



Universidad  
de La Laguna  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Sección de Enfermería y Fisioterapia



# Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre los cuidados en Enfermedades Neurodegenerativas

## **Trabajo Fin de Grado**

Natalia Del Rosario González-Massieu

Tutor: Tomás González Hernández

**Grado en Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Sección Enfermería y Fisioterapia  
Sede de Tenerife**

*Universidad de La Laguna  
Mayo 2018*



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

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

### Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre los cuidados en Enfermedades Neurodegenerativas

Autora:

Natalia Del Rosario González-Massieu

Firma de la alumna

Tutor:

Tomás González Hernández

Vº. Bº del tutor

*La Laguna a 25 de mayo 2018*



- **RESUMEN**

Las enfermedades neurodegenerativas (EN) son un grupo de trastornos asociados al envejecimiento, caracterizados por deterioro progresivo de las funciones cerebrales que no tienen cura. Las EN afectan a 50 millones de personas en el mundo. El incremento progresivo de la edad media de la población está asociado a una creciente demanda en la atención de estas enfermedades, en las que los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante. El conocimiento en conceptos y tareas específicas es fundamental en el cuidado de estos pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en el cuidado las EN, basado en la metodología e intervención enfermera NANDA. Se elaboró un test de 20 preguntas a partir de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Participaron 63 enfermeros/enfermeras, 30 del área intrahospitalaria y 33 de la extrahospitalaria, y diferente experiencia profesional (<5 años, 5-10 años and >10 años). Los resultados revelan un nivel alto de conocimientos (17/20 aciertos) sin diferencias entre entornos laborales. Individualmente, algunas preguntas mostraron mayor tendencia a la dificultad, pero sin diferencias significativas. Entre los cuatro patrones estudiados, el número de errores fue significativamente mayor en el nº4 (actividad y ejercicio) que en el nº1 (percepción y manejo de la salud). En conclusión, nuestros profesionales están bien formados y tienen un nivel alto de competencia en atención a pacientes con EN. Este tipo de estudios en muestras más amplias puede contribuir a identificar deficiencias específicas y reforzar aspectos concretos en la formación continuada de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermedades neurodegenerativas, Intervención enfermera, Cuidado integral, Nivel de conocimiento, NANDA.

- **ABSTRACT**

Neurodegenerative diseases (ND) are a group of disorders associated with aging, characterized by progressive decline of brain functions, and that nowadays have no cure. ND affects 50 million people worldwide. The progressive increase in the average age of the population is associated with a growing demand for care for these diseases, in which nursing professionals play an important role. Knowledge of specific concepts and tasks is fundamental in the care of these patients. The objective of this work is to assess the level of knowledge of the nursing staff in the care of ND, based on the NANDA nursing methodology and intervention. A test of 20 questions was developed from the functional patterns of Marjory Gordon. Sixty-three nurses, 30 from the inpatient and 33 from the outpatient area, and different professional experiences (<5 years, 5-10 years and >10 years) were enrolled. The results reveal a high level of knowledge (17/20 successes) with no differences between work environments. Individually, some questions showed a greater tendency to difficulty, but no significant differences were detected. Among the four patterns studied, the number of errors was significantly higher in # 4 (activity and exercise) than in # 1 (health perception and management). In conclusion, our professionals are well trained and have a high level of competence in caring for patients with EN. Conducting this type of surveys in larger nurse samples can help to identify specific shortcomings and reinforce specific aspects of continuing nursing education.

**Keywords:** Neurodegenerative Disease, Nurse Intervention, Level of Knowledge, Integral Care, NANDA

- **ABREVIATURAS**

<b>END</b>	Enfermedad Neurodegenerativa
<b>EP</b>	Enfermedad de Parkinson
<b>EA</b>	Enfermedad de Alzheimer
<b>HTA</b>	Hipertensión
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ADI</b>	Alzheimer`s Disease International
<b>USD</b>	United States Dollar
<b>NANDA</b>	North America Nursing Diagnosis Association
<b>DMS- II</b>	American Psychiatric Association`s Diagnostic and Statistic Manual of Medical Disorders
<b>CEAFA</b>	Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias

• **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	pág.7
1.1 Definición de Enfermedades Neurodegenerativas.....	pág.7
1.2 Clasificación.....	pág.7
1.3 Etiología.....	pág.9
1.4 Demencia y Enfermedad de Alzheimer.....	pág.9
1.5 Escala de Deterioro Global.....	pág.10
1.6 Tratamiento.....	pág.12
1.6.1 <i>Tratamiento farmacológico</i> .....	pág.12
1.6.2 <i>Tratamiento no farmacológico</i> .....	pág.13
1.7 Relevancia socioeconómica.....	pág.15
<b>2 JUSTIFICACIÓN</b> .....	pág.17
4.1 Enfermería en el cuidado de la demencia.....	pág.17
4.2 Unidades de atención primaria.....	pág.18
4.3 Unidades de atención hospitalaria.....	pág.19
<b>3 OBJETIVO</b> .....	pág.19
5.1 Objetivos e hipótesis.....	pág.19
5.1.1 <i>Objetivo general</i> .....	pág.19
5.1.2 <i>Objetivo específico</i> .....	pág.19
<b>4 METODOLOGÍA</b> .....	pág.20
6.1 Material y método.....	pág. 20
6.2 Cronograma.....	pág.21
6.3 Consideraciones éticas .....	pág.21
6.2 Análisis estadístico.....	pág.22
<b>5 RESULTADO Y DISCUSIÓN</b> .....	pág.22
<b>6 CONCLUSIONES</b> .....	pág.30
<b>7 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	pág.31
<b>8 ANEXO</b> .....	pág.34

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Definición de Enfermedades Neurodegenerativas

Las enfermedades neurodegenerativas (END) son un grupo de trastornos caracterizados por el deterioro progresivo e irreversible de capacidades y funciones nerviosas (trastorno de la memoria, deterioro de lenguaje, cognición, cambios de la conducta y trastornos del movimiento que afectan actividades de la vida diaria) en la mayoría de los casos de causa desconocida y asociados al proceso de envejecimiento. Aunque no sean exclusivas de este rango de edad, experimentan un crecimiento exponencial a partir de los 65 años, por ello es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores.<sup>1</sup>

Los avances médicos han supuesto un aumento de la expectativa de vida de nuestra sociedad, y con ello un aumento de las enfermedades asociadas al envejecimiento, incluidas las END. Los cambios en el perfil demográfico y la enfermedad exigen al entorno una adaptación bio-psico-social e incluso económica para suplir la demanda actual. En el mundo hay unos 50 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. La forma más común de demencia es la enfermedad de Alzheimer, la cual abarca entre un 60% y 70% de los todos los casos de enfermedades neurodegenerativas.<sup>2</sup>

El lento proceso de las END incapacita progresivamente a los pacientes a desenvolverse en el ámbito laboral y en las habilidades sociales en general, causando finalmente una sobrecarga a familiares y cuidadores (considerando la enfermería como uno de ellos) de forma física y psíquica debido a la cantidad de cuidados sanitarios y económicos que conlleva. Además, esta demanda se alarga en el tiempo ya que actualmente las END no tienen un tratamiento etiológico sino sintomático en muchos casos y paliativos en todos ellos.

### 1.2 Clasificación

Las END se han clasificado según diferentes criterios atendiendo al conocimiento que en diferentes momentos hemos tenido de ellas. En principio se hizo una clasificación clínica. Esta clasificación se lleva a cabo teniendo en cuenta las regiones neurológicas afectadas en los estadios precoces y los síntomas que aparecen en consecuencia, entendiendo que el trastorno cognitivo aparece los estadios finales en la mayoría de ellas como consecuencia de la progresión de la enfermedad.

- **Denunciantes (corticales):** cuando los síntomas iniciales son el como el deterioro cognitivo, los trastornos de la conducta y posteriormente la demencia en sí. Se deben a la afectación cortical, corteza entorrinal, córtex límbico, hipocampo y corteza asociativa.
- **Trastornos del movimiento (subcorticales):** cuando afectan inicialmente al troncoencéfalo, ganglios basales, cerebelo, etc. Dan lugar tanto a déficit motor del tipo paresias, muchas veces con atrofia muscular si afectan a troncoencéfalo y medula espinal, o a con movimientos anormales, temblor, rigidez, etc. cuando afectan a mesencéfalo, ganglios basales o cerebelo. El término subcortical es relativamente inapropiado, ya que casi siempre acaban afectando también a la corteza cerebral.<sup>3</sup>

Con el progreso en los métodos de estudio, los criterios de clasificación han ido evolucionando. Teniendo en cuenta el papel que en la patogenia de estas enfermedades tiene la alteración en el manejo de proteínas (proteostasis), se atiende a las proteínas que son afectadas por cambios conformacionales y la agregación.

- Entre las que sufren cambios conformacionales destacamos la proteína  $\beta$ -amiloide, Tau (tautopatías), alfa-sinucleína (sinucleopatías) y la proteína TDP-43 (Proteinopatías TDP-43).
  - **Acúmulo de  $\beta$ -amiloide:**  $\beta$ -amiloide es un péptido de 37-43 aminoácidos que se forma a partir de la proteína precursora de amiloide. En la enfermedad de Alzheimer se acumula en el espacio extracelular formando las placas seniles.
  - **Taupatías:** acumulación de la fosfoproteína microtubular Tau con una conformación anormal, esto promueve la formación de fibrillas localizadas en el espacio intracelular. Puede tener mutaciones varias y servir de núcleo para la agregación de otras proteínas. Dentro de las taupatías están la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick.
  - **Alfa Sinucleopatías:** acumulación de la proteína presináptica Alfa Sinucleína. La Enfermedad de Parkinson (EP) y la demencia con cuerpo de Lewy se incluyen en este grupo.
  - **Proteinopatías TDP-43:** No conocemos bien la función de la proteína TDP-43. Su acúmulo se presenta en la demencia prontotemporal y en la esclerosis lateral amiotrófica.
- Sobre esta clasificación podemos hacer una subclasificación teniendo en cuenta la localización de los agregados proteicos en neuronas, glía, pared vascular o espacio extracelular, y dentro de las neuronas según su localización axonal, dendrítica o somática.



### 1.3 Demencia y Enfermedad de Alzheimer

Podemos decir que, aunque en un 5-10% de ellas se han identificado mutaciones genéticas como causantes de la enfermedad, una característica común de la mayoría de END es su origen desconocido. Se postula un origen multifactorial con la participación conjunta de factores ambientales, tóxicos, infecciosos, etc., que inciden sobre una predisposición genética que ocasiona la degeneración neuronal, probablemente por apoptosis y no por procesos necróticos. Los adelantos en terapia génica y molecular permiten ser optimistas en el tratamiento de las END causadas por una mutación genética bien identificada. En alguna de ellas se están realizando ensayos clínicos con resultados prometedores. En cambio, el hecho de que la causa o el factor causal principal sean conocidos en la mayoría ellas, hace imposible la aplicación de un tratamiento etiológico efectivo. Teniendo en cuenta el papel de la formación y propagación de agregados proteicos en su patogenia, las investigaciones actuales están dirigidas a prevenir la formación y propagación de agregados o a favorecer su degradación. De cualquier forma, como se comentó más arriba, en la práctica diaria el tratamiento farmacológico sigue siendo sintomático.

### 1.4 Demencia y Enfermedad de Alzheimer

Aunque por su relevancia clínica, la enfermedad de Alzheimer constituye el paradigma de las enfermedades neurodegenerativas y demenciantes, hemos de tener en cuenta que la demencia es un concepto clínico que no solo es consecuencia del proceso neurodegenerativo, bien sea primariamente demenciante (corticales) o secundariamente demenciante (subcorticales evolucionadas), sino que puede presentarse en el contexto de otros trastornos intra- o extra-cerebrales. Por tanto, podemos clasificarlas de la siguiente forma:

- *Primarias o sin causa conocida*: corresponde a las END propiamente dichas, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, demencia con cuerpos de Lewy, etc.
- *Secundarias* a otros procesos intra- o extra-cerebrales, de causa conocida y tratable en la mayoría de los casos. Por tanto, a diferencia de las neurodegenerativas, son reversibles si el tratamiento de la enfermedad de base se inicia a tiempo.

Entre las de origen intracraneal destacan las vasculares, secundarias a tumores y metástasis cerebrales y las debidas a hidrocefalia. Entre las de origen extracerebral destacan las endocrino-metabólicas (hipoglucemia crónica, hiper- e hipotiroidismo, encefalopatía hepática y urémica, etc.), las carenciales (déficit de ácido fólico, vitamina B12, etc.), las tóxicas (alcohólica, intoxicación por plomo o arsénico, etc.), las infecciosas (SIDA o lues) y las traumáticas (demencia

pugilística). Con la excepción de las demencias vasculares, las demencias secundarias son relativamente infrecuentes.

Debemos saber que, aunque las demencias vasculares no son demencias neurodegenerativas, en muchas clasificaciones tampoco se incluyen dentro de las secundarias. Por su relevancia epidemiológica, su mal pronóstico y la diversidad del tipo de lesiones y enfermedades vasculares que la causan, se consideran un grupo independiente. En cuanto a su incidencia, ocupan el segundo lugar después de la enfermedad de Alzheimer. Por las características de las lesiones causantes, diferenciamos la demencia multiinfarto, por enfermedad de pequeños vasos, por infarto estratégico (talámico, circunvolución angular, etc.), estado lacunar, etc.

El inicio de la demencia, debida a enfermedad de Alzheimer u otro tipo de trastorno demenciante, es generalmente difícil de detectar. El deterioro cognitivo leve que caracteriza los estadios precoces de la enfermedad suele pasar desapercibido a los familiares o achacarse al deterioro típico de la edad.<sup>4</sup> Aunque los tratamientos actualmente disponibles no consiguen detener el curso de la enfermedad, es importante establecer un diagnóstico lo más precoz posible, ya que las medidas terapéuticas a través de equipos multidisciplinares en los que participan médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y enfermeros consiguen retrasar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

#### 1.5 Escala de Deterioro Global resumida – Reisberg et al. (2010)

Con el fin de establecer la progresión y los estadios de la enfermedad, desde principios del siglo XIX varias publicaciones científicas han identificado diferentes estadios de la demencia degenerativa primaria. Desde 1980 el “American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistic Manual of Medical Disorders” (DMS-II) identifica tres estadios, pero en la actualidad las publicaciones más consultadas y seguidas para diferenciar las etapas son “Clinical Demencia Rating” la cual distingue 5 estadios y la “Global Deterioration Scale” que conforma 7 estadios descritos brevemente a continuación:

- **Primer estadio o Ausencia de alteración cognitiva:** el paciente no presenta dificultades objetivas o subjetivas en las actividades de la vida diaria, ni es consciente de sufrir daño cognitivo.

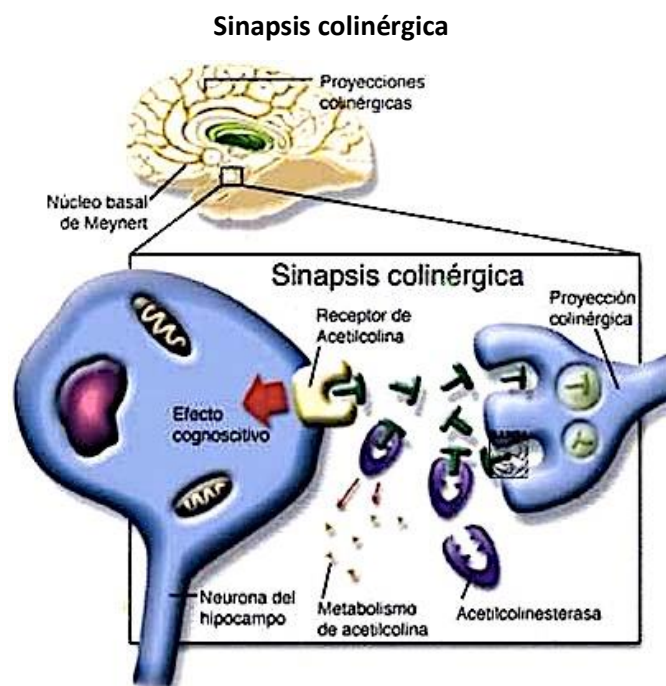
- **Segundo estadio o defecto cognitivo muy leve:** el paciente presenta leves pérdidas cognitivas siendo consciente de ello, e identificadas por quejas y despistes, asociadas y justificadas por el proceso de envejecimiento. El valor diagnóstico del déficit cognitivo subjetivo, es decir, el reconocimiento de estos despistes (confundir nombres de personas u objetos) ha sido cuestionado recientemente. <sup>5</sup>
  
- **Tercer estadio o defecto cognitivo leve:** el paciente manifiesta los primeros defectos claros, haciéndose evidente con el entorno familiar y laboral. Entre las manifestaciones más comunes: haberse perdido en un lugar no familiar, disminución de capacidad organizativa, escasa capacidad de retención tras una lectura, y la más importante, poder tener una evidencia objetiva de esos defectos en una entrevista detallada.
  
- **Cuarto estadio o defecto cognitivo moderado:** el paciente manifiesta capacidad disminuida para realizar tareas complejas detectable fácilmente con una entrevista diagnóstica. En ésta se identifican defectos claramente definidos: dificultad para recordar momentos recientes de la historia personal, falta de reconocimiento de caras y personas familiares, cambios de humor en todo tipo de situaciones sociales y predominancia de la negación como mecanismo de defensa.
  
- **Quinto estadio o defecto cognitivo moderadamente grave:** el paciente necesita de asistencia personal debido a frecuentes lagunas de memoria que originan desorientación en tiempo y espacio. Incapaz de recordar datos importantes de la vida cotidiana: a excepción de recordar su nombre o el de su esposa e hijos, el resto de familiares no son recordados.
  
- **Sexto estadio o defecto cognitivo grave:** el paciente retiene algunos datos del pasado, pero la desorientación en espacio y tiempo es permanente, necesita ayuda en la mayoría de las actividades de la vida diaria, sufren alteraciones del sueño, cambios de personalidad y afectividad. Pueden llegar a desarrollar incontinencia urinaria y fecal.
  
- **Séptimo estadio o defecto cognitivo muy grave:** el paciente solo retiene ciertas palabras y frases por la pérdida progresiva de las capacidades verbales y motoras, con dificultad para articularlas. Se observan signos neurológicos, llegando al punto de que el paciente es incapaz de responder al entorno que le rodea y pierde el control de las respuestas motoras. El riesgo de disfagia y deterioro de la movilidad son determinantes en los últimos momentos de la enfermedad.

## 1.6 Tratamiento

### 1.6.1 *Tratamiento farmacológico*

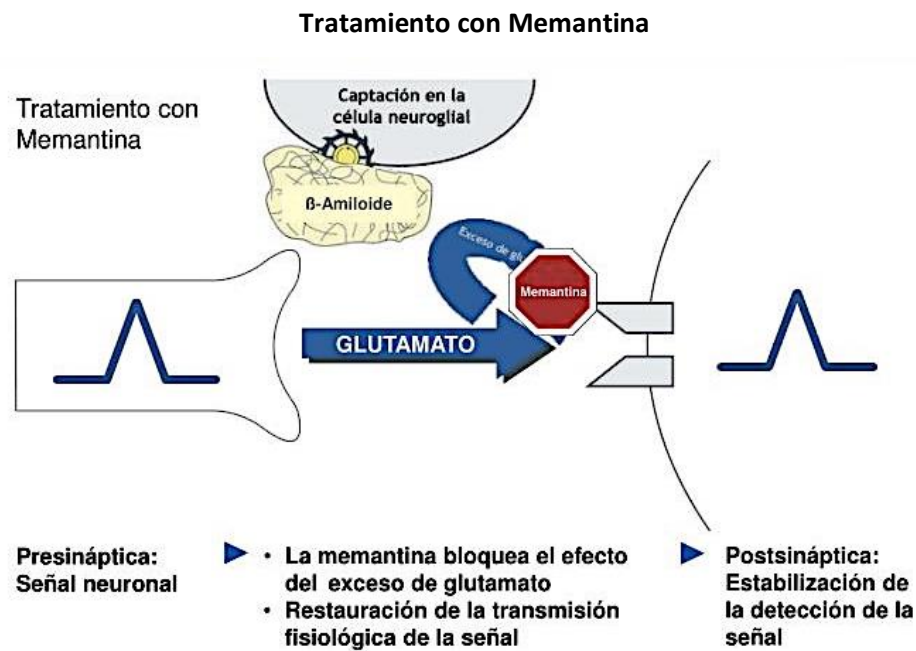
Como se comentó más arriba, las enfermedades neurodegenerativas, y entre ellas la enfermedad de Alzheimer, no tienen actualmente tratamiento que modifique el curso de la enfermedad. Sin embargo, algunos compuestos pueden aliviar los síntomas, enlenteciendo el deterioro cognitivo y mejorando la calidad de vida de los pacientes temporalmente. Se han utilizado inhibidores de la acetilcolinesterasa y antagonistas de los receptores N-metil -D-aspartato del glutamato.

- **Inhibidores de la acetilcolinesterasa:** Su utilización se basa en la teoría colinérgica de la enfermedad. La observación de degeneración del núcleo basal de Meynert con pérdida de la inervación colinérgica de amplias regiones corticales en autopsias de pacientes con Alzheimer condujo a la idea de que la pérdida de acetilcolina era el origen de la enfermedad. La enzima acetilcolinesterasa es la responsable de la degradación de acetilcolina, por lo que los inhibidores de esta enzima pueden conseguir una reparación bioquímica parcial, deteniendo temporalmente la progresión de los síntomas. En las fases leves y moderadas se han utilizado tres compuestos, *donepezilo*, *rivastigmina* y *galantamina*, aunque los resultados son dispares.



Fuente: <https://afalu.wordpress.com/2015/03/12/complicando-el-vocabulario-inhibidores-de-la-acetilcolinesterasa/>

- **Antagonistas de los receptores N-metil -D-aspartato del glutamato:** existen evidencias de que el efecto neurotóxico del glutamato participa en la patogenia de la enfermedad de Alzheimer. El glutamato es un neurotransmisor excitatorio que actúa a través de diferentes tipos de receptores. Los receptores N-metil -aspartato (NMDA) facilitan la entrada de calcio en la célula activando enzimas citotóxicas. *Memantina* es un antagonista de receptores NMDA que se ha usado también con resultados discutibles en fase moderada y grave de esta enfermedad.<sup>6</sup>



Fuente: <https://www.slideserve.com/starbuck/propiedades-de-la-memantina-y-mecanismo-de-acci-n>

### 1.6.2 Tratamiento no farmacológico

A pesar de las limitaciones farmacológicas, existen otras medidas importantes en el manejo de estos enfermos, la prevención de factores de riesgo y el diagnóstico precoz. Entre los factores de riesgo, tanto para la enfermedad de Alzheimer como para las demencias vasculares, se encuentra el consumo de tabaco, hipercolesterolemia, alcoholismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dieta sin antioxidantes, déficit de vitamina B12 y de folatos, obesidad y sedentarismo. El diagnóstico precoz permite la actuación de equipos multidisciplinares en los primeros estadios de la enfermedad para evitar el deterioro cognitivo en la medida de lo posible.

Desde el punto general y dependiendo de la fase de la enfermedad, la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer recomienda intentar mantener la comunicación y la relación con el entorno, evitar lesiones y accidentes domésticos, mantener la independencia, seguridad y autoestima, ser comprensivos y tolerantes (aceptar los comportamientos de la personas sin reñirlo y avergonzarlo), evitar conflictos o discusiones que puedan causar estrés, respetar los gustos y las costumbres, ser receptivos con cualquier intento de comunicación y expresar empatía en emociones y sentimientos, elogiar antes que criticar y conservar el humor (reírse con la persona enferma). Desde el punto de vista psicológico, la intervención terapéutica debe ir dirigida al estímulo de las áreas conservadas y activas, y a retrasar el deterioro de las ya afectadas. Se deben tratar los problemas de conducta, la restructuración del entorno del paciente y el refuerzo del núcleo familiar. Respecto a los cuidados físicos, es importante corregir los defectos auditivos y visuales, mantener buena higiene y el estado nutricional y de hidratación, incorporar ejercicio dentro de la rutina diaria y establecer rutinas que eviten la toma de decisiones frecuentes.

Según la OMS, los objetivos específicos con estos pacientes son:

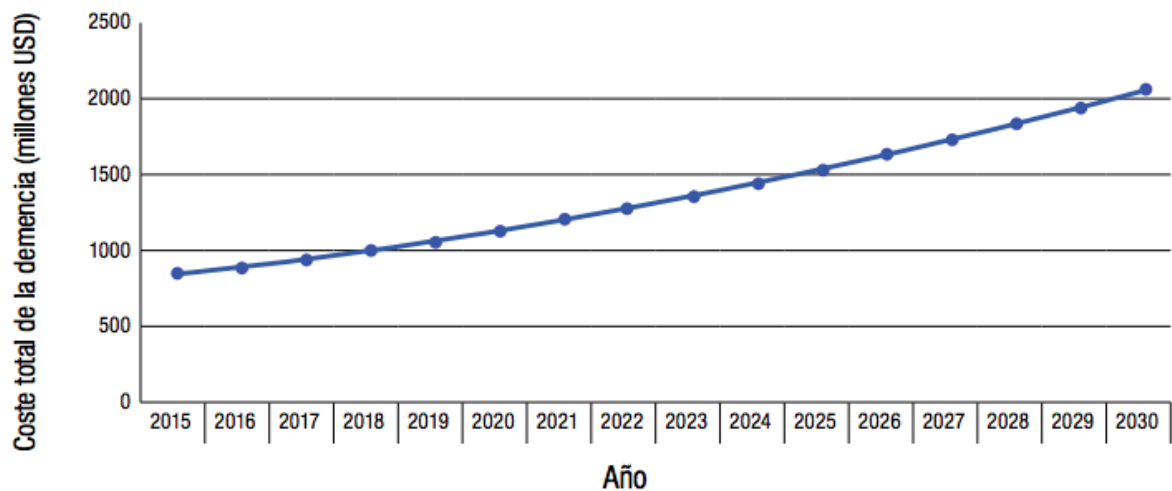
- Diagnosticar precozmente para posibilitar un tratamiento precoz y óptimo
- Optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar
- Identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes
- Detectar y tratar los síntomas conductuales y psicológicos problemáticos
- Proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores

### 1.7 Relevancia socioeconómica

Actualmente existen cerca de 900 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo, y la estimación es que esta cifra aumente conforme pasan los años. En 2060 la población mayor de 60 años europea sobrepasará el 30% del total. Por consiguiente, las enfermedades asociadas al envejecimiento aumentarán, y los procesos que las complican también, incluyendo las END. Las estimaciones de prevalencia de demencia en estas personas oscilan ahora entre 4,7% en Centroeuropa y el 8,7% en el Norte de África/Oriente Medio, esta diferencia se debe a que los países de Centroeuropa están más desarrollados y actualmente ya existe una gran mayoría de personas mayores por lo que el porcentaje de prevalencia podrá aumentar, pero cada vez en menor medida. En cambio, los países subdesarrollados, al tener una media de esperanza de vida menor, tendrán más tiempo y mayor prevalencia por tener una población con porcentajes más bajos comparados con los desarrollados.<sup>7</sup>

Según datos del Informe Mundial sobre el Alzheimer e impacto global de la demencia del año 2015 (respaldado por la Federación Internacional de asociaciones de Alzheimer de todo el mundo en relación oficial con la OMS y King's College de Londres)<sup>7</sup>, se estima que el número actual se duplique cada 20 años, alcanzando los 74,7 millones en el 2030 y los 131,5 millones en el 2050. Este mismo informe estima los costes socio-económicos de la demencia a nivel mundial por región (cálculo del coste por persona multiplicado por el número estimado de casos existentes en casa país). En estos cálculos se incluyen tanto costes derivados de gastos médicos como sociales (bajas laborales del paciente, gastos del cuidador familiar o no, adaptación de domicilio familiar, etc.). A nivel mundial se estima un coste total entre el año 2010 y 2015 en 818000 millones de USD y en Europa entre 14 y 15 mil millones de USD.

### Previsión del coste total de la demencia 2015-2030



Fuente: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>

En España, la cifra de personas afectadas es de aproximadamente 1.200.000, cifra que se aproxima a los 5.000.000 si contamos con las personas dependientes de los enfermos.<sup>8</sup> Estos datos demuestran, en conclusión, que estamos ante un problema sanitario, social y económico de gran magnitud, así lo afirmaba la Dra. Margaret Chan, directora general de la OMS (Ginebra, 15 de marzo de 2015):

*“No puedo imaginar otra enfermedad con un efecto más profundo sobre la pérdida de funciones, pérdida de independencia y necesidad de asistencia. No puedo imaginar otra enfermedad más temida por aquellos que desean envejecer dulcemente y con dignidad. No puedo imaginar otra enfermedad que imponga una carga más pesada a las familias, las comunidades y las sociedades. No puedo imaginar otra enfermedad en la que la innovación sean más necesaria para encontrar una cura”*



## 2. JUSTIFICACIÓN

### 4.1 Enfermería en el cuidado de la demencia

Como comentamos anteriormente, nos encontramos ante una enfermedad que involucra a familiares-cuidadores y un equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales sanitarios. Las intervenciones de uno u otro variarán según el momento de la enfermedad en la que se encuentre el paciente, pero asumimos que deben aplicarse desde el primer momento, a ser posible desde las primeras fases de la enfermedad. La CEAFA establece unas necesidades generales<sup>10</sup> resumidas en los siguientes puntos:

- Necesidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad
- Necesidad de información y asesoramiento sobre la enfermedad al paciente y/o familia
- Necesidad de asistencia sanitaria, psicológica y social de calidad a la persona afectada
- Necesidad de apoyo psicológico para la familia
- Necesidad de comprensión y solidaridad por parte de la comunidad en la que viven y de la sociedad en general

Nuestro objetivo es proporcionar una atención integral a cada paciente, y para ello se necesita un equipo multidisciplinar de profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares, cuidadores, fisioterapeutas y enfermeros, que hagan el seguimiento de la enfermedad y lleven a cabo actividades preventivas, diagnósticas y paliativas hacia el paciente, y de apoyo y comprensión hacia sus familiares.

La labor del profesional de enfermería, por su proximidad a la actividad cotidiana de pacientes y cuidadores, tanto en el entorno domiciliario como en el centro de salud y en el hospital en caso de ingresos, es fundamental en la calidad asistencial y el bienestar de los pacientes. Por tanto, el profesional de enfermería debe contar con conocimientos técnicos fundamentales en el desarrollo de sus competencias. Se consideran conocimientos fundamentales los relacionados con la prevención y control de la enfermedad, y el bienestar de los pacientes. Aparte de la experiencia propia, los programas de formación continuada tienen un papel fundamental en este objetivo. Una herramienta fundamental que los profesionales de Enfermería tienen a su disposición, y que la mayoría de órganos sanitarios utilizan, son los Planes de Cuidados Individualizados de Enfermería. Éstos emplean un lenguaje estandarizado, la taxonomía NANDA (Nursing American North Diagnosis Association), utilizada para la denominación de diagnósticos

de Enfermería relacionados con el cuidado y los factores de riesgo; la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), para determinar resultados esperados en salud, y la taxonomía NIC (Nursing Intervention Classification), para identificar las Intervenciones de Enfermería necesarias en la mejoría de los pacientes<sup>9</sup>. (Ver ANEXO 1) Nosotros partiremos de la taxonomía NANDA para la evaluación de conocimientos en dos ámbitos:

#### 4.2 Unidades de atención primaria

La participación (corresponsabilidad) del profesional de enfermería en estas unidades es doble, por un lado, en los cuidados ambulatorios del paciente en cualquier etapa de su enfermedad, y por otro, en la prevención y el diagnóstico de estas enfermedades. El Servicio Canario de Salud elaboró un Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Su objetivo es facilitar y unificar protocolos de actuación de profesionales de la salud: *“Se requerirá un enfoque holístico de los problemas de salud. Manejo avanzado de la metodología y taxonomía de lenguaje enfermero”* para poder llevar a cabo la gestión de nuestro paciente (Orden SAS/1729/2002)<sup>10</sup>

En el año 2002 se incorpora a la cartera de servicios de atención primaria el denominado “Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria” cuyo objetivo es mejorar la atención domiciliaria que se presta desde los Equipos de Atención Primaria. Este servicio cuenta con la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), que hace una valoración integral del paciente domiciliario y de su cuidador/a principal, enfocada fundamentalmente a detectar los problemas de salud y gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con los otros profesionales de la zona.<sup>11</sup>

El Gobierno de Canarias, en su Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria, expone unos objetivos generales:

1. Prolongar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores para conseguir una vejez saludable
2. Aumentar la expectativa de vida libre de enfermedad e incapacidad.
3. Favorecer la permanencia en su domicilio y/o entorno, con la mejor calidad posible.<sup>12</sup>

#### 4.3 Unidades de atención hospitalaria

Los cuidados de un paciente con EN que ingresa en estas unidades son diferentes. El motivo del ingreso puede ser un agravamiento de su EN o de enfermedades concomitantes, generalmente agravadas por la propia EN (infecciones, deshidratación, trastornos metabólicos, etc.). El paciente puede ser ingresado en una planta especializada en enfermedades neurológicas, en la que el personal tiene amplia experiencia en el cuidado de estos pacientes, o en otra planta en la que el personal no está formado especialmente en este tipo de cuidados. Los objetivos y actuación del personal de enfermería dependerán de estos condicionantes, del estado evolutivo de la propia EN y del estado general del paciente.<sup>13</sup>

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivos e hipótesis

##### 1. *Objetivo general:*

Determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros y enfermeras del área hospitalaria y extrahospitalaria acerca de los cuidados de pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

##### 5.1.2 *Objetivo específico:*

- Investigar en qué patrones de la NANDA existe más déficit de conocimientos sobre diagnóstico y cuidado de las END.
- Determinar los diagnósticos, objetivos e intervenciones que conocen y en consecuencia cuales aplican en la práctica diaria.
- Investigar si el nivel de conocimiento depende del área de trabajo y los años de experiencia.

## 4. METODOLOGÍA

### 6.1 Material y método

- Diseño de la investigación: el estudio de este proyecto será observacional, descriptivo, y transversal.
- Población diana y muestra: La población de estudio ha sido profesional de enfermería del área hospitalaria y extrahospitalaria del área norte de Tenerife, y la muestra ha sido de 63 enfermeros, 30 del área hospitalaria y 33 del área extrahospitalaria.
- Criterios de inclusión y exclusión
  - Criterios de inclusión
    - Profesionales de enfermería
    - Trabajar actualmente en un área hospitalario o extrahospitalaria
    - Trabajar con pacientes adultos
  - Criterios de exclusión
    - Profesionales de enfermería que no trabajen directamente en cuidados de pacientes adultos.
    - Profesionales que no estén ejerciendo su profesión en la actualidad.
    - Profesionales de área hospitalaria especializada en enfermedades neurológicas.
- Variables del estudio: para tipificar la muestra hemos utilizado las siguientes variables:
  - *Área de trabajo*: variable cualitativa con respuesta dicotómica (área hospitalaria / área extrahospitalaria)
  - *Años de experiencia profesional*: variable cuantitativa que se expresará en intervalos de años, cuyas opciones serán: ≤ 5 años, 5-10 años, >10 años.
  - *Nivel de conocimientos según los patrones funcionales de Marjory Gordon (vide infra)*.
- Instrumentos para la recogida de datos: para la recogida de datos se desarrolló un test de conocimiento de elaboración propia y posteriormente al planteamiento completo del estudio. Se revisó exhaustivamente la construcción de los enunciados, los términos utilizados y que siguiera las bases de la NANDA, para obtener la mayor fiabilidad posible.

- Método de recogida de datos: se entregó el cuestionario anonimizado a todos aquellos enfermeros conformes con la participación y sus condiciones. El tiempo para que se rellene no está estimado ya que este dependerá de la disponibilidad de cada enfermero según la carga de trabajo y la demanda de cada servicio. (ver ANEXO 2)

- **Patrones funcionales según Marjory Gordon:**

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud,
- Patrón 2: Nutricional metabólico
- Patrón 4: Actividad - ejercicio
- Patrón 6: Cognitivo - perceptivo
- Patrón 8: Rol - relaciones.

## 6.2 Cronograma

Actividades   N° de semanas	Año		2018																									
	2017				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO							
	DICIEMBRE																											
Mes	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Planteamiento y creación del cuestionario																												
Recogida de datos																												
Análisis estadísticos de los datos																												
Desarrollo del informe																												
Desarrollo de conclusiones																												

## 6.3 Consideraciones éticas

La participación de cada enfermero es voluntaria, y para todos se han aplicado los mismos pasos para poner en conocimiento las normas y el propósito de este proyecto de investigación: se explica brevemente el objetivo final del cuestionario ya que cada cuestionario tiene una introducción escrita que lo detalla. Los datos que tienen que aportar serán las variables explicadas anteriormente (área de trabajo y años de experiencia) garantizando que se conservará el anonimato del participante en el estudio y los datos serán meramente utilizados para éste.

#### 6.4 Análisis estadístico

Utilizamos el programa SPSS versión 24.0. El análisis se hizo con el estadístico Chi-cuadrado para la comparación de variables categóricas y la prueba de T-Student considerando estadísticamente significativa la relación con un 95% de confianza ( $p < 0.05$ ). Queremos expresar nuestro agradecimiento al *Dr. Enrique González Dávila* del Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación por su asesoramiento en esta parte del trabajo.

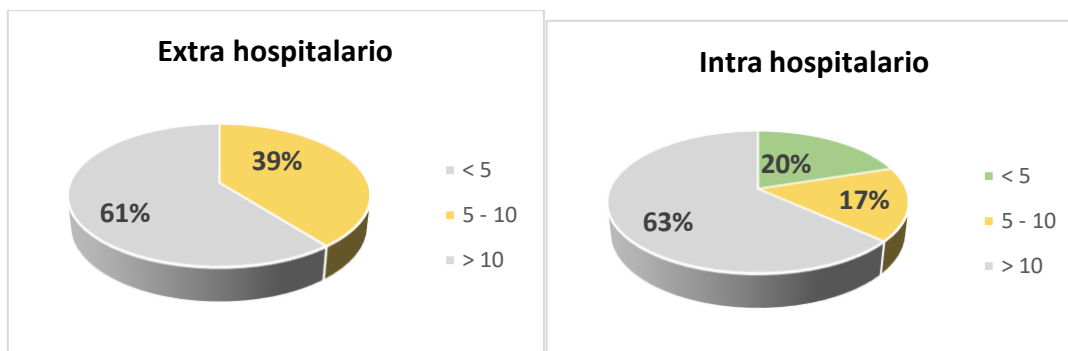
### 5. RESULTADOS y DISCUSIÓN

- *Análisis de la muestra: "intrahospitalario v.s. extrahospitalaria"*

Como observamos en la tabla 1, en el grupo "extrahospitalario" no se reclutó ningún individuo con experiencia < 5 años. Esto es posiblemente debido a que, tras varios años de actividad intrahospitalarias, la mayoría de profesionales con más experiencia optan por centros de salud, con horarios más cómodos, turnos con menos carga de trabajo y proximidad al domicilio.

ÁREA DE TRABAJO		AÑOS DE EXPERIENCIA			Total
		< 5	5 - 10	> 10	
Extrahospitalaria	Recuento	0	13	20	33
	Porcentaje	0%	39,39%	60,60%	100%
Intrahospitalaria	Recuento	6	5	19	30
	Porcentaje	20%	16,6%	63,3%	100%
Total	Recuento	6	18	39	63
	Porcentaje	9,52%	28,57%	61,90%	100%

→ Tabla 1. Recuento de datos y porcentajes del número total de participantes según años de experiencia en medio extrahospitalario e intrahospitalario.



→ Gráfico 1. Número total de participantes según años de experiencia en medio extrahospitalario (izquierda) e intrahospitalario (derecha).

- **Análisis global del cuestionario y de la dificultad de las preguntas consideradas individualmente**

El análisis global de los resultados del cuestionario muestra un promedio de errores es 2,6 en las 20 preguntas realizadas (calificación 8,7/10) sin diferencias significativas entre los encuestados considerados globalmente. Lo que nos indica que, en general, nuestro personal de enfermería tiene buena formación en el diagnóstico y cuidados enfermeros de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas.

El análisis del número de errores cometidos en cada una de las preguntas (Tablas 2-6; Gráfico 2) no mostró diferencias significativas entre ellas, aunque algunas, como las nº 4, 5, 16 o 20, mostraron mayor tendencia de fallos. No podemos descartar que alguno de estos errores pudiera deberse a dificultades en el planteamiento o la interpretación de las preguntas, y que, con una muestra mayor, la diferencia en alguna de ellas se hubiera hecho significativa.

		Patrón 1			
		1	2	3	4
Errores	Recuento	10	4	13	20
	Porcentaje	16%	6%	21%	32%
Aciertos por pregunta	Recuento	53	59	50	43
	Porcentaje	84%	94%	79%	68%

→ Tabla 2. Recuento de datos y porcentaje de errores en cada pregunta del primer patrón.

		Patrón 2			
		5	6	7	8
Errores	Recuento	18	0	4	14
	Porcentaje	29%	0%	6%	22%
Aciertos por pregunta	Recuento	45	63	59	49
	Porcentaje	71%	100%	94%	78%

→ Tabla 3. Recuento de datos y porcentaje de errores en cada pregunta del segundo patrón.

		Patrón 4			
		9	10	11	12
Errores	Recuento	13	0	5	2
	Porcentaje	21%	0%	8%	3%
Aciertos por pregunta	Recuento	50	63	58	61
	Porcentaje	79%	100%	92%	97%

→ Tabla 4. Recuento de datos y porcentaje de errores en cada pregunta del tercer patrón.

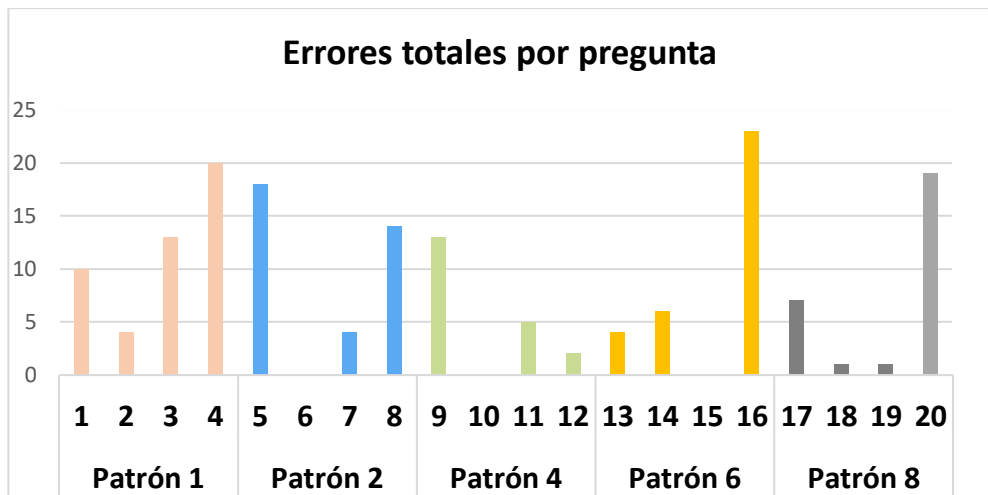
		Patrón 6			
		13	14	15	16
Errores	Recuento	4	6	0	23
	Porcentaje	6%	10%	0%	37%
Aciertos por pregunta	Recuento	59	57	63	40
	Porcentaje	94%	90%	100%	63%

→ Tabla 5. Recuento de datos y porcentaje del número de fallos en cada pregunta del cuarto patrón.

		Patrón 8			
		17	18	19	20
Errores	Recuento	7	1	1	19
	Porcentaje	11%	2%	2%	30%
Aciertos por pregunta	Recuento	56	62	62	44
	Porcentaje	89%	98%	98%	70%

→ Tabla 6. Recuento de datos y porcentaje errores en cada pregunta del quinto patrón.





→ Gráfico 2. Número total de errores por cada pregunta del test de conocimiento dividido por los patrones.

- **Análisis comparativo de errores según el área de trabajo y la experiencia**

En tercer lugar, analizaremos el número de errores cometidos en cada pregunta según el área y los años de experiencia de los participantes. Como observamos en las tablas 7 y 8, el hecho de trabajar en el medio intrahospitalario o extrahospitalario y los años de experiencia no influyeron significativamente en el número de errores cometidos en cada pregunta, ni en el número total errores cometido por cada bloque de participantes (entre el 11% y el 15%). Lo que indica que el nivel de formación en diagnóstico y cuidado enfermero de enfermedades neurodegenerativas, según los criterios NANDA, no depende del entorno en que se desarrolla la actividad ni del hecho de tener una experiencia laboral menor de 5 años, entre 5 y 10 años o más de 10 años.

ÁREA DE TRABAJO				EXPERIENCIA				
				<5	5-10	>10	total	<i>p</i>
P1	EXTRA	Error	Recuento		1	4	5	0,331
			Porcentaje		7,7%	20,0%	15,2%	
	INTRA	Error	Recuento	1	2	2	5	
			Porcentaje	16,7%	40,0%	10,5%	16,7%	
P2	EXTRA	Error	Recuento		1	2	3	0,661
			Porcentaje		7,7%	10,0%	9,1%	
	INTRA	Error	Recuento	1	0	0	1	
			Porcentaje	16,7%	0,0%	0,0%	3,3%	

P3	EXTRA	Error	Recuento		4	3	7	0,256
			Porcentaje		30,8%	15,0%	21,2%	
	INTRA	Error	Recuento	2	1	3	6	
			Porcentaje	33,3%	20,0%	15,8%	20,0%	

P4	EXTRA	Error	Recuento		6	6	12	0,282
			Porcentaje		46,2%	30,0%	36,4%	
	INTRA	Error	Recuento	1	3	4	8	
			Porcentaje	16,7%	60,0%	21,1%	26,7%	

P5	EXTRA	Error	Recuento		2	6	8	0,299
			Porcentaje		15,4%	30,0%	24,2%	
	INTRA	Error	Recuento	2	3	5	10	
			Porcentaje	33,3%	60,0%	26,3%	33,3%	

P6	EXTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
	INTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					

P7	EXTRA	Error	Recuento		2	0	2	0,148
			Porcentaje		15,4%	0,0%	6,1%	
	INTRA	Error	Recuento	0	0	2	2	
			Porcentaje	0,0%	0,0%	10,5%	6,7%	

P8	EXTRA	Error	Recuento		2	3	5	0,669
			Porcentaje		15,4%	15,0%	15,2%	
	INTRA	Error	Recuento	3	4	2	9	
			Porcentaje	50,0%	80,0%	10,5%	30,0%	

P9	EXTRA	Error	Recuento		4	5	9	0,509
			Porcentaje		30,8%	25,0%	27,3%	
	INTRA	Error	Recuento	0	1	3	4	
			Porcentaje	0,0%	20,0%	15,8%	13,3%	

P10	EXTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
	INTRA	Error	Recuento					

			Porcentaje					
P11	EXTRA	Error	Recuento		2	2	4	0,519
			Porcentaje		15,4%	10,0%	12,1%	
	INTRA	Error	Recuento	0	1	0	1	
			Porcentaje	0,0%	20,0%	0,0%	3,3%	
P12	EXTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
	INTRA	Error	Recuento	0	0	2	2	
			Porcentaje	0,0%	0,0%	10,5%	6,7%	

P13	EXTRA	Error	Recuento		2	2	4	0,519
			Porcentaje		15,4%	10,0%	12,1%	
	INTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
P14	EXTRA	Error	Recuento		1	3	4	0,481
			Porcentaje		7,7%	15,0%	12,1%	
	INTRA	Error	Recuento	1	1	0	2	
			Porcentaje	16,7%	20,0%	0,0%	6,7%	
P15	EXTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
	INTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
P16	EXTRA	Error	Recuento		4	11	15	0,157
			Porcentaje		30,8%	55,0%	45,5%	
	INTRA	Error	Recuento	2	0	6	8	
			Porcentaje	33,3%	0,0%	31,6%	26,7%	

P17	EXTRA	Error	Recuento		3	2	5	0,295
			Porcentaje		23,1%	10,0%	15,2%	
	INTRA	Error	Recuento	1	0	1	2	
			Porcentaje	16,7%	0,0%	5,3%	6,7%	
P18	EXTRA	Error	Recuento		1	0	1	0,394
			Porcentaje		7,7%	0,0%	3,0%	

	INTRA	Error	Recuento					
			Porcentaje					
P19	EXTRA	Error	Recuento					0,081
			Porcentaje					
	INTRA	Error	Recuento	1	0	0	1	
			Porcentaje	16,7%	0,0%	0,0%	3,3%	
P20	EXTRA	Error	Recuento		2	9	11	0,081
			Porcentaje		15,4%	45,0%	33,3%	
	INTRA	Error	Recuento	2	1	5	8	
			Porcentaje	33,3%	20,0%	26,3%	26,7%	

→ Tabla 7: Análisis del número de errores cometidos en el medio intrahospitalario y extrahospitalario

ERRORES		AÑOS DE EXPERIENCIA			ÁREA DE TRABAJO	
		< 5	5 - 10	> 10	EH	IH
TOTALES	Recuento	17	54	93	95	69
	Porcentaje	14,1%	15%	11,92%	14,39%	11,5%

→ Tabla 8: Recuento total de errores según años de experiencia y entorno de trabajo. EH, extrahospitalario; IH, intrahospitalario.

- **Análisis de errores por patrones funcionales de Marjory Gordon**

Por último, se analizó el número total de errores cometidos por los encuestados en bloques de preguntas agrupadas de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon. Como se puede ver en la Tabla 9, el número de errores en 3 de los 5 patrones, 2 (Nutrición y metabolismo), 6 (Cognitivo-perceptivo) y 8 (rol-relaciones) fue muy similar, entre el 17% y el 22%. Sin embargo, en el patrón 1 (Percepción-control de la salud) el número de errores fue un poco mayor (cerca de 29%) y en el patrón 4 (Actividad-ejercicio), un poco más bajo (12%). El análisis de datos mostró diferencias significativas ( $p=0.03$ ) en el número de errores entre estos dos patrones. Lo que indica que los conocimientos sobre diagnóstico e intervención enfermera sobre enfermedades neurodegenerativas son significativamente mejores en el patrón de actividad y ejercicio que en el percepción y control de la salud.

	Patrón 1	Patrón 2	Patrón 4	Patrón 6	Patrón 8
Número total de errores	47	36	20	33	28
Porcentaje	28,65%	21,95%	12,19%	20,12%	17,07%
<i>p</i>	Entre los patrones 1 y 4 es de 0.03				

→ Tabla 9: Análisis de errores por patrones funcionales de Marjory Gordon.

En resumen, podemos decir que los profesionales que se han sometido a este test de conocimiento demuestran tener una formación notable-sobresaliente en diferentes aspectos del diagnóstico e intervención enfermera de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, que esta experiencia se adquiere durante los años de formación de grado y primeros del ejercicio profesional, sin diferencias entre los que ejercen su actividad en el medio intrahospitalario o extrahospitalario. Analizadas individualmente, ninguna de las preguntas incluidas en este cuestionario no mostraron de forma significativa mayor dificultad que las demás, aunque si se observó una mayor tendencia al error de algunas de ellas. Sin embargo, el análisis de preguntas agrupadas por 5 patrones funcionales diferentes, si mostró una mayor deficiencia en las respuestas de las relacionadas con “percepción-control de la salud” que con las relacionadas con “actividad y ejercicio”.

Las limitaciones del estudio vienen dadas por: 1. la propia restricción de los aspectos contemplados en los patrones funcionales en que se basa la encuesta, 2. el relativamente bajo número de preguntas del cuestionario, y 3. el número de participantes, que hace que lo consideremos más bien “un estudio piloto”. Sin embargo, aunque clasificadas según NANDA (diagnósticos), las preguntas incluidas en el cuestionario están dirigidas a la intervención. Por otro lado, un cuestionario de 20 preguntas, que puede responderse en unos minutos, es más fácilmente aceptado por el personal de enfermería, generalmente agobiado con su actividad asistencial, que un cuestionario más amplio. La utilización de este tipo de cuestionarios, aplicado a un número más amplio de profesionales, nos puede dar una información valiosa sobre el nivel de conocimientos y de deficiencias en campos específicos que pueden corregirse, sin costes elevados, con la formación continuada.

## 6. CONCLUSIONES

1. Los profesionales de enfermería tienen un nivel alto de formación en diagnóstico e intervención enfermera sobre cuidados en pacientes con enfermedades neurodegenerativas.
2. La formación en cuidados de pacientes con enfermedades neurodegenerativas se adquiere durante la formación de grado y primeros años del ejercicio profesional.
3. No existen diferencias en conocimientos enfermeros sobre enfermedades neurodegenerativas entre los profesionales que desarrollan su actividad en el medio hospitalario y extrahospitalario.
4. El análisis de errores por preguntas agrupadas según los patrones funcionales de Marjory Gordon reveló que el nivel de conocimiento sobre el patrón "Actividad y ejercicio" es significativamente mejor que sobre "Percepción y manejo de la salud".

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. [Internet]. Washington, D.C: OMS; 2013 [Consultado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256\\_spa.pdf;jsessionid=26F4C6C4A6318EB3E138DCF96ACB2D18?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=26F4C6C4A6318EB3E138DCF96ACB2D18?sequence=1)
2. Organización Mundial de la Salud. [Sede Web]. Demencia: datos y cifras; OMS; 2017 [Consultado 8 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/dementia>
3. Romero Á, Fernández E, López J, Suz J, Cordero J. Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [Consultado 28 de abril de 2018]; 2(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/76http://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2012/fi121k.pdf>
4. Confederación Española de Alzheimer. [Sede Web]. Navarra: CEAFA; 2015. [Consultado en 28 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad-alzheimer>
5. Reisberg B, Jamil IA, Khan S, Monteiro I, Torossian C, Ferris S Et al. Staging. Dementia. En: Mohammed T. Abou-Saleh, Cornelius Katona and Aanand Kumar. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Third Edition. UK: John Wiley & Sons; 2010. 162-169. [Consultado en 11 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.wiley.com/engb/Principles+and+Practice+of+Geriatric+Psychiatry%2C+3rd+Edition-p-9780470747230>
6. Turneu L, Rojas M, Sardans M, Paredes E, Gaona A. Guía de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer. [Internet]. Barcelona: Correo Farmacéutico, 2005. [Consultado en 7 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA\\_ALZHEIMER.pdf](http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ALZHEIMER.pdf)

7. Alzheimer's Disease International. Prince A, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. Informe Mundial sobre el Alzheimer. Las consecuencias de la demencia: análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias [Internet]. Londres: ADI; 2015. [Consultado 3 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>
8. Confederación Española de Alzheimer. Atender a una persona con alzheimer[Sede Web]. Madrid: Obra Social la Caixa; 2018. [Consultado en 28 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2017/02/Atender%20a%20una%20persona%20con%20ALZ.pdf>
9. NNN Consult [Sede web]: Nanda, Noc, Nic. Elsevier; 2018 [Consultado 15 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
10. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. [Internet]. Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. SCS: Dirección General de Programas Asistenciales; 2011. [Consultado en 24 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/92138516-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Portocolo\\_SCCAD.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/92138516-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Portocolo_SCCAD.pdf)
11. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. [Internet]. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. [Consultado en 24 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7730420f-4820-11e1-92c3-9195656fdecf/26797\\_ag%20ALZHEIMER\\_%20baja.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7730420f-4820-11e1-92c3-9195656fdecf/26797_ag%20ALZHEIMER_%20baja.pdf)
12. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. [Internet] 2ª Edición.. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. SCS; 2002. [Consultado en 2 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9e6993c5-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/PROGRAMA\\_PERSONAS\\_MAYORES.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9e6993c5-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/PROGRAMA_PERSONAS_MAYORES.pdf)



13. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. [Internet]. Metodología de Cuidados en la Prevención y Control de la Enfermedad Aterosclerótica. [Consultado en 25 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/783bcb38-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/01\\_Metologia\\_Cuidados\\_I.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/783bcb38-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/01_Metologia_Cuidados_I.pdf)
14. Arroyo C, Díaz M, Domínguez A, Estévez A.D, García B, García C, et al. Atender a una persona con Alzheimer. [Internet]. Madrid: ONA Industria Gráfica; 2008. [Consultado en 16 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/files/2017/02/Atender%20a%20una%20persona%20con%20ALZ.pdf>
15. Repositorio Institucional ULL, Juan Badini B. Cuidados no farmacológicos del paciente con Enfermedad de Alzheimer. [Sede web]. La Laguna: ULL (Grado en Enfermería); 2017 [Consultado 22 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5340>
16. Repositorio Institucional ULL, Sieiro Marrero R, Sosa Álvarez L. La disfagia. Repercusiones y tratamiento en la enfermedad de Alzheimer y Parkinson. [Sede web]. La Laguna: ULL (Grado en Logopedia); 2016 [Consultado 22 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2593>

## 8. ANEXOS

→ ANEXO 1

### NNNConsult



#### Alineados con el mundo profesional

Las taxonomías NANDA, NOC y NIC son utilizadas para la estandarización del lenguaje enfermero y es aplicada de forma constante en la mayoría de centros hospitalarios.

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.

Una herramienta de extraordinaria utilidad para estudiantes y profesionales de enfermería

**NNNConsult**

Home Search

**NANDA** Todos Texto... Buscar

NANDA CÓDIGOS ALFABÉTICO DOMINIOS/CLASES NECESIDADES PATRONES

**NANDA** Por Patrones

+ PATRÓN 1: Percepción-manejo de la salud	28
+ PATRÓN 2: Nutricional-metabólico	40
+ PATRÓN 3: Eliminación	17
+ PATRÓN 4: Actividad-ejercicio	46
+ PATRÓN 5: Sueño-reposo	4
+ PATRÓN 6: Cognitivo-perceptivo	22
+ PATRÓN 7: Auto percepción-autoconcepto	17
+ PATRÓN 8: Rol-relaciones	26
+ PATRÓN 9: Sexualidad-reproducción	7
+ PATRÓN 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés	21
+ PATRÓN 11: Valores-creencias	7

TAXONOMÍAS

- NANDA
- NOC
- NIC
- D. MÉDICOS

Contacto

Ayuda

## TEST DE CONOCIMIENTO

- *ÁREA DE TRABAJO* \_\_\_\_\_
- *AÑOS DE EXPERIENCIA* ≤ 5 AÑOS  5 – 10 AÑOS  ≥ 10 AÑOS

Las enfermedades neurodegenerativas están presentes en gran parte de la población, por ello, debemos conocer su prevención, diagnóstico precoz, y sobretodo cómo tratarlas. En nuestra profesión debemos saber cuidar a pacientes con este tipo de enfermedad de la mejor forma posible, preocuparnos por conocer a las personas que sufren este proceso de salud, además del entorno en el que viven.

El objetivo de este cuestionario es saber el nivel de conocimientos sobre las enfermedades neurodegenerativas del profesional de enfermería del área hospitalaria y extrahospitalaria, desde el punto de vista del diagnóstico y la intervención en estos pacientes. El cuestionario se ha elaborado a partir de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y basado en la NANDA. En cada pregunta sólo una respuesta es correcta.

### PATRÓN 1: Percepción-manejo de la salud

1. **¿Cómo identificamos la necesidad de cuidados enfermeros en un paciente con demencia?**
  - a) Con la valoración neurológica
  - b) Conociendo la edad del paciente y los antecedentes
  - c) Con una valoración integral del paciente
  - d) No se puede identificar
2. **¿Cuál de los siguientes factores aumenta la necesidad de cuidados de enfermería en pacientes con demencia?**
  - a) Obesidad
  - b) Edad avanzada
  - c) Malnutrición
  - d) Todos los anteriores
3. **Indica cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta:**
  - a) Las enfermedades neurodegenerativas no afectan a las emociones
  - b) La Esquizofrenia es una enfermedad neurodegenerativa
  - c) Las enfermedades neurodegenerativas son incurables
  - d) Sólo se tratan con terapias farmacológicas
4. **¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma de alarma en una persona con demencia?**
  - a) Pérdida de memoria
  - b) Problemas con el lenguaje
  - c) Pérdida de la vista
  - d) Alteraciones en la orientación

### PATRÓN 2: Nutricional-metabólico

1. **¿Qué diagnóstico enfermero fundamental tienen este tipo de pacientes?**
  - a) Riesgo de aspiración (00039)

- b) Riesgo de hipotermia (00253)
  - c) Riesgo de deterioro de la función hepática (00178)
  - d) Las respuestas a) y c)
- 2. Como consecuencia de la pérdida de memoria, ¿qué situaciones debemos evitar en estos pacientes?**
- a) Sobrealimentación y/o desnutrición
  - b) Preparación de alimentos de difícil deglución
  - c) Dieta baja en vitaminas
  - d) Todas las respuestas anteriores
- 3. ¿Cuál de los siguientes alimentos desaconsejarías en un paciente con disfagia?**
- a) Manzana
  - b) Frutos secos
  - c) Gelatina
  - d) Yogurt
- 4. ¿Cuál de estas escalas de valoración sirve para evaluar el riesgo de úlcera por presión?**
- a) Escala de Norton
  - b) Escala de Braden
  - c) Escala de Emina
  - d) Todas son correctas

PATRÓN 4: Actividad-ejercicio

- 1. ¿A qué diagnóstico enfermero corresponde la siguiente definición: “Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas”?**
- a) Intolerancia a la actividad (00092)
  - b) Disminución del gasto cardiaco (00029)
  - c) Riesgo de síndrome de desuso (00040)
  - d) Afrontamiento ineficaz (00069)
- 2. ¿Qué propiciaría en este tipo de pacientes el deterioro de la ambulación?**
- a) Deterioro de la visión
  - b) Deterioro muscular
  - c) Temor a las caídas
  - d) Todas las respuestas anteriores
- 3. ¿Cuál de los siguientes objetos NO son focos de riesgo en la deambulación errática?**
- a) Alfombra
  - b) Televisión
  - c) Escaleras
  - d) Pequeños electrodomésticos y utensilios punzantes
- 4. ¿Qué medidas tomarías para evitar caídas en personas con demencia?**
- a) Utilizar calzado ajustado
  - b) Utilizar medias compresivas
  - c) Utilizar ropa de algodón
  - d) Evitar pavimento de madera

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptivo

1. **¿Cómo medimos el deterioro cognitivo de un paciente?**
  - a) Test de Pfeiffer
  - b) Test de Aldrete
  - c) Escala de Glasgow
  - d) Escala de Ramsay
  
2. **¿Cuál de siguientes signos NO supone un riesgo confusión aguda en pacientes con demencia?**
  - a) Inquietud
  - b) Alucinaciones
  - c) Ideas erróneas
  - d) Náuseas
  
3. **¿A qué afecta la confusión crónica?**
  - a) Personalidad
  - b) Interpretación
  - c) Memoria
  - d) Todas las anteriores
  
4. **¿Cuál de estas intervenciones se considera fundamental ante un sufrimiento moral?**
  - a) Apoyo en la toma de decisiones
  - b) Facilitar el duelo
  - c) Intermediación cultural
  - d) Clarificación de valores

#### PATRÓN 8: Rol-relaciones

1. **¿Cómo afecta la demencia a las relaciones interpersonales?**
  - a) Ocasionalmente
  - b) Frecuentemente
  - c) Nunca en los estadios precoces
  - d) Siempre
  
2. **¿Que 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
  
3. **¿Qué actividades pueden beneficiar a estos pacientes en la interacción con la sociedad?**
  - a) Estimulación psicomotriz
  - b) Musicoterapia
  - c) Intervención asistida con perros
  - d) Todas las respuestas son correctas
  
4. **¿Qué característica NO identificarías en el aislamiento social?**
  - a) Acciones repetitivas
  - b) Contacto visual escaso
  - c) Rigidez muscular
  - d) Inexpresividad

***APORTACIONES Y SUGERENCIAS***

--