la nutrición, actividad física, esfera cognitivo-perceptiva y rol-relaciones alcanzaron un índice de error superior al 30%. Los datos obtenidos a partir de este tipo de estudios pueden contribuir al diseño de programas de formación continuada del personal de enfermería.

Palabras Clave.

- Enfermedad neurodegenerativas.
- Demencia.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Cuidados para pacientes con demencia.

Abstract

Dementia is a neurological syndrome characterised by decline of cognitive and social abilities as consequence of progressive neuronal loss. Dementia is mostly due to neurodegenerative diseases, and within them, Alzheimer's disease. With the ageing of the population, the care of patients with dementia has become a major health problem in which nurses play a pivotal role.

The aim of this study was to assess the degree of knowledge of nursing staff in the care of patients with dementia. Taking into account special needs in these cases, a questionnaire of 20 questions based on five functional patterns of Marjory Gordon was elaborated. A total of 77 professionals, 50 hospital nurses and 27 health centre nurses, with different degrees of experience (< 5 years, 5-10 years and >10 years) were evaluated.

The results revealed that in general our professionals have a high level of training (average score above 85%), with no differences associated with work environment and years of experience. However, a detailed analysis of the results shows that the number of mistakes in patterns 2, 4, 6 and 8 was significantly higher ($p < 0.001$) than in pattern 1. Some questions on specific aspects related with nutrition, physical activity, cognitive-perceptual sphere and role-relationships reached a mistake rate higher than 30%. The data obtained from this type of studies can contribute to the design of ongoing training programs for nursing personnel.

Palabras Clave.

- Neurodegenerative diseases
- Dementia.
- Alzheimer's disease.
- Care for patients with dementia.

Índice.

1. INTRODUCCIÓN.	página
1.1. Definición de demencia.....	1
1.2. Clasificación de demencias.....	1
1.3. La enfermedad del Alzheimer y otras demencias con mayor relevancia clínica.....	3
1.4. Prevalencia y consecuencias socioeconómicas.....	5
1.5. Fases de la demencia.....	5
1.6. Diagnóstico de la demencia.....	6
1.7. Tratamiento.....	7
1.7.1. Farmacológico.....	7
1.7.2. No Farmacológico.....	9
1.8. Papel de enfermería en el cuidado a pacientes con demencia.....	10
2. OBJETIVOS.	
2.1. Objetivo general.....	11
2.2. Objetivos específicos.....	11
3. METODOLOGÍA.	
3.1. Material y método.....	11
3.2. Cronograma.....	12
3.3. Análisis estadísticos.....	13
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Datos generales de la muestra por grupos de edad y área de trabajo.....	13
4.2. Análisis global, por entorno laboral y por años de experiencia.....	14
4.3. Análisis detallado por patrones y por preguntas.....	15
4.4. Análisis de errores por años experiencia y entorno laboral.....	17
5.CONCLUSIONES	20
6.BIBLIOGRAFÍA	21
7.ANEXOS	24

1.INTRODUCCIÓN.

1.1. Definición de demencia.

En el año 1906, el psiquiatra alemán Alois Alzheimer describe por primera vez las características anatomopatológicas de la enfermedad del Alzheimer, es decir la presencia de las placas amiloides, ovillos neurofibrilares ^{Imagen 1}, y una disminución anormal del volumen de la corteza cerebral (atrofia cerebral).¹ A partir de este momento se empiezan a estudiar etiológicamente las demencias, pues hasta entonces se consideraban un deterioro cognitivo asociado únicamente a la edad.²

En la actualidad, la demencia se define como un síndrome plurietiológico que produce un déficit de las capacidades cognitivas de la persona que la padece. Esta enfermedad afecta al nivel de conciencia (en fase avanzada) y a las principales funciones mentales como el lenguaje, la memoria, la percepción, etc.

Las manifestantes clínicas iniciales suelen ser inseguridad, impericia para tareas habituales, confusión, dificultades en el lenguaje, labilidad emocional y cambios en la conducta. Las habilidades personales, sociales y comunicativas se ven comprometidas de forma progresiva.

En fases más avanzadas se producen cambios en el patrón del sueño, dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, trastornos evidentes en el lenguaje hablado, dificultad para leer o escribir, aislamiento social, dificultad para recordar hechos pasados o recientes, incapacidad para reconocer personas de su entorno, etc.³

1.2. Clasificación de las demencias.

Las demencias han sido clasificadas atendiendo a diferentes criterios, por ejemplo, los síntomas que predominan al inicio de la enfermedad, la causa, o más recientemente, los marcadores histopatológicos. De cualquier forma, a veces resulta difícil ubicar una entidad concreta dentro de un grupo en particular. Desde un punto de vista clínico-práctico, sigue siendo de gran utilidad la clasificación etiológica. Las podemos dividir en demencias primarias o neurodegenerativas, y secundarias, cuando están asociadas a otra enfermedad, bien sea intracerebral o extracerebral.⁴

Las demencias primarias o neurodegenerativas afectan primariamente al sistema nervioso central, aunque pueden afectar también a otros órganos. Son las más frecuentes, suponiendo el 50% en la práctica clínica y el 70-80% en el diagnóstico anatomopatológico. En la inmensa mayoría se desconoce la causa, aunque en algunas con asociación familiar se han encontrado mutaciones genéticas. Actualmente no tienen cura y son irreversibles. Las demencias neurodegenerativas podemos clasificarlas a su vez en corticales y subcorticales, dependiendo de los síntomas que predominen en su inicio. Las corticales debutan inicialmente con deterioro de las funciones superiores, como memoria, cálculo, lenguaje, habilidades en las tareas diarias, etc. dependiendo del área de la corteza cerebral afectada; mientras que en las subcorticales destaca inicialmente el trastorno del movimiento, como rigidez, ataxia, movimientos anormales, temblor, etc.

Las demencias secundarias son de causa conocida y diversa, y si se diagnostican precozmente, pueden ser tratables y reversibles. Entre las causas intracerebrales tenemos la hidrocefalia, las neoplasias primariamente cerebrales o metastásicas; entre las extracerebrales tenemos las enfermedades endocrino-metabólicas (hipoglucemia, hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Addison y de Cushing, etc.); carenciales (vitamina B12, ácido fólico, vitamina B1), tóxicas (alcohol, disolventes), traumáticas (pugilística), e infecciosas (sífilis, SIDA, encefalitis vírica, etc.). Un grupo particular dentro de demencias secundarias, en ocasiones consideradas de forma independiente a las secundarias, son las demencias vasculares. Representan el segundo lugar en frecuencia después del grupo de las degenerativas. Entre ellas están la demencia multiinfarto y la ocasionada por enfermedad de pequeños vasos.⁵

Actualmente, las demencias neurodegenerativas se clasifican adicionalmente atendiendo a su marcador histopatológico, es decir, al tipo de proteína que inicialmente sufre los trastornos conformacionales, formando oligómeros y posteriormente agregados. Así, la enfermedad de Alzheimer es el paradigma de las demencias por acúmulo de Beta-amiloide. Las taupatías se deben a una acumulación excesiva de la proteína Tau. Esta proteína está asociada a los microtúbulos y se distribuyen por todo el sistema nervioso central, esencialmente en los axones. La agregación de Tau está asociada a la Enfermedad del Alzheimer y a la Enfermedad de Pick.^{6,7} Las proteinopatías TPD-43 se caracterizan por una acumulación anormal de la proteína TPD-43. Esta acumulación se puede dar en el citoplasma de la neurona y también en la glía. Se asocia a la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la demencia frontotemporal. Las sinucleopatías se deben a un acúmulo anormal de la forma normal o formas mutadas de alfa-sinucleína. La alfa sinucleína es una proteína presináptica

relacionada con procesos de plasticidad sináptica, aunque su función no es bien conocida. Su acumulación se produce en la enfermedad de Parkinson, demencia de cuerpo de Lewy y atrofia multisistémica.⁶

1.3. La enfermedad del Alzheimer y otras demencias con mayor relevancia clínica.

La Enfermedad del Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta al 5% de la población por encima de los 65 años y se caracteriza por el deterioro progresivo de las capacidades intelectuales y cognitivas del paciente. Tiene un pronóstico medio de vida de cuatro a diez años desde la aparición de los primeros síntomas. Aunque la causa del Alzheimer se desconoce, existen diversos factores que hacen que una persona tenga mayor o menor predisposición a padecerla. El principal factor de riesgo, como para la mayoría de las enfermedades neurodegenerativas, es la edad. A diferencia de las células de otros órganos, las neuronas no tienen capacidad de dividirse, por lo que deben soportar el estrés metabólico durante toda la vida. Por tanto, con la edad se hacen más vulnerables. Otro factor relacionado es el genético. Existen formas familiares asociadas a mutaciones en el gen codificante de la proteína precursora de amiloide (APP), y de las enzimas encargadas de cortar la APP (presenilina 1 y presenilina 2).

También tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad los portadores del alelo APOE4 de una proteína implicada en el metabolismo del colesterol. Otros factores que pueden actuar como precipitantes de la enfermedad son los antecedentes familiares (aunque no se detecten mutaciones genéticas), traumatismos craneoencefálicos graves, enfermedades vasculares y metabólicas intercurrentes y el bajo nivel educativo.

A nivel patológico, se producen cambios en la homeostasis neuronal provocando la aparición de placas seniles (depósitos de la proteína beta-amiloide extracelulares) y ovillos neurofibrilares intracelulares (Figura 1). Ambas estructuras afectan inicialmente al hipocampo, núcleos basales colinérgicos y la corteza cerebral. También se produce una atrofia cerebral consecuencia de la pérdida de neuronas (Figura 2).⁸

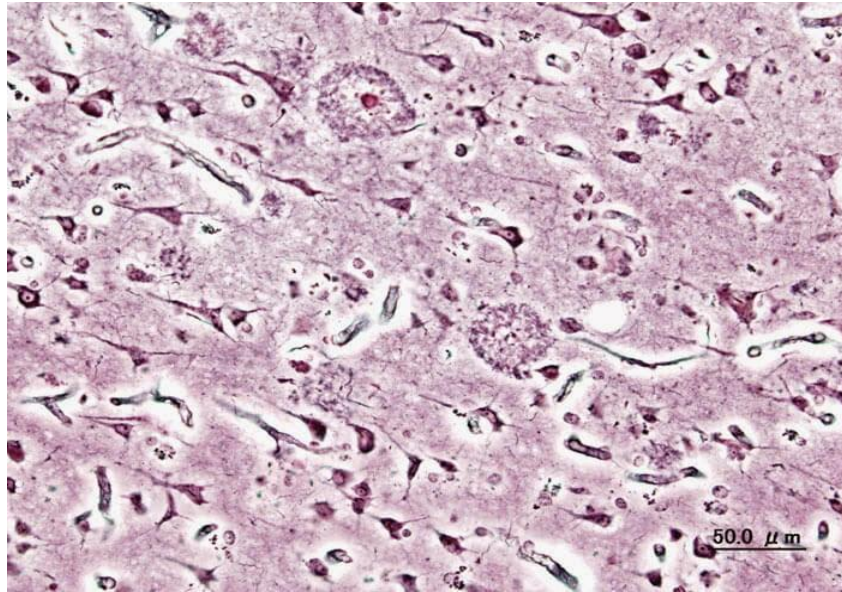


Imagen 1. Imagen histológica donde se puede apreciar los ovillos neurofibrilares y placas seniles. Fuente: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2014/05/25/mas-luz-sobre-la-enfermedad-de-alzheimer/>

Existen otras demencias con gran relevancia clínica:

En primer lugar podemos destacar la demencia con cuerpos de Lewis, una enfermedad neurodegenerativa que generalmente se presenta a partir de los 70 años. Es causada por la acumulación de los cuerpos de Lewis en determinadas áreas del cerebro. Los síntomas suelen aparecer de forma intermitente. Inicialmente en forma de alucinaciones, confusión cognitiva, pérdidas de memoria, problemas en la marcha, parkinsonismo y cambios en el estado de alerta.^{9,10}

Otro tipo de demencia es la vascular, está causada por el padecimiento crónico de lesiones vasculares de diferente índole, multiinfarto, lesiones de pequeños vasos, infartos en regiones estratégicas, etc. Generalmente da lugar a un deterioro gradual de las capacidades cognitivas, trastornos del lenguaje y pérdidas de memoria. Se pueden diagnosticar con técnicas de imagen.⁶

Y finalmente podemos resaltar la demencia frontotemporal o enfermedad de Pick. Éste es un trastorno cuyas lesiones (cuerpos arginofílicos o células y cuerpos de Pick) afectan prioritariamente a la corteza del lóbulo frontal y temporal. En algunos casos se ha relacionado a mutaciones genéticas⁹. Suele debutar en la sexta década de la vida.

1.4. Prevalencia y consecuencias socioeconómicas.

La mejoría de la calidad de vida junto a los adelantos médicos en la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas, neoplásicas, metabólicas y vasculares han llevado a un aumento sustancial en la expectativa de vida en los países desarrollados, y consecuentemente, a un envejecimiento de la población. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) estima que en el año 2031, el 25,6% de la población tendrá 65 años o más, frente al 18,7% en el año 2016.² Con el envejecimiento, las demencias y otras enfermedades neurodegenerativas se han convertido en un problema sanitario y económico. Según la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), la demencia actualmente afecta a 50 millones de personas en todo el mundo. Se prevé un aumento sustancial del número total de personas afectadas, alcanzando los 82 millones en el año 2030 y 152 millones en el año 2050. Este incremento va a provocar un gran impacto económico a nivel mundial. En el año 2015, se estimó un coste total (nivel mundial) para la atención a pacientes con demencia de 818.000 millones de dólares, que equivale al 1,1% del producto interior bruto a nivel mundial.³

1.5. Fases de la demencia.

La demencia se puede dividir en diferentes fases. Esto permite valorar y tratar de forma precisa la progresión de la enfermedad.

Según la Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (GDS) o también llamada Escala de Reisberg¹¹, se puede dividir en siete fases: En la primera fase (ningún declive cognitivo) la persona no experimenta ninguna anomalía característica de esta enfermedad. En la segunda fase o declive cognitivo muy leve, el paciente comienza a experimentar pequeños olvidos como por ejemplo los asociados a la edad. La tercera fase (declive cognitivo leve), se caracteriza por un deterioro progresivo de la memoria, acompañado de una falta de concentración leve. Esta etapa suele tener una duración media de 7 años antes del agravamiento de los síntomas. En la cuarta fase o declive cognitivo moderado, existe una gran dificultad para concentrarse, además de acordarse de hechos recientes y mantener una interacción social adecuada con sus seres más allegados. Suele tener una duración aproximada de 2 años. La quinta fase o declive cognitivo moderadamente severo se caracteriza por la pérdida de memoria y empieza a aumentar el nivel de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria con una duración aproximadamente un año y medio.

La sexta fase (declive cognitivo severo) se caracteriza por una gran dependencia para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria como el baño, comer, etc. Además, empiezan aparecer síntomas fisiológicos como la incontinencia urinaria o fecal, delirios, etc. Finalmente, en la séptima fase aparece una creciente dificultad para comunicarse, dependencia de las actividades básicas de la vida diaria y un elevado deterioro de las capacidades psicomotoras.

Aunque a nivel práctico (según la Escala de Clasificación de la Demencia Clínica) resulta más útil dividirla en tres fases:

En primer lugar, nos encontramos con la demencia leve, ésta se caracteriza por la aparición paulatina de los síntomas. Estos son: desubicación en espacio-tiempo y olvidos frecuentes. La segunda etapa (demencia moderada) se caracteriza por una agudización de los síntomas, como por ejemplo, olvidos de hechos recientes, nombres de personas cercanas, desubicación en lugares conocidos como el hogar, dificultad para comunicarse, etc. Y finalmente, la demencia severa se caracteriza por una dependencia total de una tercera persona para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria. Los síntomas son dificultad para reconocer familiares, labilidad emocional, dificultad para caminar, etc.¹¹

1.6. Diagnóstico de la demencia.

La detección y diagnóstico precoz de estas enfermedades es esencial para adoptar las medidas necesarias para ralentizar el deterioro clínico de los pacientes. Aunque en la actualidad no existe ningún método para prevenir la demencia, es aconsejable realizar un control de los factores del riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, hipertensión, ...) y mantener un estilo de vida saludable.

Para realizar el diagnóstico de forma adecuada es importante hacer una entrevista clínica que incluya una evaluación de las capacidades mentales y sensoriales, una revisión detallada de los antecedentes médicos (personales y familiares), una valoración neuropsicológica y funcional (capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria), y una evaluación del riesgo cardiovascular y riesgo social.¹²

Además, se debe realizar un análisis sanguíneo para descartar que la sintomatología pueda ser consecuencia de otros trastornos. Finalmente se deben realizar pruebas de imagen como la resonancia nuclear magnética y la tomografía computarizada de emisión monofotónica para confirmar o descartar el posible diagnóstico.¹⁰

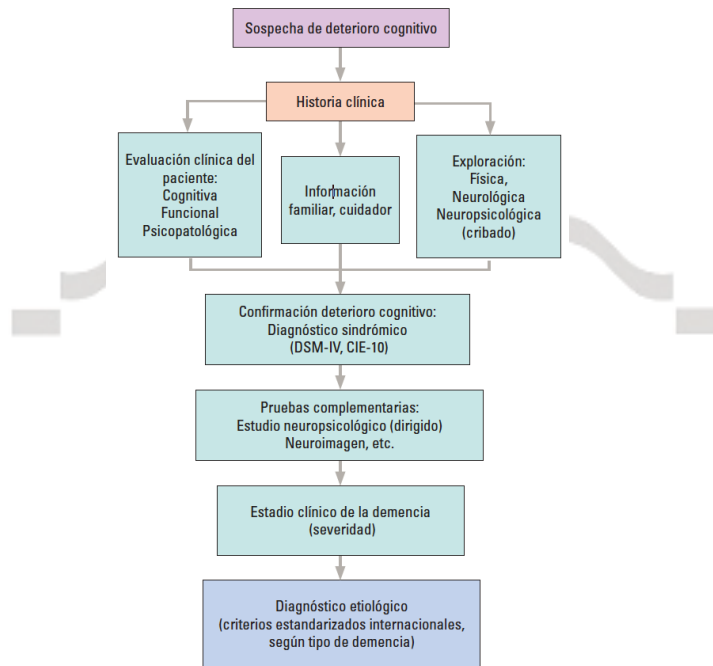


Imagen 2. Algoritmo para el proceso diagnóstico ante la sospecha de deterioro cognitivo. Fuente: Castellanos Pinedo, F.; Cid Gala, M; Duque San Juan, P; Zurdo Martín. Abordaje integral de la demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 2/ 2011, pág.39-45.

1.7. Tratamiento.

Tal y como comenté anteriormente, no existe tratamiento curativo sino medidas terapéuticas que ayudan a disminuir la labilidad emocional, ralentizar la evolución de la enfermedad y potenciar la facultad cognitiva de la persona afectada.

Podemos considerar dos estrategias diferentes: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

1.7.1. Farmacológico.

El tratamiento farmacológico de las demencias trata de aliviar temporalmente los síntomas de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y retrasando el deterioro cognitivo del paciente. No obstante, no modifican el curso natural de la patología.

Los fármacos de primera elección utilizados para tratar las demencias

neurodegenerativas son: los antagonistas de receptores glutamatérgicos tipo n-Metil-D-aspartato (NMDA) y los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IAC).

El antagonista de receptores NDMA actúa inhibiendo los receptores N-metil-D-aspartato (NDMA) del glutamato. El glutamato es un neurotransmisor excitatorio del sistema nervioso central que actúa sobre los receptores ionotropos (KA, AMPA y NDMA), provocando la apertura de canales iónicos, y sobre receptores unidos a proteínas G, provocando la activación de segundos mensajeros. Los receptores NMDA son particularmente relevantes en las enfermedades neurodegenerativas porque median la excitotoxicidad. Para tratar la excitotoxicidad en diferentes condiciones patológicas, y en particular en las demencias neurodegenerativas, se emplea la memantina, fármaco antagonista directo de estos receptores. Actúa inhibiendo la sobreexcitación neuronal y la entrada masiva de calcio en la neurona (puesto que los receptores NDMA regulan la entrada del calcio). El uso de este fármaco ha demostrado una mejoría, no solo a nivel conductual sino también a nivel cognitivo en fases moderada y avanzada.¹³

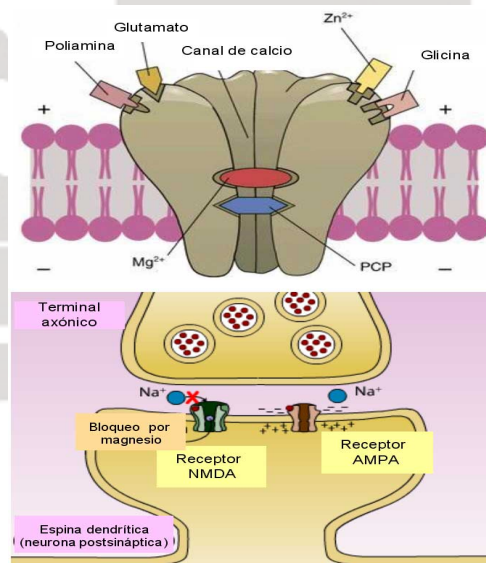


Imagen 3. Representación gráfica de la farmacocinética del antagonista de receptores NDMA. Fuente: <https://www.neurologia.com/articulo/2005252>.

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IAC) actúan inhibiendo la enzima acetilcolinesterasa encargada de la degradación de la acetilcolina. Esto hace que repare el déficit colinérgico mejorando la capacidad cognitiva del paciente. Existen tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezil, galantamina y rivastigmina) con un mecanismo de acción diferente, aunque no se han demostrado diferencias en la eficacia

entre un compuesto y otro.¹⁴

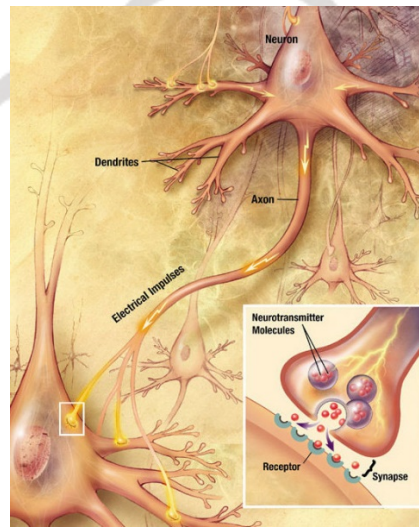


Imagen 4. Representación gráfica de sinapsis colinérgica. Fuente: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Neurons_big1.jpg

1.7.2. No Farmacológico.

El tratamiento con mayor eficacia para tratar los pacientes con demencia se basa en medidas no farmacológicas que retrasan la progresión de la sintomatología de la enfermedad. Un aspecto esencial de este tipo de tratamiento es la dieta, ya que debe ser equilibrada, garantizando el aporte energético y proteico de estos pacientes. Otros pilares importantes del tratamiento es el ejercicio físico adaptado a la salud física del paciente que prevenga el deterioro locomotor, los cuidados de las actividades de la vida diaria y las terapias fortalecedoras de las capacidades cognitivas. Según la “Fundación Alzheimer España” (FAE), estas terapias han demostrado eficacia en el retraso del deterioro intelectual y el enclaustramiento de los pacientes. Consisten en el entrenamiento de las funciones cognitivas del paciente a través de la interacción interpersonal y familiar con tareas lúdicas que refuerzan la capacidad memorística y la preservación del lenguaje.¹⁵ Esta forma de intervención, se fundamenta en el concepto de neuroplasticidad. Éste se define como “la respuesta del cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones para restablecer su equilibrio alterado”⁹

1.8. Papel de enfermería en el cuidado a pacientes con demencia.

La demencia es un síndrome que requiere un seguimiento continuo y unos cuidados específicos adaptados a las condiciones del entorno y el estadio de la enfermedad de cada paciente. La labor del personal de enfermería consiste en prestar unos cuidados básicos que permitan mantener una calidad de vida adecuada, prevenir cualquier complicación a través del uso de conductas terapéuticas que retrasen la evolución de la sintomatología, mantener la seguridad del paciente, manejar adecuadamente la medicación, conocer los signos de alarma para derivar al paciente a un centro sanitario de forma adecuada (figura 5) y asesorar a las familias y cuidadores informales sobre los cuidados que deben prestar.¹⁷

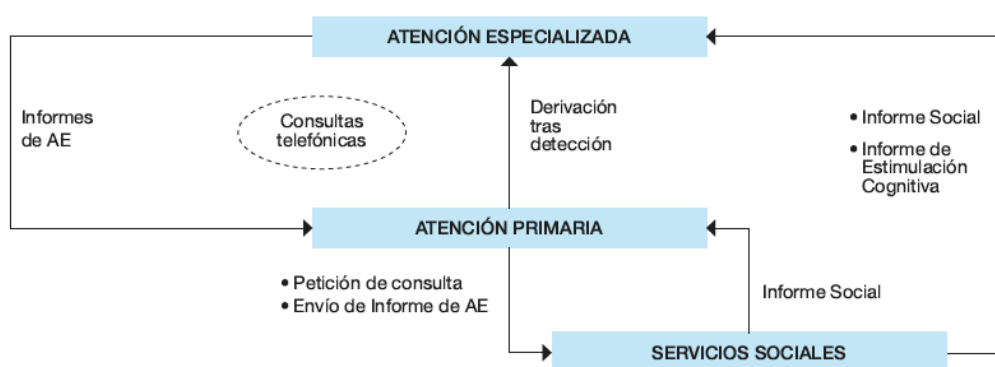


Imagen 5. Diagrama de derivación y protocolo en paciente con demencia. Fuente: Castellanos Pinedo, F.; Cid Gala, M; Duque San Juan, P; Zurdo Martín. Abordaje integral de la demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 2/ 2011, pág.39-45.

El papel del personal de enfermería en el abordaje del paciente con demencia debe contemplar tanto la asistencia hospitalaria como la atención primaria. Ambos tienen la misma finalidad, mejorar la calidad y esperanza de vida del paciente, aunque los métodos en cada caso sean diferentes.

En atención primaria se realiza un seguimiento continuo dirigido a la prevención de los distintos trastornos intercurrentes que puedan surgir en el entorno domiciliario. Además, los equipos de atención primaria cuentan con protocolos y programas de valoración que permiten una detección y diagnóstico precoz, y ofrecen asesoramiento para los cuidadores informales que cargan con la mayor responsabilidad de sus cuidados.¹⁸

En el medio hospitalario, los cuidados al paciente con demencia deben estar integrados al tratamiento de las enfermedades intercurrentes que han ocasionado el

ingreso del paciente.

Por lo tanto, el enfermero además de los conocimientos relativos a su actividad cotidiana en una planta de traumatología, medicina interna, cirugía general, etc. debe conocer las particularidades del cuidado de un paciente con demencia.

2.OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

Conocer el nivel de formación del personal de enfermería en el área hospitalaria y extrahospitalaria sobre los cuidados que se deben proporcionar a un paciente con demencia.

2.2. Objetivos específicos.

- Determinar si existen patrones funcionales en los que los enfermeros muestren deficiencia de conocimientos.
- Determinar si el nivel de conocimiento sobre el cuidado a pacientes con demencia depende del área de trabajo y los años de experiencia laboral.

3. METODOLOGÍA.

3.1. Material y método.

Es un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo de corte transversal. Se realiza entre los meses de enero y mayo de 2019.

La población de estudio ha sido el personal de enfermería en el área hospitalaria (Hospital Nuestra Señora de la Candelaria) y extrahospitalaria de la zona básica de salud de Barranco Grande. En total han sido 77 encuestas realizadas, siendo 27 encuestas de atención extrahospitalaria (Centro de Salud Barranco Grande) y 50 encuestas de hospitalaria (Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria).

- Los criterios de inclusión son:
 - Ser profesional de enfermería.

- Trabajar con pacientes adultos.
 - Estar en ejercicio activo en alguno de los dos entornos (intrahospitalario y extrahospitalario).
- Los criterios de exclusión:
- Trabajar en cualquier área de salud especializada relacionada con neurología.
- VARIABLES DEL ESTUDIO.
- Área de trabajo.
 - Nivel de conocimiento.
 - Años de experiencia profesional.
- Instrumento de recogida de datos.

Para la recogida de datos, se ha utilizado un cuestionario ^{ANEXO 1} de 20 preguntas divididas en los cinco patrones disfuncionales más frecuentes en este tipo de paciente.

Para la realización del documento, se han utilizado datos de diferentes publicaciones acerca del plan de cuidados para pacientes con demencia. Incidiendo mayormente en los patrones disfuncionales, diagnósticos NANDA y cuidados más frecuentes^{19,20}, ^{ANEXO 2}.

Algunas de las preguntas se han incluido previamente en el estudio “Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre los cuidados en enfermedades neurodegenerativas” realizado por Da. Natalia del Rosario González Massieu en otros entornos sanitarios

3.2. Cronograma.

La elaboración del trabajo se puede dividir en cuatro fases, que se enmarcan en un tiempo determinado.

En la primera fase, se decidió el tema, se buscó información, se planteó el estudio y se redactó la introducción. En la segunda fase, se preparó y repartió el cuestionario.

La tercera fase, se realizó la recogida de datos y finalmente en la cuarta fase se

analizaron los datos, redactaron las conclusiones y el documento final.

FASES/ MESES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANTAS																				
1ª FASE		X	X	X	X															
2ª FASE					X	X	X	X												
3ª FASE									X	X	X	X								
4ª FASE													X	X	X	X	X	X		

Tabla 1. Representación gráfica del tiempo empleado para la realización del trabajo.

3.3. Análisis estadístico

Para el análisis exacto de los datos recolectados, se ha utilizado la prueba exacta de Fisher y el estadístico Chi-cuadrado. Además se ha empleado la tabla de contingencia 2 x 2, con la que se han comparado los datos en base a las variables del estudio.

Queremos agradecer al Dr. Enrique González Dávila, profesor del Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación Operativa por su asesoramiento en este aspecto del estudio.

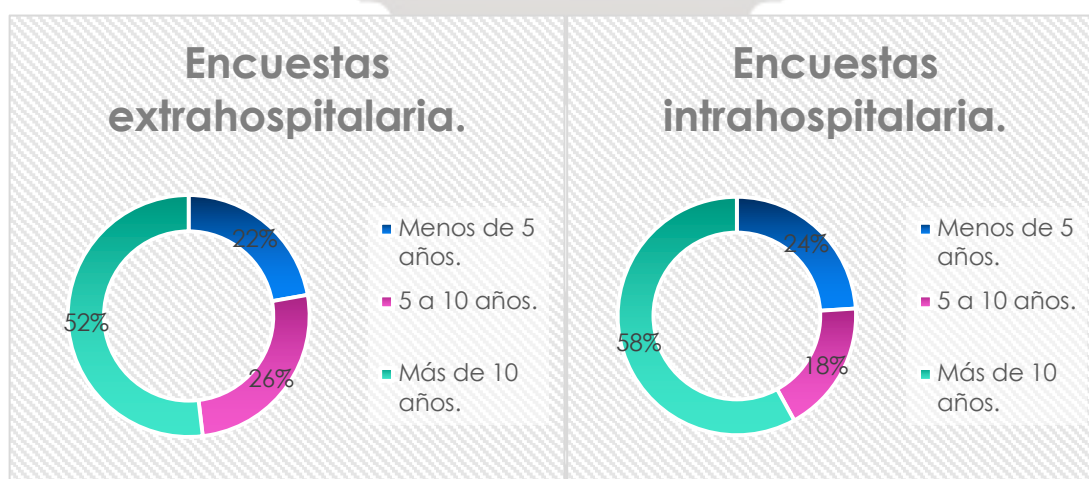
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1. Datos generales de la muestra por grupos de edad y área de trabajo

Como podemos ver en la tabla 2 y en la gráfica 1, el número total de encuestados fue de 77, 50 en el medio intrahospitalario y 27 en el extrahospitalario, con una distribución proporcional por años de experiencia similar en ambos grupos, 22-24% tenían menos de 5 años de experiencia, 18-26% entre 5 y 10 años, y 52-58% más de 10 años.

ÁREA DE TRABAJO		AÑOS DE EXPERIENCIA			TOTAL
		MENOS DE 5 AÑOS	5 -10 AÑOS	MÁS 10 AÑOS	
INTRAHOSPITALARIA	Encuestas	12	9	29	50
	Porcentaje	24	18	58	100
EXTRAHOSPITALARIA	Encuestas	6	7	14	27
	Porcentaje	22,2	25,93	51,85	100
TOTAL	Encuestas	18	16	43	77
	Porcentaje	23,37	20,77	55,84	100

Tabla 2. Número de encuestas y porcentajes del total de los participantes según el área de trabajo y los años de experiencia.



Gráfica 1. Número total de encuestados según el tiempo de experiencia y área de trabajo.

4.2. Análisis global, por entorno laboral y por años de experiencia.

El análisis global de los resultados de la encuesta revela que en general los resultados son buenos, con la calificación media superior al 85% de aciertos, lo que indica que nuestros profesionales de enfermería están bien formados. El análisis de los datos por entorno laboral muestra una media de errores muy similar, 2,98 errores/test en el grupo intrahospitalario y 2,85 errores/test en el extrahospitalario. El análisis por años de

experiencia también muestra homogeneidad entre grupos, 2,9-3 errores/test en cada grupo (Tabla 3).

<u>Errores totales.</u>	<u>Años de experiencia.</u>			<u>Área de trabajo</u>	
	<i>Menos de 5 años.</i>	<i>5 a 10 años.</i>	<i>Más de 10 años.</i>	<i>Intrahospitalaria.</i>	<i>Extrahospitalaria.</i>
Recuento	52	46	130	149	79
Errores/ test	2,9	3	3	2,98	2,85

Tabla 3. Recuento de errores según los años de experiencias y el área de trabajo.

4.3. Análisis detallado por patrones y por preguntas.

El análisis de errores por patrones (Tabla 4) muestra un número significativamente mayor de errores en los patrones 2, 4, 6 y 8 (entre el 20 y 26%) que en el patrón 1(8%). Más detalladamente, en el patrón nº 2 y en el nº 4, la respuesta a las cuestiones número 5 y 11, respectivamente, fueron erróneas en el 44% de los encuestados, y en los patrones nº 6 y nº 8, las respuestas nº 14, y 17 y 18, respectivamente, fueron erróneas en un tercio de los encuestados (31%, 36% y 36%) (Tabla 5, Gráfico 2). Este número relativamente alto de errores nos hace pensar en la posibilidad de un error en el planteamiento de las preguntas. Sin embargo, la revisión de los enunciados y respuestas posibles descarta esta posibilidad. Por lo tanto, los resultados indican deficiencias moderadas en el patrón 2, nutricional-metabólico; patrón 4, actividad-ejercicio, y patrón 6, cognitivo-perceptivo, y deficiencias más relevantes en el patrón 8, rol-relaciones.

	<i>Patrón 1</i>	<i>Patrón 2</i>	<i>Patrón 4</i>	<i>Patrón 6</i>	<i>Patrón 8</i>
Errores	19	46	49	54	60
Porcentaje	8,3	20,17	21,49	23,68	26,32
P		P2 vs. P4-8		P<0.001	

Tabla 4. Recuento, valor “P” y porcentajes de errores por patrón funcional.

		1	2	3	4
<u>Patrón 1</u>					
Errores.	Recuento	7	7	6	4
	Porcentaje	9,09	9,09	7,79	5,19
Aciertos.	Recuento	70	70	71	73
	Porcentaje	90,90	90,90	92,20	94,80

		5	6	7	8
<u>Patrón 2</u>					
Errores.	Recuento	34	11	3	6
	Porcentaje	44,15	14,28	3,89	7,79
Aciertos.	Recuento	43	66	74	71
	Porcentaje	55,84	85,71	96,10	92,20

		9	10	11	12
<u>Patrón 4</u>					
Errores.	Recuento	13	6	34	7
	Porcentaje	16,88	7,79	44,15	9,09
Aciertos.	Recuento	64	71	43	70
	Porcentaje	83,11	92,20	55,84	90,90

		13	14	15	16
<u>Patrón 6</u>					
Errores.	Recuento	6	24	18	9
	Porcentaje	7,79	31,16	23,37	11,68
Aciertos.	Recuento	71	53	59	68
	Porcentaje	92,20	68,83	76,62%	88,31

		17	18	19	20
Patrón 8					
Errores.	Recuento	28	28	2	10
	Porcentaje	36,36	36,36	2,60	12,99
Aciertos.	Recuento	49	49	75	67
	Porcentaje	63,63	63,63	97,40	87,01

Tabla 5. Recuento y porcentaje de errores por pregunta y patrón evaluado.



Gráfico 2. Número total de errores por pregunta.

4.4. Análisis de errores por años experiencia y entorno laboral.

El análisis más detallado, pregunta a pregunta, teniendo en cuenta los años de experiencia y el entorno laboral, no muestra diferencias significativas entre grupos,

<u>Área de trabajo.</u>		Menos de 5 años.	5 a 10 años	Más de 10 años.	Total	P
Pregunta 1	Intrahospitalaria	Recuento	1	0	2	
					3	
	Extrahospitalaria	Recuento	0	1	2	
		Porcentaje.	5	6	9	

Pregunta 2	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	1	2	0	3	
							6 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	0	1	2	3	
		Porcentaje	5	18,7	4	11,11		
Pregunta 3	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	2	0	1	3	
							6 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	0	1	0	1	
		Porcentaje	11,11	6	2	3,7		
Pregunta 4	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	0	0	2	2	
							4 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	0	1	0	1	
		Porcentaje	0	6	5	3,7		

<u>Área de trabajo.</u>			Menos de 5 años.	5 a 10 años	Más de 10 años.	Total	P	
Pregunta 5	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	6	1	11	18	
							36 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	2	4	6	12	
		Porcentaje	44,44	37,5	39,5	44,44		
Pregunta 6	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	2	1	2	5	
							10 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	1	2	0	3	
		Porcentaje	16,6	18,7	5	11,11		
Pregunta 7	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	0	0	2	2	
							4 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	0	0	0	0	
		Porcentaje	0	0	5	0		
Pregunta 8	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	1	0	2	3	
							6 %	
	Extrahospitalaria		Recuento	1	1	1	3	
		Porcentaje	11,11	6	7	11,11		

<u>Área de trabajo.</u>			Menos de 5 años.	5 a 10 años	Más de 10 años.	Total	P	
Pregunta 9	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	1	1	3	5	
							10%	
	Extrahospitalaria		Recuento	1	2	2	5	
		Porcentaje	11,11	18,7	11,6	18,51		
Pregunta 10	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	1	1	4	6	
							12%	
	Extrahospitalaria		Recuento	0	0	0	0	
		Porcentaje	5	6	9	0		
Pregunta 11	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	3	3	11	17	
							34%	
	Extrahospitalaria		Recuento	5	3	3	11	
		Porcentaje	44,44	37,5	32,5	40,74		
Pregunta 12	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	0	1	3	4	
							8%	

	Extrahospitalaria	Recuento	0	0	1	1
		Porcentaje	0	6	9	3,73

<u>Área de trabajo.</u>				Menos de 5 años.	5 a 10 años	Más de 10 años.	Total	P
Pregunta 13	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	1	0	4	5	
			Porcentaje				10%	
	Extrahospitalaria	Recuento	0	0	2	2		
			Porcentaje	5,5	0	13,9	7,4	
Pregunta 14	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	2	3	12	17	
			Porcentaje				34 %	
	Extrahospitalaria	Recuento	0	2	3	5		
			Porcentaje	11,11	31,2	34,9	18,51	
Pregunta 15	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	5	0	5	10	*
			Porcentaje				20%	
	Extrahospitalaria	Recuento	0	1	5	6		
			Porcentaje	27,7	6	23,3	22,22	
Pregunta 16	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	0	0	7	7	
			Porcentaje				14%	
	Extrahospitalaria	Recuento	0	1	1	2		
			Porcentaje	0	6	18,6	7,4	

<u>Área de trabajo.</u>				Menos de 5 años.	5 a 10 años	Más de 10 años.	Total	P
Pregunta 17	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	4	3	10	17	
			Porcentaje				34%	
	Extrahospitalaria	Recuento	2	3	2	7		
			Porcentaje	33,33	37,5	27,9	25,92	
Pregunta 18	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	4	2	7	13	**
			Porcentaje				26%	
	Extrahospitalaria	Recuento	3	1	7	11		
			Porcentaje	38,8	18,7	32,5	40,74	
Pregunta 19	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	1	2	5	8	
			Porcentaje				16%	
	Extrahospitalaria	Recuento	1	1	0	2		
			Porcentaje	11,11	18,7	11,6	7,40	
Pregunta 20	Intrahospitalaria	Errores	Recuento	0	0	1	1	
			Porcentaje				2 %	
	Extrahospitalaria	Recuento	1	0	0	1		
			Porcentaje	5	0	2	3,73	

*p=0.308; **p=0.206

Tabla 6. Análisis del número de errores por pregunta y área de trabajo (extrahospitalario e intrahospitalario).

incluidas las preguntas 5 (patrón 2), 11 (patrón 4), 14 (patrón 6) y 17 (patrón 8) que mostraron un alto número de errores en los tests. De cualquier forma, merece mencionar

que la pregunta 18 (patrón 8) mostró una tendencia a la significación en número mayor de errores en el grupo extrahospitalario ($p=0.206$ vs. intrahospitalario), aunque otras preguntas que no mostraron un elevado número de errores consideradas globalmente, como la pregunta nº 15, también mostró cierta tendencia significativa a un mayor número de errores en el grupo extrahospitalario ($p=0.308$ vs. intrahospitalario).

Un análisis comparativo con el estudio realizado el curso pasado por D^a Natalia Del Rosario González-Massie en 60 profesionales de enfermería de otro hospital y otro centro de salud de nuestro entorno, revela unos resultados similares en cuanto a la puntuación global, apoyando la idea de que nuestro personal está globalmente bien formado. Con respecto al análisis por patrones, también coincidimos en que el patrón 4 “Actividad-ejercicio”, presentó un número de errores relativamente alto. Sin embargo, en nuestro trabajo, el patrón 1 “Percepción-manejo de salud” tuvo el número más bajo de errores, en el suyo el número de errores fue más alto. Estas diferencias entre patrones pueden ser debidas posiblemente a deficiencias en aspectos concretos de cada uno de ellos, ya que la mayoría de las preguntas fueron diferentes y en ambos estudios los errores se concentraron en alguna pregunta. De cualquier forma, soy consciente de las limitaciones del estudio, fundamentalmente debidas al tamaño de la muestra. Es posible que alguno de los datos que aquí no muestran tendencia a la significación o no son significativamente diferentes, con una muestra más amplia lo fueran. Sin embargo, el hecho de que el tamaño de la muestra no permita ver posibles diferencias en cuanto a aspectos como los años de experiencia, no invalida la evidencia de deficiencias formativas en determinados patrones funcionales. Los datos aportados por este tipo de estudios pueden ayudar a la elaboración de programas de formación continuada destinados a corregirlas.

5. CONCLUSIONES.

1. El personal de enfermería analizado globalmente está bien formado en los cuidados para pacientes con demencia tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.
2. El análisis detallado por patrones funcionales detecta deficiencias en aspectos concretos relacionados con la nutrición, actividad física, esfera cognitivo-perceptiva y rol-relaciones.
3. Los datos obtenidos a partir de este tipo de estudios pueden contribuir al diseño de programas de formación continuada del personal de enfermería.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Fundación Alzheimer España. Quién es Alois Alzheimer [Internet]. [Consultado el 15 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/fundacion/164/alois-alzheimer>
2. Universidad Miguel Hernández. Introducción. Disponible en: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/698/21/5_INTRODUCCIÓN.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Demencia: datos y cifras [Internet]. [Consultado el 15 de marzo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. López Pousa S, Garre Olmo J. Enfermedades del sistema nervioso (VIII). Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2007 [Consultado el 18 de marzo de 2019] Serie 9(77): págs. 4921-4927. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2295753>
5. Martín Carrasco M, Agüero Ortiz L, Sánchez Ayala M, Mateos Álvarez R, Franco Martín M, Saz Muñoz P, et al. Consenso Español sobre demencias. Sodiendad Española de Psicogeriatría. 2ª edición. 2005.
6. Aquilar E, Juri C. Alfasinucleinopatías y tauopatías: una aproximación molecular a la clasificación de las enfermedades neurodegenerativas. Cuadernos de neurología. XXXI.[Internet]. 2007. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/cuadernos/2007/Alfasinucleinopatias.pdf>
7. Arriagada BP. Neuropatía de las demencias neurodegenerativas. Revista médica Clínica Las Condes [Internet] [Consultado el 29 de marzo de 2019] 27: 297-308. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300311>
8. Gra Menéndez S, Padrón Pérez N, Llibre Rodríguez JJ. Péptido beta amiloide, proteína Tau y enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana Investigación Biomédica [Internet]. 2002. [consultado el 16 Marzo 2019] ; 21(4): 253-261.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002002000400006&lng=es.

9. Geschwind N. Mechanism of change after brain lesions. Nottebohm, E. Hope for a new neurology. 457, 1-11. 1985. New York, Ann. Acad.
10. Huang J. Demencia frontotemporal, MSD [Internet] 2016 [Consultado el 15 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/demencia-frontotemporal>
11. Las fases de la demencia. Dementia Care Central. [Internet]. [Consultado el 26 de Abril de 2019]. Disponible en: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/las-fases-de-la-demencia/>
12. Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y consumo del Gobierno de Canarias. "Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria". 2ª edición, Canarias. 2002.
13. Alarcón Velandia RP. Glutamato y demencia. Revista colombiana de gerontología y geriatría [Internet]. 2003. [Consultado el 27 de abril de 2019] 17(2). Disponible en: <http://acgg.org.co/pdf/pdfrevista03/17-2-articulo2.pdf>
14. Birks J. Inhibidores de la colinesterasa para la enfermedad de Alzheimer. [Internet][Consultado el 28 de marzo de 2019] 2008. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD005593/inhibidores-de-la-colinesterasa-para-la-enfermedad-de-alzheimer>
15. Fundación Alzheimer España. Tratamiento no farmacológico [Internet]. [Consultado el 20 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/fundacion/150/tratamiento-no-farmacologico>
16. Diagnóstico. Alzheimer's Disease and Dementia. [Internet]. [Consultado el 16 Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer->

[demencia/diagnostico?lang=es-MX#Pasos%20para%20el%20diagnóstico](http://www.uvsfajardo.sld.cu/demencia-de-alzheimer-y-cuidados-de-enfermeria-revision-bibliografica)

17. Frias Pitas R. Demencia de Alzheimer y cuidados de enfermería.[Internet]. 2015 [Consultado el 20 de Marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/demencia-de-alzheimer-y-cuidados-de-enfermeria-revision-bibliografica>
18. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07 17



7. ANEXOS.

Anexo 1: Cuestionario utilizado para la recogida de datos.



Cuestionario para evaluar la formación del personal de enfermería acerca de los cuidados en pacientes con demencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de los diferentes tipos de demencias ha ido aumentando en los últimos años. Por lo que es esencial saber valorar y prestar los cuidados a este tipo de pacientes.

Las preguntas de este cuestionario se realizaron a partir de los patrones disfuncionales, diagnósticos NANDA y cuidados más frecuentes en este tipo de personas.

Años de experiencia: _____

Área de trabajo: _____

Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud.

1. En una persona diagnosticada recientemente con Alzheimer. ¿Cuál de las siguientes conductas están asociadas a esta primera etapa de la enfermedad?

- a) Labilidad emocional.
- b) Ideas delirantes.
- c) Apatía y ansiedad.
- d) A y C son correctas.

2. ¿Qué métodos utilizarías para determinar que una persona puede estar sufriendo demencia?

- a) Entrevista clínica.
- b) Examen físico y neurológico.
- c) Revisión detallada de los antecedentes familiares.
- d) Todas las anteriores son correctas.

3. ¿Cuál de los siguientes no es un síntoma de alarma en una persona con demencia?

- a) Pérdida de memoria.
- b) Trastornos de lenguaje
- c) Pérdida de la vista.
- d) Alteraciones en la orientación

4. ¿Cuál es el principal factor de riesgo de la demencia?

- a. Edad.
- b. Hipertensión arterial.
- c. Diabetes mellitus
- d. Obesidad.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

5. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos NANDA es el más correcto respecto a un paciente con Alzheimer evolucionado?

- a) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades.
- b) Deterioro de la integridad cutánea.
- c) Riesgo de lesión.
- d) Disconfort.

6. ¿Cuál de los siguientes suplementos son beneficiosos para paciente con Alzheimer?

- a) Hierro.
- b) Vitamina B12.
- c) Cobre.
- d) Vitamina C.

7. ¿De los siguientes problemas de salud cuáles se presentan frecuentemente en pacientes con demencia?

- a) Incontinencia fecal y urinaria.
- b) Disfagia
- c) Alteración del patrón del sueño.
- d) Todas son correctas.

8. ¿Cuál de los siguientes alimentos desaconsejarías en un paciente con disfagia?

- a) Manzana
- b) Frutos secos
- c) Gelatina
- d) Yogurt

Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

9. ¿Qué precauciones debemos tener con este tipo de pacientes?

- a) Eliminar objetos punzantes
- b) Evitar mantener la luz encendida por un largo periodo de tiempo.
- c) Evitar el contacto visual con fotos familiares para reducir el estrés.
- d) No estimular verbalmente.

10. ¿Qué medidas se deberían de tomar para evitar accidentes domésticos en pacientes con demencia?

- a) Mantener la luz encendida.
- b) Evitar obstáculos en el piso.
- c) Utilizar material de seguridad como barandillas, protectores de camas, etc.
- d) Todas son correctas.

11. ¿Qué medidas debemos de tomar para combatir el diagnóstico NANDA “Riesgo de síndrome de desuso”?

- a) Evitar la deambulaci3n.
- b) Fomentar independencia en las actividades b3sicas de la vida diaria.
- c) Evitar ruidos fuertes o molestos.
- d) B y C son correctas.

12. ¿Cuál de los siguientes objetos no son focos de riesgo en la deambulaci3n err3tica?

- a) Alfombra.
- b) Pequeños electrodom3sticos y objetos punzantes.
- c) Televisi3n.
- d) Escaleras

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.

13. ¿Cuál de las siguientes escalas sirve para detectar precozmente los trastornos cognitivos?

- a) Test de Pfeiffer.
- b) Test de Katz.
- c) Índice de Barthel.
- d) Cuestionario de Zarit.

14. ¿A qué diagnóstico NANDA corresponde el siguiente enunciado "Inicio brusco de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo"?

- a) Confusión crónica.
- b) Confusión aguda.
- c) Deterioro de la comunicación verbal.
- d) Riesgo de confusión aguda.

15. ¿Cuál de las siguientes escalas mide la sobrecarga de trabajo del cuidador?

- a) Cuestionario de Zarit.
- b) Cuestionario de Barber.
- c) Mini examen Cognitivo de LOBO.
- d) Ninguno de los anteriores.

16. ¿Qué medidas no son adecuadas para un paciente con déficit cognitivo?

- a) Recordar las experiencias pasadas.
- b) Mantener un contacto continuo con sus familiares.
- c) Mantener una conversación con el paciente.
- d) Evitar una rutina de las actividades diarias.

Patrón 8: Rol-Relaciones.

17. ¿Con qué frecuencia afecta la demencia a las relaciones sociales con su entorno?

- a) Ocasionalmente.
- b) Frecuentemente.
- c) Nunca en los estadios precoces.
- d) Siempre.

18. ¿Qué característica no identificarías en el aislamiento social?

- a) Acciones repetitivas.
- b) Contacto visual escaso.
- c) Rigidez muscular.
- d) Inexpresividad.

19. ¿Qué circunstancias contribuyen en estos casos al "Riesgo de cansancio del rol cuidador"?

- a) Imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad.
- b) Actividades de cuidados excesivas.
- c) El cuidador es la pareja.
- d) Todas las respuestas anteriores.

20. ¿Qué actividades pueden beneficiar las relaciones interpersonales con su entorno?

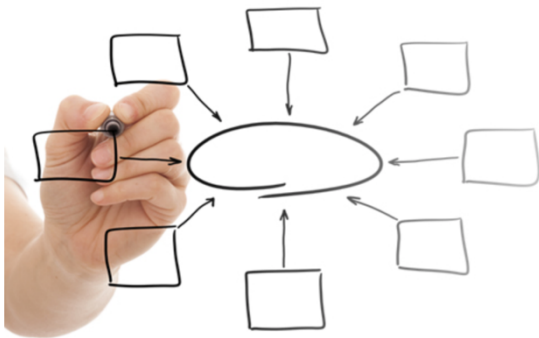
- a) Musicoterapia.
- b) Estimulación psicomotriz.
- c) Intervención asistida con perros.
- d) Todas las respuestas son correctas.

Sugerencias y aportaciones.



Anexo 2: Enciclopedia online utilizada para la realización de las preguntas del cuestionario.

NNNConsult



Apoyamos el razonamiento enfermero

Una herramienta que favorece el pensamiento crítico apoyado en el proceso enfermero, partiendo desde la valoración previa del caso clínico, pasando por la construcción del plan y exigiendo la justificación de las acciones planteadas



Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidado con NANDA, NOC, NIC

NNNConsult es la herramienta online que te permite consultar ágilmente los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por Nanda International (NANDA), los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas.

