



¿CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA AL ATENDIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA EN TACO?

Ylenia Morales Hernández

Tutor: Tomás González Hernández

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección Enfermería

Tenerife

Universidad de La Laguna

22 Mayo 2021

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN
DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO**

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería

**¿CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA AL
ATENDIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA EN
TACO?**

Autora:

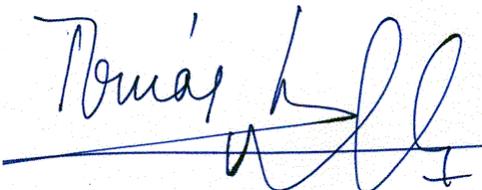
Ylenia Morales Hernández

Firma de la autora:

Tutor:

Tomás González Hernández

Firma del tutor:



La Laguna a 22 de Mayo 2021

¿CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA AL ATENDIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA EN TACO?

Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería

Autora: Ylenia Morales Hernández

RESUMEN:

La declaración de la pandemia del Covid-19 en marzo de 2020 ha provocado el establecimiento de un estado de alarma con cambio en los hábitos de vida y confinamiento de la población, reducción drástica de la actividad laboral y una situación de emergencia sanitaria que ha alterado el modelo asistencial de la población. La priorización de recursos sanitarios a pacientes con Covid-19 ha supuesto un deterioro asistencial de los pacientes que sufren otras enfermedades. Entre el colectivo más vulnerable se encuentran los enfermos dependientes. Algunos estudios sitúan a los pacientes con demencia entre los más afectados, con un empeoramiento de sus funciones físicas y cognitivas y de su calidad de vida.

El objetivo de este proyecto es conocer el efecto que ha tenido la pandemia en los pacientes con demencia que viven en el entorno familiar adscritos al centro de salud de Taco, incluyendo cambios en sus funciones cognitivas y físicas, frecuencia de consultas médicas, agravamiento de enfermedades intercurrentes y las condiciones en que se ha desarrollado el trabajo de sus cuidadores informales. Así como identificar los factores de riesgo y vulnerabilidad para llevar a cabo protocolos de prevención y apoyo al cuidador. Como instrumento de medida, se utilizará dos cuestionarios de elaboración propia, una dirigida al cuidador principal y otra al personal de enfermería, en las que se incluyen ítems sobre las condiciones socioeconómicas, asistenciales y familiares del cuidador, además del deterioro físico y cognitivo del paciente.

Palabras claves: Pandemia, Covid-19, demencia, enfermería, cuidador informal, atención sanitaria.

ABSTRACT:

The Covid-19 pandemic declared in March 2020 led to a worldwide state of alarm which changed our living habits including a substantial reduction in work activity, the confinement of the population, and a health emergency situation that altered the care model in the West countries. The prioritisation of healthcare resources for patients with Covid-19 provoked a deterioration in care of patients suffering from other diseases. Among the most vulnerable group are dependent patients. Some studies place patients with dementia among the most affected, with a worsening of their physical and cognitive functions and quality of life.

The aim of this project is to find out how pandemic has affected patients with dementia living in the family environment and ascribed to the Taco health centre. Issues included changes in their cognitive and physical functions, frequency of medical consultations, worsening of concurrent illnesses and the conditions in which their informal caregivers have worked. Socio-familial risk and vulnerability factors will be also explored in order to implement prevention and caregiver support protocols. We will use two self-developed questionnaires, one addressed to the main caregiver and the other to the nursing staff. They include items on socioeconomic aspect, care and family conditions of the caregiver, in addition to the physical and cognitive deterioration of the patient.

Keywords:

Pandemic, Covid-19, dementia, nursing, informal caregiver, health care.

ABREVIATURAS:

EA: Enfermedad del Alzheimer

OMS: Organización Mundial de la Salud

HTA: Hipertensión Arterial

FAST: Functional Assessment Staging

GDS: Global Deterioration Scale

DCS: Deterioro Cognitivo Subjetivo

DCL: Deterioro Cognitivo Leve

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

RM: Resonancia Magnética

TC: Tomografía Computarizada

PET: Tomografía por Emisión de Positrones

SEN: Sociedad Española de Neurología

INE: Instituto Nacional de Estadística

FDA: Food and Drug Administration

SARS-CoV-2: Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Grave

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus 2019

MERS-COV: Coronavirus del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio

ÍNDICE

	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Demencias: conceptos generales	7
1.2 Relevancia epidemiológica e impacto en el entorno social y familiar	9
1.3 Intervención terapéutica en las demencias	10
1.3.1 Intervención farmacológica	10
1.3.2 Intervención no farmacológica	10
1.4 Impacto socio-sanitario del COVID-19	11
1.5 Demencia y COVID-19	12
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 Generales	15
3.2 Específicos	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1 Diseño	16
4.2 Población	16
4.3 Criterios de inclusión y exclusión del personal de enfermería	17
4.3.1 Inclusión	17
4.3.2 Exclusión	17
4.4 Variables de estudio	17
4.5 Instrumentos para la recogida de datos	20
4.6 Métodos de recogida de datos	20
4.7 Consideraciones éticas	21
4.8 Análisis de datos	21
5. CRONOGRAMA	22
6. LOGÍSTICA	23
7. BIBLIOGRAFÍA	24
8. ANEXOS	26
8.1 Anexo 1	26
8.2 Anexo 2	31
8.3 Anexo 3	32
8.4 Anexo 4	33

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Demencias: conceptos generales

La demencia se define como un síndrome, generalmente de naturaleza crónica y progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, afectando a diferentes tareas cerebrales como la memoria, la atención, la planificación, el pensamiento, la ejecución, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro cognitivo suele ir acompañado de un deterioro del control emocional y del comportamiento social. La demencia es la principal causa de incapacidad mantenida en la tercera edad, afectando a 50 millones de personas en el mundo (1).

En relación con su etiología, las demencias se clasifican en tres grandes grupos: demencias degenerativas primarias, cuando la demencia es en sí misma el principal trastorno que presenta el paciente (Enfermedad del Alzheimer, demencia fronto-temporal, demencia con cuerpos de Lewy, etc.), demencias secundarias, cuando el deterioro de las funciones intelectuales se produce a consecuencia de otros trastornos (demencia vascular, infecciosa, endocrino-metabólicas, tóxicas y medicamentosas, traumáticas, etc.) y demencias combinadas o de múltiples etiologías (demencia mixta o demencia tipo Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada). Esta es la clasificación más empleada, y además, la reconocida por las clasificaciones internacionales. Al ser la Enfermedad del Alzheimer (EA) la primera causa de demencia neurodegenerativa y entre el 50%-70% de las demencias en general, merece especial atención en este proyecto.

La EA es una enfermedad progresiva caracterizada por degeneración de determinadas poblaciones neuronales y atrofia cerebral. Su etiología aún no está establecida en los casos esporádicos, en los que no se ha detectado una causa genética y que suponen el 90-95% de los casos (2). Según las directrices publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “practicar ejercicio físico de forma regular, no fumar, evitar el uso nocivo del alcohol, seguir una dieta sana y mantener el peso corporal, la presión arterial, la glucemia y el colesterol en niveles adecuados puede reducir el riesgo de padecer demencia” (3). Dado que factores de riesgo como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo y otros factores de riesgo asociados a hábitos de vida son modificables, podemos prevenir y reducir el riesgo de padecer demencia. Desafortunadamente, otros factores como la edad, el sexo y determinadas asociaciones de polimorfismo genético que aumentan la probabilidad de padecer la enfermedad, no son actualmente controlables. Por consiguiente, debemos favorecer el envejecimiento saludable (4).

La longevidad ha hecho de la enfermedad de Alzheimer (EA) la pandemia del siglo XXI. El acúmulo de proteínas malplegadas, como beta-amiloide o Tau, características de la enfermedad comprometen la transmisión sináptica y producen daño neuronal que acaba en neurodegeneración, y consecuentemente, deterioro cognitivo, dependencia funcional y trastornos de conducta. El proceso degenerativo realmente empieza años, o incluso décadas antes de que debuten los síntomas. Los pacientes con EA pasan por una serie de etapas de deterioro cognitivo y funcional, aplicables a otro tipo de demencias que se recogen en las Escalas FAST (Functional Assessment Staging) y GDS (Global Deterioration Scale), ver Tabla (Anexo 8.4). En síntesis, podemos hablar de una fase preclínica, en la que no es objetivable las alteraciones cognitivas. La mayoría de los pacientes que sufren EA, comienzan con deterioro cognitivo subjetivo (DCS), en el que el paciente es plenamente funcional a excepción de una autopercepción de la pérdida del rendimiento previo. Posteriormente presentan un deterioro cognitivo leve (DCL), en el que la funcionalidad se encuentra relativamente preservada, a pesar de la dificultad para recordar eventos o conversaciones recientes. Posteriormente sufren desorientación, amnesia franca para hechos recientes, nombres y caras de familiares e incapacidad para realizar su trabajo correctamente. Posteriormente aparecen apatía, depresión, irritabilidad, agitación, delirios, trastorno del sueño y del lenguaje, y finalmente pierden la autonomía al ser incapaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como el aseo personal, mantener el control de esfínteres y su relación con el exterior (5).

Es importante la detección precoz de la enfermedad para instaurar intervenciones dirigidas a potenciar las funciones preservadas en los estadios iniciales, manteniendo en la medida de lo posible la calidad de vida, y ralentizando la progresión de la enfermedad. El diagnóstico precoz requiere la participación de los equipos de atención primaria que ante la sospecha de EA por la historia clínica y la exploración, remiten a los pacientes a las unidades de demencia hospitalarias. La anamnesis y exploración neurológica junto a las pruebas complementarias que incluyen test de valoración cognitiva y pruebas de imagen como la Resonancia magnética (RM), Tomografía Computarizada (TC) y Tomografía por Emisión de Positrones (PET) permiten establecer el diagnóstico y la etapa de la enfermedad, y descartar otros trastornos intercurrentes (6).

1.2 Relevancia epidemiológica e impacto en el entorno social y familiar de las demencias

Como se ha mencionado anteriormente, la EA es la primera causa de demencia degenerativa a nivel mundial, suponiendo un problema sanitario de primer orden. Se estima que hay 40 millones de personas que padecen esta enfermedad en el mundo. En España, actualmente la padecen 800.000 personas, según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Se prevé que a causa del aumento de la esperanza de vida, en los próximos años su incidencia crecerá de forma exponencial, con una proyección para 2050 de cerca de un millón de casos, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). La prevalencia para la población mayor de 65 años se encuentra entre el 6-8%, doblándose cada 5 años a partir de dicha edad, de modo que en los mayores de 85 años, se encontrarán afectados más del 30%. Aunque esta cifra podría reducirse aplicando de protocolos y programas en atención primaria de prevención los factores de riesgo modificables mencionado previamente.

El diagnóstico de una enfermedad crónica causa un impacto importante en la vida del paciente, así como en la de los familiares y del entorno socio-sanitario que deben asumir los cuidados de los pacientes y sus costes. En España, se estima que el coste por paciente con EA ronda entre los 27.000 y 37.000 euros al año (7). Los costes se pueden dividir en directos, entendiendo como tales los que abarcan todos los relacionados con la asistencia médica (fármacos, consultas médicas, ingresos hospitalarios, centros de día, transporte, etc.) además de los derivados de las modificaciones en las viviendas y compra de materiales imprescindibles para el cuidado del paciente. Los costes indirectos engloban la pérdida de horas de trabajo del enfermo (si se encuentra laboralmente activo) y la disminución de la productividad laboral del cuidador informal. En este sentido, se considera que el cuidado de un paciente con EA, dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentre, está en torno a las 70 horas semanales. Actualmente en nuestro país, el 87% de estos costes lo asumen sus familiares. También deben considerarse los costes “intangibles” (no incluidos en la mayoría de estos estudios) debidos a los cambios en los hábitos y calidad de vida en el entorno familiar. Según el Dr. Molinuevo (8), hay muchos costes ocultos que pasamos por alto en la EA, como pueden ser los acumulados previos al diagnóstico para descartar otras enfermedades o los problemas de salud desarrollados en el cuidador como consecuencia de la atención a un paciente con demencia.

1.3 Intervención terapéutica en las demencias

1.3.1 Intervención farmacológica

En la actualidad, la EA, como otras enfermedades neurodegenerativas, no tiene cura, aunque disponemos de algunos compuestos que ayudan a aliviar la sintomatología de la enfermedad. Como comenté anteriormente, en el manejo clínico de los pacientes es fundamental el diagnóstico precoz, permitiendo el inicio temprano de intervenciones farmacológicas como no farmacológicas que reduzcan la progresión del deterioro cognitivo, conductual y funcional.

Datos experimentales y anatómico-clínicos han demostrado, por un lado, la degeneración de centros colinérgicos del prosencéfalo basal con amplias proyecciones corticales y la relación directa entre la pérdida de inervación colinérgica y el daño cognitivo, y por otro, la evidencia de un daño excitotóxico mediado por glutamato en la EA. En base a estos datos, dos grupos de fármacos han sido aprobados por la FDA (La administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos) para el tratamiento de la EA: los anticolinesterásicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa, enzima responsable de la degradación de acetilcolina) como donepecilo, rivastigmina y galantamina, y los moduladores de la transmisión glutamatérgica (antagonistas de los receptores N-metil-D Aspartato) como la memantina. Sin embargo, se ha de enfatizar que aunque tienen un efecto sintomático, no han demostrado que eviten la progresión de la neurodegeneración. Otros compuestos como ansiolíticos o antipsicóticos pueden ser utilizados en determinadas fases de la enfermedad con precaución, dada la especial susceptibilidad de los pacientes a estos fármacos (9).

1.3.2 Intervención no farmacológica

Las limitaciones del tratamiento farmacológico no deben entenderse como un fracaso en el alivio del sufrimiento de pacientes y familiares. El tratamiento de estos pacientes hoy día tiene un enfoque integral, con la participación de equipos multidisciplinares formados por médicos, profesionales de enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales, cada uno con su rol específico. El profesional de enfermería es fundamental por su cercanía al entorno familiar desde el centro de salud. Juega un papel fundamental en la sospecha diagnóstica, selección de intervención terapéutica, detección de necesidades, y seguimiento de las pautas y de la evolución de los pacientes y cuidadores. En este contexto, las intervenciones no farmacológicas, también conocidas como psicosociales, son herramientas no químicas fundamentales en los cuidados del paciente y del cuidador. Buscan aliviar la vida diaria de los afectados y la de sus familiares. Están dirigidas a estimular, mantener y potenciar las capacidades preservadas por el enfermo, evitar la desconexión del

entorno favoreciendo las relaciones sociales, dar seguridad y autonomía, estimular la propia identidad y la autoestima, y reducir el estrés y las reacciones anómalas. El objetivo es mantener la calidad de vida a través del reforzamiento de las funciones cognitivas, las actividades de la vida diaria, la conducta, la afectividad y el dominio físico- motor. A través de estos objetivos, se reducen los costes y se evita o retrasa la institucionalización.

Existen diferentes procedimientos que han sido clasificados en: estimulación cognitiva, actividades de la vida diaria, gerontogimnasia, arteterapia y musicoterapia. En ellos se utilizan diferentes herramientas asociadas al cuidado personal, ocio (juegos de mesa, puzles, etc.), pequeñas actividades constructivas, manuales (pintura, costura, etc.) y música. Estos procedimientos deben ser supervisados por profesionales (terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas) y se realizan fundamentalmente en las asociaciones de enfermos y en los centros de día, donde los afectados también comparten vivencias y relaciones de afectividad. Como otras actividades de la vida diaria, incluidos los cuidados sanitarios no urgentes, la asistencia domiciliaria y a centros de día, han sufrido un importante deterioro con motivo de la pandemia (10).

1.4 Impacto socio-sanitario del COVID-19

El 31 de diciembre de 2019 se declararon 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan (China). Posteriormente se identificó como agente causante del brote a un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, denominando a la enfermedad síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) o COVID-19 (por las siglas en inglés coronavirus disease de 2019). El SARS-CoV y MERS-CoV fueron identificados previamente, en 2002 y 2012, respectivamente, ambos patógenos emergentes a partir de un reservorio animal, son responsables de infecciones respiratorias graves de corte epidémico con gran repercusión internacional debido a su morbilidad y mortalidad. El coronavirus SARS-CoV-2 supone el séptimo coronavirus aislado y caracterizado, capaz de provocar infecciones en humanos y transmitirse de humano a humano de forma significativa (11).

En la actualidad se desconoce su origen. Según los estudios filogenéticos revisados, es muy probable que el virus provenga de murciélagos y de allí haya pasado al ser humano a través de mutaciones o recombinaciones sufridas en un hospedador intermediario, probablemente algún animal vivo del mercado de Wuhan.

La sintomatología que presentan los pacientes positivos a Covid-19 suele incluir cefalea, dolor muscular, fiebre, pérdida del gusto y del olfato, tos seca y disnea. Dependiendo de

la gravedad de los síntomas, puede requerir desde aislamiento domiciliario hasta el ingreso en unidad de medicina intensiva.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) declara la pandemia mundial el día 11 de marzo. Desde entonces hasta el momento de redactar este trabajo se habían confirmado en España más de 3.260.000 casos positivos y más de 75.000 muertes, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad. Las autoridades sanitarias europeas, y occidentales en general, no previeron el riesgo del brote ocurrido en China, asumiendo una extensión limitada en base a lo ocurrido con las previas de SARS-CoV y MERS-CoV. Los sistemas sanitarios no estaban preparados y los conocimientos científicos sobre el virus eran muy limitados para hacer frente a una pandemia que ha cambiado nuestras vidas. El 14 de marzo de 2020 el Gobierno Español decretó un confinamiento domiciliario de una duración aproximada de tres meses, con el fin de reducir los contagios. Posteriormente se han declarado nuevos periodos de restricción de actividad social y laboral y de convivencia familiar a pesar de los cuales, y del inicio de la campaña de vacunación con diferentes tipos de vacunas diseñadas en estos meses, estamos a punto de entrar en la cuarta ola de contagios.

La pandemia ha producido un impacto terrible a nivel sanitario y económico a nivel global. En España, el producto interior bruto ha caído un 11% y se han perdido más de 622.000 puestos de trabajo. A nivel sanitario, además de los contagios y muertes causadas directamente por la enfermedad, las medidas adoptadas para atender la avalancha de pacientes COVID y reducir el contagio de pacientes y personal sanitario en los propios centros asistenciales (centros de salud y hospitales) ha ido en detrimento de la asistencia a otro tipo de pacientes. Se ha producido un retraso significativo en la realización de pruebas complementarias y de intervenciones quirúrgicas. Buena parte de las consultas, tanto de nuevos casos como de seguimiento se hacen a través del teléfono. Además, por temor al contagio, ante la aparición de síntomas los pacientes tienden a retrasar la visita a los servicios de urgencias. Estas circunstancias, unidas a las restricciones en la vida social y laboral, han afectado de forma particular el control y atendimento de enfermedades crónicas, incluidas las psiquiátricas y neurodegenerativas.

1.5 Demencia y COVID-19

La edad es un factor de riesgo para sufrir COVID-19. La presencia de enfermedades intercurrentes (metabólicas, vasculares, etc.) más frecuentes con la edad, junto a la menor capacidad de respuesta del sistema inmunitario, hacen que el COVID-19 afecte con mayor virulencia a los adultos mayores y a que padecen enfermedades crónicas. La tasa de letalidad de COVID-19 en mayores de 80 años puede alcanzar el 10% (12). Se ha apuntado a que la

demencia en sí misma no hace que las personas más susceptibles de padecer COVID-19 (13). Sin embargo, un estudio reciente, en el que se comparó la mortalidad de dos grupos de pacientes de la misma edad (79 años de media), uno con demencia y el otro sin trastornos cognitivos, ingresados en el Hospital Regional Universitario de Málaga por COVID-19, indica que la mortalidad es significativamente mayor (43%) entre los que tienen demencia que los que no la tienen (21%) (14). Aunque todavía no existen estudios amplios que confirmen el papel de la demencia en el pronóstico del COVID-19, varios factores apuntan a la mayor vulnerabilidad del paciente con demencia ante la infección. Por ejemplo, sabemos que antes de la campaña de vacunación, el 50% de fallecimientos por COVID-19 ocurrieron en residencias de ancianos, y que buena parte de los residentes de estos centros sufren trastornos cognitivos. En los pacientes con demencia, el acceso a la información y la interpretación de las recomendaciones sanitarias está claramente afectada. La necesidad de aislamiento físico por la pandemia ha supuesto un distanciamiento social, la ruptura del contacto cara a cara con familiares y con asistentes. Además, ha obligado al cierre de hospitales de día, cancelación de actividades recreativas, talleres y salidas terapéuticas con la consiguiente reducción del aprendizaje y de interacción con otros individuos, junto a la no realización del ejercicio físico, provocando un mayor riesgo de caída, por la pérdida de masa muscular y de la funcionalidad. En este sentido, un estudio reciente en el que se compara el efecto del aislamiento en un modelo genético de EA en ratones (3xTg-AD) y en ratones sanos de la misma edad, muestra que los ratones con la mutación en aislamiento están más ansiosos y tienen una pérdida significativa del peso corporal y del riñón y del bazo, con respecto a los ratones sanos. Además, el aislamiento acentúa la atrofia del hipocampo (15). Otros factores a tener en cuenta son, por un lado, que la supresión de la asistencia por las restricciones, ha dado lugar a que las enfermedades intercurrentes no sean apropiadamente controladas, y por otro, que la pérdida de servicios asistenciales también suponen una sobrecarga con más limitaciones del tiempo libre para el cuidador informal (16).

2. JUSTIFICACIÓN

La pandemia del COVID-19 ha afectado severamente la salud y diferentes aspectos de nuestra forma de vida a nivel mundial. Las personas con algún tipo de discapacidad física o psíquica, dependientes en mayor o menor medida de servicios asistenciales, constituyen uno de los colectivos más afectados. Las restricciones de movilidad y los cambios en prioridades sanitarias derivadas del confinamiento han afectado particularmente a las personas que sufren demencia. Los datos existentes sugieren que la desconexión socio-sanitaria ha generado un empeoramiento funcional a nivel cognitivo y físico, provocando alteraciones conductuales y psicológicas, acelerando el avance de la enfermedad. Por otro lado, la pérdida de apoyo domiciliario y el cierre de centros de día han derivado en una sobrecarga para los cuidadores informales.

Sin embargo, no disponemos de datos que nos permitan confirmar y cuantificar las deficiencias y necesidades en nuestro medio. A través de este estudio queremos conocer, desde la perspectiva enfermera, como ha afectado la pandemia a los pacientes con demencia residentes en un entorno familiar, y a sus cuidadores, pertenecientes al Centro de Salud de Taco. Los resultados nos permitirán detectar factores de vulnerabilidad y diseñar y reforzar estrategias asistenciales de mejora en la calidad de los cuidados y de apoyo al cuidador.

3. OBJETIVOS

3.1 Generales

Estudiar el efecto que ha tenido la pandemia del covid-19 en los pacientes con demencia no institucionalizados, y en las condiciones de sus cuidadores informales. Así como identificar los factores de riesgo y vulnerabilidad para llevar a cabo protocolos de prevención y de apoyo al cuidador.

3.2 Específicos

- Determinar cómo ha afectado la pandemia la capacidad funcional y cognitiva del paciente.
- Determinar cómo han afectado las condiciones del entorno familiar la capacidad funcional y cognitiva del paciente durante la pandemia.
- Conocer qué recursos sanitarios se han utilizado en el seguimiento médico y enfermero de estos pacientes en las consultas de Atención Primaria.
- Valorar los cambios que se han producido en la transición del confinamiento hacia la nueva normalidad.
- Identificar cuáles son las actividades que no se llevan a cabo o que son de difícil abordaje.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

El diseño de este proyecto es de tipo descriptivo, observacional, de carácter transversal.

4.2 Población

Población diana: la población objeto de estudio en este proyecto estará compuesta por los pacientes con demencia, sus cuidadores informales y los profesionales de enfermería del Centro de Salud de Taco.

Muestra: Al no existir datos epidemiológicos sobre demencia en el barrio de Taco, ni en Canarias en general, tendremos en cuenta: 1. Los datos demográficos sobre la población total de Taco publicados por el INE en 2020, 24.364 habitantes. 2. Que el 17% de la población tiene más de 65 años. 3. Que la prevalencia de demencias por encima de los 65 años, sin diferenciar entre los tipos de demencia, es del 7%. A partir de estos datos podemos asumir que en Taco existen 286 pacientes con demencia.

Aplicando la fórmula del cálculo de tamaño muestral para una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde: N es el tamaño poblacional (286)

Z es el nivel de confianza (1.96) para una variabilidad negativa del 95%

d es la presión de error (0.03)

p es la variabilidad positiva (0.05)

q es la variabilidad negativa (1-p = 0.95)

Resulta una n (tamaño muestral) de 119 cuidadores informales que deben ser encuestados.

En el caso de personal de enfermería, del total de 26 profesionales que trabajan en el centro de salud de Taco, después de aplicar los criterios de exclusión (vide infra), la n será de 22, quedando un total de 141 participantes.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión del personal de enfermería

4.3.1 Criterios de inclusión:

En el caso de los pacientes y cuidadores informales se incluirán 119 cuidadores (ya que la encuesta debe ser respondida por ellos) con más de un año con esta responsabilidad, elegidos al azar.

En el caso de los profesionales de enfermería se incluirán 22 profesionales que lleven más de un año trabajando en el Centro de Salud de Taco, y que disponga de un cupo propio de pacientes adultos.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Cuidadores informales de pacientes que no sufren demencia.
- Cuidadores informales de menos de un año de atención al paciente.
- Cuidadores que hayan padecido síntomas (ellos o los pacientes) de Covid-19 que les haya obligado a guardar reposo domiciliario o ingreso hospitalario superior a dos días.
- Profesionales de enfermería que llevan trabajando menos de un año en el Centro de Salud de Taco
- Profesionales de enfermería que no tengan un cupo propio de pacientes.
- Profesionales de enfermería que no trabajen en el cuidado de pacientes adultos.

4.4 Variables de estudio

En el caso de la encuesta a cuidadores (Anexo 8.1) las variables para tipificar la muestra de pacientes serán:

-Edad: variable cuantitativa con tres opciones de respuesta (< 45 años, entre 45 y 60 años, > 60 años)

-Sexo: variable cualitativa con tres opciones de respuesta (Hombre, mujer u otro)

-Estado civil: variable cualitativa con cinco opciones de respuesta (soltero/a, noviazgo, casado/a, divorciado/a, separado/a o viudo/a)

-Situación laboral: variable cualitativa con cuatro opciones de respuesta (empleado/a, desempleado/a, ama/o de casa o jubilado/a)

- Años con diagnóstico de demencia: variable cuantitativa con tres opciones de respuesta (< 2, entre 2 y 3, > 3)

- **Enfermedades concurrentes:** Variable de tipo cualitativa con dos opciones y ponderación Sí__ No__ ¿Cuáles?:__
- **Dificultades en la evocación de palabras o localización de objetos:** variable de tipo cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Evidencia de déficits en contextos demandantes:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Necesidad de asistencia en tareas complejas, vestirse, ducharse, uso del wc:** variables cualitativas con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Incontinencia urinaria y fecal:** variables cualitativas con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Dificultades para expresar oralmente:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Dificultad para caminar sin ayuda, para mantener la sedestación y sostener la cabeza:** variables cualitativas con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Capacidad de sonreír:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Defectos de memoria objetivables:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Dificultad para recordar detalles físicos de próximos:** variable de tipo cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Dificultada para recordar el nombre del cónyuge u otra persona cercana:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Incapacidad manifiesta para verbalizar episodios recientes:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Alteraciones del humor (irritabilidad/llanto injustificados):** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
-
- **Frecuencia de visitas al centro de salud antes y durante la pandemia:** variable cuantitativa con tres opciones de respuesta (1 vez/1-2 meses__ Cada 3-6 meses__ Cada 7-12 meses__)
- **Frecuencia de visitas domiciliarias por el personal sanitario antes y durante la pandemia:** variable cuantitativa con tres opciones de respuesta (1 vez/1-2 meses__ Cada 3-6 meses__ Cada 7-12 meses__)

- **Beneficiaria de ayuda económica por dependencia antes y durante la pandemia:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Beneficiaria de ayuda física en el cuidado del paciente antes y durante la pandemia:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Cambios en los hábitos de vida del cuidador durante la pandemia:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Efectos de la pandemia en vida laboral, familiar y social del cuidador:** variables cualitativas con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **¿Asistencia del paciente a centros de día antes y durante la pandemia?:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)

- **Número de componentes de la unidad familiar:** variable cuantitativa con tres opciones de respuesta (< 4, entre 4 y 6, > 6).
- **Edad de los miembros de la unidad familiar:** variable cuantitativa con dos opciones de respuesta (mayoría < de 60 años, mayoría > de 60 años).
- **Número de miembros de la unidad familiar que perciben un salario:** variable cuantitativa con 4 opciones de respuesta (0, 1, 2, >2).
- **Número de miembros de la unidad familiar que reciben una pensión, subsidio de desempleo o son beneficiarios de una ayuda pública:** variable cuantitativa con cuatro opciones de respuesta (0, 1, 2, >2).
- **Número de habitaciones de la vivienda:** variable cuantitativa con dos opciones de respuesta (< 3, ≥3).
- **Presencia de balcón o terraza en la vivienda familiar:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Nº de miembros de la unidad familiar que requieren cuidados:** variable cuantitativa con dos opciones de respuesta (1__ >1__)

En la encuesta destinada a los profesionales de enfermería (anexo 8.2), las variables para tipificar la muestra serán:

- **Formación acerca de los efectos de la pandemia sobre pacientes con demencia y cuidadores:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)

- **Cambios en la frecuencia de citas presenciales de control de pacientes con demencia durante la pandemia:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Cambios en la frecuencia de visitas domiciliarias a pacientes con demencia durante la pandemia:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Consecuencias del cambio en el patrón de consulta (de presencial a telefónica) durante la pandemia sobre el deterioro físico/cognitivo, reagudización de enfermedades intercurrentes en el paciente con demencia:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **¿Consecuencias del cambio en el patrón de consulta en la salud de los cuidadores?:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **¿Atención al cuidador en el conjunto de los cuidados a los pacientes con demencia?:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)
- **Formación a los cuidadores en los programas de salud:** variable cualitativa con dos opciones de respuesta (Sí__ No__)

4.5 Instrumentos para la recogida de datos

Como instrumento de recogida de datos, emplearemos dos cuestionarios de elaboración propia, uno dirigido a los cuidadores con valoraciones en algunos bloques de las escalas FAST y GDS (anexo 8.4), con la finalidad de evaluar el deterioro cognitivo y funcional de los pacientes. El otro dirigido a los profesionales de enfermería con el objetivo de conocer cómo ha cambiado el modo de asistencia durante la pandemia del Covid-19 y en qué ha podido perjudicar a los pacientes con demencia no institucionalizados.

El dirigido al cuidador informal será realizado por un encuestador graduado en enfermería que lleva a cabo la investigación. El calendario de las encuestas a cuidadores será coordinado con el de visitas rutinarias al centro o concertado telefónicamente para realizar en el domicilio en los casos que se estime conveniente. El tiempo estimado de cumplimentación de los cuestionarios serán de tres minutos para el personal de enfermería y siete minutos para los cuidadores.

4.6 Métodos de recogida de datos

Se solicitará permiso al Centro de Salud de Taco para llevar a cabo el proyecto. El documento incluye una breve presentación y los objetivos del mismo (Anexo 8.3). Una vez

tenga la aprobación de la dirección del centro, se acordará con los equipos sanitarios (médico-enfermero) de los diferentes cupos el calendario de encuestas a los cuidadores, intentando programar 10-15 encuestas en un mismo día. Los cuestionarios al personal de enfermería se entregarán y recogerán los mismos días que se realiza el de los cuidadores.

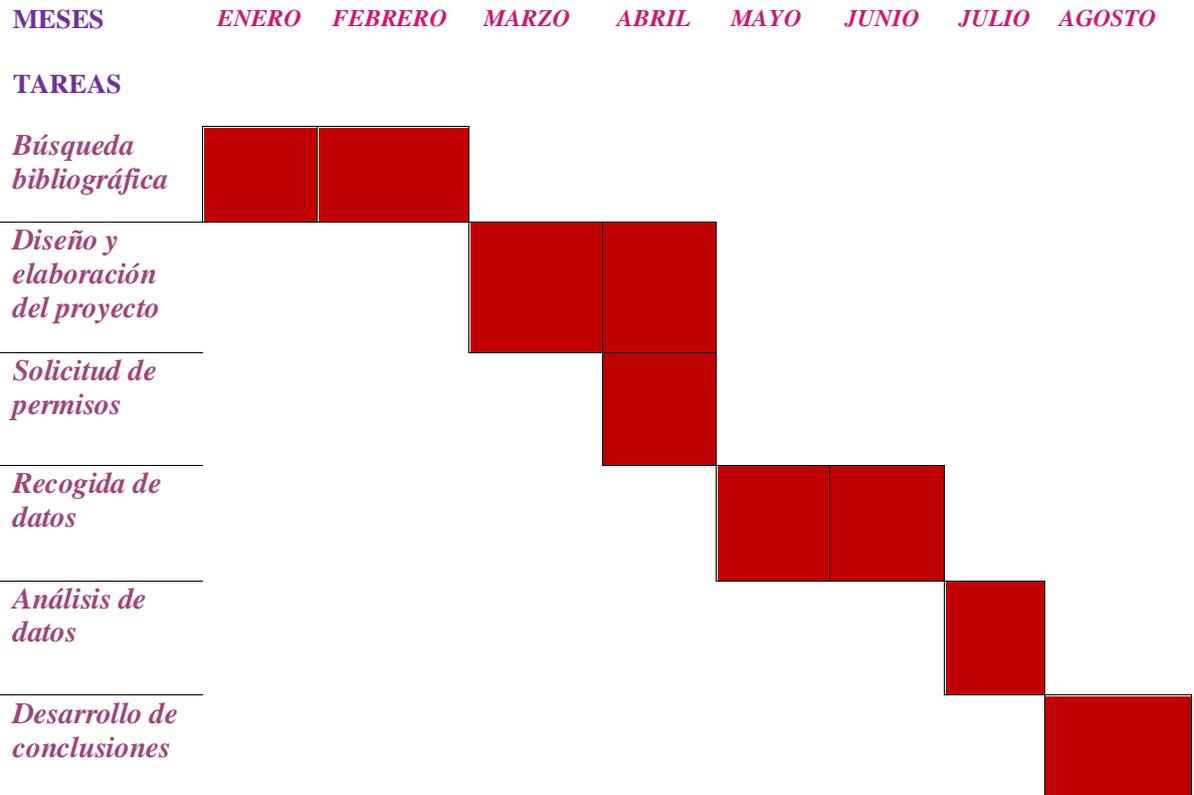
4.7 Consideraciones éticas

La realización de los cuestionarios será de carácter voluntario, respetando la confidencialidad de los datos aportados así como de los resultados obtenidos. La información requerida serán las variables explicadas anteriormente, asegurando el anonimato del participante en la investigación.

4.8 Análisis de datos

Para el análisis de datos utilizaremos el programa informático SPSS versión 25.0. Inicialmente se realizará un estudio estadístico descriptivo que incluye el cálculo de frecuencias, desviaciones típicas y medias para las variables a estudio. Para las variables cualitativas se estudiará la distribución de las frecuencias, y para las variables cuantitativas, un cálculo de la media, la desviación estándar, los máximos y mínimos. Para la comparación de las variables cualitativas se utilizará el test de la Chi-cuadrado y para las variables cuantitativas la prueba t-student o análisis de la varianza (ANOVA) entre los diferentes grupos. Se considera estadísticamente significativa la relación con un 95% de confianza ($p < 0.05$).

5. CRONOGRAMA



6. LOGÍSTICA

Para realizar este proyecto de investigación se requerirán los siguientes recursos humanos, materiales y tecnológicos:

RECURSOS		COSTOS
Humanos	Encuestador (Investigador principal)	30h - 0€
Materiales	Paquete de folios (500)	3€
	Bolígrafos (50)	13€
Tecnológicos	Programa estadístico informático	96€

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS: Demencia [Internet]. [21 Septiembre 2020; citado 26 Abril 2021]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

2. Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso español sobre demencias. Novartis Neuroscience. ExterV, S.L. (2005). Disponible en:

<http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Consenso%20espa%C3%B1ol%20sobre%20demencias.pdf>.

3. Servicio de Información sobre Discapacidad. Hacer ejercicio, no fumar y una dieta sana puede reducir el riesgo de padecer demencia, según la OMS [Internet]. [14 Mayo 2019; citado 26 Abril 2021]. Disponible en:

<https://sid.usal.es/noticias/discapacidad/60798/1-1/hacer-ejercicio-no-fumar-y-una-dieta-sana-puede-reducir-el-riesgo-de-padecer-demencia-segun-la-oms.aspx>.

4. Mayo Clinic. Demencia [Internet]. [19 Abril 2019; citado 26 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/symptoms-causes/syc-20352013>.

5. Sagrario M, Fortea J, Villarejo A, et al. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018 [Internet]. SEN [2018; citado 26 Abril 2021] Disponible en: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf.

6. Conoce cómo se diagnostica el Alzheimer [Internet]. [19 Abril 2019; citado 26 Abril 2021]. Disponible en:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers/art-20048075>.

7. Pérez A. La Fundación del Cerebro presenta los resultados del Informe "Impacto Social de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias" [Internet]. SEN [21 Septiembre 2019; citado 26 Abril 2021]. Disponible en:

<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link219.pdf>.

8. El-Hayeka YH, Wileya RE, Khourya CP, et al. Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer's Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders [Internet]. J Alzheimer Dis 70 (2019) 323–341.

9. Alzheimer's Association. Tratamientos [Internet]. [Citado 26 Abril 2021] Disponible en: <https://alz.org/alzheimer-demencia/tratamientos>.
10. Arriola Manchola E, Álaba Trueba J. Terapias farmacológicas [Internet]. Rev Esp Geriatr Gerontol 51 (2016) 22-26.
11. Información científico-técnica, enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet]. Ministerio de Sanidad. [17 Abril 2020; citado 26 Abril 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf.
12. Passamonti F, Cattaneo C, Arcaini L, et al. Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 severity in patients with haematological malignancies in Italy: a retrospective, multicentre, cohort study [Internet]. Lancet Haematol 7 (2020) e737-e745.
13. Schapira M. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores con demencia y sus cuidadores [Internet]. Rev Argent Salud Pública. 12 (2020) Supl COVID-19:e4.
14. Reyes-Bueno JA, Mena-Vázquez N, Ojea-Ortega T, et al. Análisis de letalidad por COVID-19 en pacientes con demencia neurodegenerativa [Internet]. Neurología 35 (2020) 639-645.
15. Muntsant A, Giménez-Llort L. Impact of Social Isolation on the Behavioral, Functional Profiles, and Hippocampal Atrophy Asymmetry in Dementia in Times of Coronavirus Pandemic (COVID-19): A Translational Neuroscience Approach [Internet]. Front Psychiatry 11 (2020) 572583. eCollection 2020.
16. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, et al. Assessing the benefits of hemicraniectomy: what is a favourable outcome? – Authors' reply [Internet]. Lancet Haematol 6 (2007) 580-58.
17. Maragall FP. Escalas FAST y GDS: formas de gradación del Alzheimer [Internet]. [13 Marzo 2020; citado 26 Abril 2021]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/escala-fast>.

8. ANEXOS

8.1 Cuestionario Cuidador Informal

CUIDADOR INFORMAL

Mi nombre es Ylenia Morales Hernández, soy alumna de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con el objetivo de realizar mi Trabajo de Fin de Grado, necesito su colaboración para llevar a cabo un proyecto de investigación sobre cómo ha afectado la pandemia del covid-19 a los pacientes con demencia no institucionalizados y en las condiciones de sus cuidadores informales. Le tomará 5 minutos de su tiempo la cumplimentación de este cuestionario. Los datos aportados así como los resultados obtenidos, serán utilizados de manera confidencial para dicho estudio. Este cuestionario está dividido en 5 bloques, estará dirigido por el encuestador.

DATOS DE FILIACIÓN

Edad: ___ años

Sexo: Hombre___ Mujer___ Otro___

Estado civil: Soltero/a___ Casado/a___ Divorciado/a___ Viudo/a___

Situación laboral: Empleado/a___ Desempleado/a___ Jubilado/a___ Ama/o de casa___

¿Cuántos años hace de la detección de la demencia?: (< 2, entre 2 y 3, > 3)

¿Padece otras enfermedades?: Sí___ No ___ **¿Cuáles?:** _____

DETERIORO FÍSICO (ESCALA FAST)

- **Previo a la pandemia**

¿Presentaba déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos?: Sí___
No___

¿Presentaba déficits en contextos demandantes, por ejemplo trabajo?: Sí___ No___

¿Necesitaba asistencia en tareas complejas, como gestión de finanzas o planificar la comida de una celebración?: Sí___ No___

¿Necesitaba asistencia en la elección apropiada de la ropa?: Sí___ No___

¿Necesitaba asistencia para vestirse?: Sí__ No__

¿Necesitaba asistencia para ducharse?: Sí__ No__

¿Necesitaba asistencia para el uso del wc?: Sí__ No__

¿Presentaba incontinencia urinaria?: Sí__ No__

¿Presentaba incontinencia fecal?: Sí__ No__

¿Presentaba limitaciones en el habla?: Sí__ No__

¿Presentaba dificultad para caminar sin ayuda?: Sí__ No__

¿Presentaba dificultad de mantenerse sentado?: Sí__ No__

¿Presentaba pérdida de la capacidad de sonreír?: Sí__ No__

¿Presentaba pérdida de la capacidad de sostener la cabeza?: Sí__ No__

- ¿Y tras la pandemia?

¿Presenta déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos?: Sí__ No__

¿Presenta déficits en contextos demandantes, por ejemplo trabajo?: Sí__ No__

¿Necesita asistencia en tareas complejas, como gestión de finanzas o planificar la comida de una celebración?: Sí__ No__

¿Necesita asistencia en la elección apropiada de la ropa?: Sí__ No__

¿Necesita asistencia para vestirse?: Sí__ No__

¿Necesita asistencia para ducharse?: Sí__ No__

¿Necesita asistencia para el uso del WC?: Sí__ No__

¿Presenta incontinencia urinaria?: Sí__ No__

¿Presenta incontinencia fecal?: Sí__ No__

¿Presenta limitaciones en el habla?: Sí__ No__

¿Presentaba dificultad para caminar sin ayuda?: Sí__ No__

¿Presentaba dificultad de mantenerse sentado?: Sí__ No__

¿Presentaba pérdida de la capacidad de sonreír?: Sí__ No__

¿Presentaba pérdida de la capacidad de sostener la cabeza?: Sí__ No__

DETERIORO COGNITIVO (ESCALA GDS)

- **Previo a la pandemia:**

¿Se quejaba de defectos de memoria?: Sí__ No__

¿Presentaba déficits de memoria objetivables?: Sí__ No__

¿Tenía dificultad para recordar detalles personales importantes?: Sí__ No__

¿Presentaba incapacidad manifiesta para verbalizar episodios recientes de su vida?: Sí__
No__

¿Olvidaba el nombre del cónyuge u otra persona cercana?: Sí__ No__

¿Presentaba frecuentes alteraciones conductuales (irritabilidad/llanto injustificados)?:
Sí__ No__

- **¿Y tras la pandemia?:**

¿Se queja de defectos de memoria o de otras funciones cognitivas?: Sí__ No__

¿Presenta déficits de memoria objetivable?: Sí__ No__

¿Tiene dificultad para recordar detalles personales importantes?: Sí__ No__

¿Presenta incapacidad manifiesta para verbalizar episodios recientes de su vida?: Sí__
No__

¿Olvida el nombre del cónyuge u otra persona cercana?: Sí__ No__

¿Presenta frecuentes alteraciones conductuales (irritabilidad/llanto injustificados)?:
No__

¿En qué estadio se encontraba antes del comienzo de la pandemia? (Escala FAST y GDS)
(Anexo 8.4):

Fase 1__ Fase 2__ Fase 3__ Fase 4__ Fase 5__ Fase 6__ Fase 7__

¿En qué estadio se encuentra actualmente?:

Fase 1__ Fase 2__ Fase 3__ Fase 4__ Fase 5__ Fase 6__ Fase 7__

ASISTENCIA SANITARIA

¿Con qué frecuencia acudía al centro de salud antes de la pandemia?: 1 vez/1-2 meses__
Cada 3-6 meses__ Cada 7-12 meses__

¿Y durante la pandemia?: 1 vez/1-2 meses__ Cada 3-6 meses__ Cada 7-12 meses__

¿Recibía visitas domiciliarias por el personal sanitario?: Sí__ No__ **¿Con qué frecuencia?:**
1 vez/1-2 meses__ Cada 3-6 meses__ Cada 7-12 meses__

¿Y durante la pandemia?: Sí__ No__ **¿Con qué frecuencia?** 1 vez/1-2 meses__ Cada 3-6
meses__ Cada 7-12 meses__

CUIDADOR /CUIDADO DEL PACIENTE

¿Recibía alguna ayuda económica por dependencia antes de la pandemia?: Sí__ No__

¿La ha seguido recibiendo durante la pandemia?: Sí__ No__

¿Recibía ayuda física en el cuidado del paciente antes de la pandemia?: Sí__ No__

¿La ha seguido recibiendo durante la pandemia?: Sí__ No__

¿El cuidador ha tenido que cambiar sus condiciones de vida durante la pandemia?: Sí__
No__

¿Las modificaciones han afectado a su vida laboral?: Sí__ No__

¿Las modificaciones han afectado a su vida familiar y/o social?: Sí__ No__

¿El paciente asistía a centros de día previo a la pandemia?: Sí__ No__

¿Ha podido seguir asistiendo?: Sí__ No__

CONDICIONES DEL ENTORNO FAMILIAR

Nº miembros en la unidad familiar: <4__ 4-6__ >6__

Edad de los miembros de la familia: Mayoría <60 años__ Mayoría >60 años__ (especificar)

Nº de miembros de la unidad familiar que reciben un salario: 0__ 1__ 2__ >2__

**Nº de miembros de la unidad laboral que perciben una pensión, subsidio de desempleo o
ayuda pública:** 0__ 1__ 2__ >2__

Nº de habitaciones de la vivienda familiar: <3__ ≥3__

¿La vivienda tiene balcón o terraza?: Sí__ No__

Nº de miembros de la unidad familiar que requieren cuidados: 1__ >1__

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

8.2 Cuestionario Profesionales de Enfermería

ENFERMERÍA

Mi nombre es Ylenia Morales Hernández, soy alumna de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con el objetivo de realizar mi Trabajo de Fin de Grado, necesito su colaboración para llevar a cabo un proyecto de investigación sobre cómo ha afectado la pandemia del covid-19 a los pacientes con demencia no institucionalizados y en las condiciones de sus cuidadores informales. Le tomaré 2 minutos de su tiempo la cumplimentación de este cuestionario. Los datos aportados así como los resultados obtenidos, serán utilizados de manera confidencial para dicho estudio.

Este cuestionario consta de 9 preguntas, debe elegir una de las opciones de respuesta marcando con una X la casilla correspondiente.

¿Ha recibido formación acerca de cómo ha afectado la pandemia del covid-19 a los pacientes con demencia y a sus cuidadores?: Sí__ No__

¿Ha disminuido el número de citas presenciales de control de pacientes con demencia durante la pandemia?: Sí__ No__

¿Ha disminuido el número de visitas domiciliarias de control de pacientes con demencia durante la pandemia?: Sí__ No__

¿Cree que el cambio en el patrón de consulta (de presencial a telefónica) durante la pandemia ha afectado la salud de los pacientes con demencia?: Sí__ No__

¿De qué forma?

- 1. Progresión del deterioro físico/cognitivo** Sí__ No__
- 2. Reagudización de enfermedades intercurrentes** Sí__ No__
- 3. Aumento de visitas domiciliarias/urgencias** Sí__ No__

¿Cree que la pandemia ha supuesto una sobrecarga para los cuidadores?: Sí__ No__

¿Considera importante que la atención sanitaria al paciente dependiente considere la atención al cuidador como parte de ella?: Sí__ No__

¿En su valoración hace preguntas al cuidador relacionadas con el deterioro físico y cognitivo post pandemia?: Sí__ No__

¿Realiza charlas de formación a los cuidadores de su cupo de pacientes?: Sí__ No__

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

8.3 Solicitud de permiso al Centro de Salud de Taco

Estimada Sra. Directora,

Mi nombre es Ylenia Morales Hernández, alumna de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna. El objetivo de esta carta es informarle sobre un Proyecto de Investigación que estoy realizando como objeto de mi Trabajo de Fin de Grado, y con el que se pretende conocer cómo ha afectado la pandemia del Covid-19 a los pacientes con demencia no institucionalizados pertenecientes al Centro de Salud de Taco. Los resultados obtenidos podrán contribuir al diseño de protocolos de prevención y de apoyo al cuidador.

Para la realización de esta investigación necesito la participación de los profesionales de enfermería y la de los cuidadores informales de los pacientes, que deberán responder la encuesta cuando acudan a consulta. Los días programados para la realización de la encuesta necesitaré una habitación donde pasar el cuestionario a los cuidadores. Se estima que la duración de la encuesta será de tres minutos para el profesional de enfermería y siete minutos para el cuidador. Será de carácter voluntario y los datos recogidos en la misma serán tratados de forma confidencial, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Ruego a la Dirección del Centro de salud de Taco su autorización para efectuar el Proyecto de Investigación.

Les agradezco de antemano su colaboración, un cordial saludo.

8.4 Escalas FAST (Functional Assessment Staging) y GDS (Global Deterioration Scale) (17)

	GDS	FAST	GRADO CLÍNICO ALZHEIMER
1	Sin pérdida alguna	Sin pérdida alguna	Normalidad
2	Alteración cognitiva subjetiva. Quejas de memoria o de otras funciones cognitivas.	Déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos.	Deterioro cognitivo subjetivo
3	Déficits de memoria o cognitivos sutiles, observables por terceros.	Déficits percibidos en contextos demandantes (trabajo, p.e.).	Deterioro cognitivo leve
4	Déficits claros en el examen clínico. Deterioro cognitivo moderado.	Asistencia en tareas complejas, como gestión de finanzas o planificar la comida de una celebración.	Demencia leve
5	Deterioro cognitivo moderadamente grave. Dificultad en el recuerdo de detalles personales importantes.	Asistencia en la elección apropiada de la ropa.	Demencia moderada
6	Gran incapacidad para verbalizar episodios recientes de su vida. Puede olvidar el nombre del cónyuge. Frecuentes alteraciones conductuales. Deterioro cognitivo grave.	FAST 6a: Asistencia para vestirse	Demencia moderada grave
		FAST 6b: Asistencia para ducharse	
		FAST 6c: Asistencia para el uso adecuado del wc (tirar de la cadena, limpiarse...)	
		FAST 6d: Incontinencia urinaria	
		FAST 6e: Incontinencia fecal	
7	Pocas palabras inteligibles o incompetencia verbal. Deterioro cognitivo y motor muy grave.	FAST 7a: Habla limitada a una media docena de palabras	Demencia grave
		FAST 7b: Habla inteligible limitada a una palabra	
		FAST 7c: Pérdida de la capacidad de andar	
		FAST 7d: Pérdida de la capacidad de mantenerse sentado	
		FAST 7e: Pérdida de la capacidad de sonreír	
		FAST 7f: Pérdida de la capacidad de sostener la cabeza	