

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA




**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDAD DE PARKINSON ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

CARMEN ROSA ARACELY CHÁVEZ GAGO

**Callao, 2018
PERÚ**


DRA. ZOILA DIAZ TAVERA
CEP. 18988-RNE. 1512

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | PRESIDENTA |
| ➤ MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| ➤ MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE | VOCAL |

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 444

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2804-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	33
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.1 Recolección de Datos	35
3.2 Experiencia Profesional	35
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	36
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES	44
VI. RECOMENDACIONES	45
VII. REFERENCIALES	46
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es un trastorno universal, con una tasa cruda de incidencia anual de 4,5 a 19 por cada 100.000 habitantes por año. Dado que es un trastorno crónico con curso prolongado, la prevalencia es mucho más alta que la incidencia

El presente informe de experiencia profesional titulado cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson atendidos en el servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo desde – 2016, tiene como finalidad describir los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson atendidos en el servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo desde 2014 al 2016.

El presente informe consta de VII Capítulos , los cuales se detallan a continuación : El Capítulo I describe del planteamiento del problema , descripción de la situación problemática , objetivos , justificación , el Capítulo II incluye los antecedentes , el marco conceptual y la definición de términos , el Capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional , Capítulo IV resultados ; Capítulo V conclusiones , Capítulo VI las conclusiones y el Capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática.

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad de Parkinson es un trastorno universal, con una tasa cruda de incidencia anual de 4,5 a 19 por cada 100.000 habitantes por año. La amplia variación en las estimaciones de la incidencia probablemente refleje diferencias en la metodología e identificación de los casos así como también en la distribución por edad de las muestras de población. Las tasas ajustadas por edad proporcionan una cifra más realista, que varía entre 9,7 y 13,8 por cada 100.000 habitantes por año. (1)

En Europa según los estudios auspiciados por el grupo de estudio del Europarkinson, la prevalencia de EP en el continente europeo es de 1,43% en las personas que superan los sesenta años de edad, aunque se han hecho estimaciones en estados como España o Reino Unido, que exponen que cerca de ciento veinte mil habitantes se ven afectados por esta enfermedad en sendos países. (2)

En América del Norte la cifra se dispara hasta el millón de pacientes aquejados de EP, estando afectada un 1% de la población que supera los 65 años. (3)

En china, en una encuesta de población llevada a cabo en Shanghai las estimaciones de las tasas crudas de prevalencia varían de 18 por cada 100.000 habitantes. (4)

En la India las tasas ajustadas por edad proporcionan una escala de valores más restringidos, de 72 a 258,8 por cada 100.000 personas. La mayoría de los estudios que informan sobre la prevalencia cruda global (incluyendo hombres y mujeres a lo largo de toda la gama de edad), cae entre 100 y 200 por cada 100.000 personas (5).

En el Perú no hay cifras oficiales, pero se estima que unos 30,000 peruanos sufrirían de Parkinson y cada año se diagnostican entre 2,000 a 3,000 casos nuevos casos. Aunque la cifra no parece muy elevada, sí es importante porque la mayoría de pacientes son personas mayores de 60 años. Además, solo en Lima habría 10,000 personas con este mal. (6)

En la actualidad en el Hospital Nacional Dos de mayo en el Servicio de Medicina Interna Hospitalización Mujeres Sala San Andrés, se han logrado identificar lo siguiente que en el 2014 de un total de 360 adultos mayores mujeres atendidos 06 fueron con Enfermedad de Parkinson; en el 2015 de un total de 380 adultos mayores mujeres atendidos 04 con Enfermedad de Párkinson. En el 2016 se han reportado 392 pacientes adultos mayores mujeres de los cuales 06 fueron con Enfermedad de Parkinson. (7)

Al cumplir mi labor profesional en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el servicio de Medicina Hospitalización San Andrés, observe que muchos pacientes ingresan diagnosticados con otra enfermedad y a su vez tienen ya como patología diagnosticada la enfermedad de Parkinson por historia clínica.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson atendidos en el servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo - 2016.

1.3. Justificación

Justificación Teórica

El presente informe servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se debe tener en los pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson y que se debe ejecutar de acuerdo a los lineamientos institucionales.

Justificación Práctica

El informe pretende motivar la aplicación de los modelos de intervención de Enfermería a pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson en nuestro ejercicio profesional puesto que en el Hospital no se cuenta con protocolos de esta patología, de esta manera

perfeccionaremos los cuidados destinados a dichos pacientes y de esa forma estandarizarlos.

Justificación Social

A nivel social el informe beneficiará a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Internacionales

BALLESTEROS V. Jenifer (España), en el 2011 realizó un estudio titulado **Plan de cuidados para el paciente con Parkinson en tratamiento con L-Dopa intraduodenal**, con el objetivo de actualizar los cuidados del paciente con tratamiento de L-Dopa intraduodenal e identificar los posibles problemas de enfermería que se pueden producir en el manejo de este tratamiento en los pacientes, para así estandarizar los cuidados de enfermería. La metodología utilizada fue la revisión bibliográfica de la bibliografía actual sobre la enfermedad de Parkinson y su tratamiento, utilizando artículos actuales como el de Vázquez y Blanco, publicado en 2006 en la revista SEDENE, y el de Hanse et al para J & C ediciones médicas; concluyendo que la administración de L-dopa intraduodenal se inicia cuando el tratamiento con L-dopa en comprimidos no es efectivo. (8)

ROBLES G. Gloria (España), en el 2011 realizó un estudio titulado **Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero**, con el objetivo de actualizar la labor de Enfermería en esta enfermedad y averiguar si su papel es fundamental. Para lograr dicha finalidad se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las diferentes bases de datos. A partir de los resultados obtenidos, en los que es fundamental que el diagnóstico sea

precoz, se han establecido una serie de conclusiones; el personal de enfermería en un paciente con Enfermedad de Parkinson se encarga de la evaluación, plan terapéutico y seguimiento y sus intervenciones son de vital importancia para poder garantizar la máxima asistencia y cuidado enfermero, así como para mejorar la calidad de vida del paciente. (9)

MORAES C. Débora (Brasil), en el 2013 realizó un estudio titulado **Intervenciones de Enfermería para la rehabilitación en la enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado de términos** con el objetivo de realizar el mapeo cruzado de términos del lenguaje de Enfermería con el Sistema de Clasificación de las Intervenciones de Enfermería en historias clínicas de pacientes con enfermedad de Parkinson en rehabilitación; utilizando la metodología de investigación documental para realización de mapeo cruzado. Muestra probabilística de tipo aleatoria simple, compuesta por 67 historias clínicas de pacientes con enfermedad de Parkinson que participaron del programa de rehabilitación entre marzo de 2009 y abril de 2013. Investigación realizada en tres etapas donde fueron mapeados los términos de Enfermería en lenguaje libre y cruzados con los sistemas de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Los resultados fueron que se identificaron 1077 intervenciones normalizadas que, después del cruzamiento con la taxonomía y el refinamiento hecho por los especialistas, resultaron en 32 intervenciones equivalentes al sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. "Enseñanza: Proceso de la enfermedad", "Contrato con el paciente" y "Facilitación del aprendizaje"

estuvieron presentes en 100% de las historias clínicas. Para éstas, se describieron 40 actividades, representando 13 actividades por cada intervención prescrita; concluyendo que el mapeo cruzado permitió encontrar los términos correspondientes a las Intervenciones en Enfermería utilizados en el día a día de los enfermeros de rehabilitación y compararlos con el sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (10)

Nacionales

NÚÑEZ PERALTA, Carlos Alberto (Perú) en el 2013, realizó la investigación titulada **perfil clínico de la Enfermedad de Parkinson en el servicio de neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren**, con el objetivo de determinar el nivel de la calidad de vida del paciente con cáncer que recibe quimioterapia ambulatoria en el Albergue Padre Robuscini según la escala global de salud, escala funcional y escala de síntomas. La Metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, método no experimental, diseño descriptivo de corte transversal; concluyendo que un porcentaje significativo de pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria tienen una baja calidad en la escala global referido a que los pacientes han presentado síntomas colaterales del tratamiento de quimioterapia y la alteración de la dimensión funcional. En la escala funcional, perciben su calidad de vida baja referido a que la enfermedad y el tratamiento quimioterapéutico afectaron en su vida familiar y sus relaciones personales, siendo influenciados por el distres

psicológico alterando la calidad de vida, presentan dificultad en actividades que requieran esfuerzo físico, como llevar bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. En la dimensión de síntomas presenta una baja calidad de vida referido a que la enfermedad y el traslado les crearon inconvenientes económicos y experimentaron intensos dolores corporales. (11)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Enfermedad de Parkinson

1. Definición

Según Harrison la enfermedad de Parkinson ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas sólo después de la enfermedad de Alzheimer y la frecuencia con que aparece la enfermedad aumenta con el envejecimiento, y con base en los cálculos demográficos de poblaciones se sabe que en los decenios futuros su prevalencia se incrementará impresionantemente. (12)

2. Etiología

Actualmente se desconoce la causa exacta de la enfermedad de Parkinson, pero todo parece indicar que se trata de una combinación de ciertos factores ambientales, genéticos, el daño oxidativo y el proceso normal de envejecimiento, con un probable papel fundamental de la conexión intestino-cerebro. Aunque los estudios epidemiológicos

muestran que uno de los factores de riesgo de mayor preponderancia son los antecedentes familiares, las teorías etiológicas tóxico-ambientales han ido tomando cada vez mayor importancia en desmedro de las teorías genéticas.

Evidencias actuales apoyan la hipótesis de que la enfermedad de Parkinson comienza en el intestino y se propaga a través de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático hasta la sustancia negra y el sistema nervioso central.

Estudios realizados hasta la fecha han encontrado un riesgo superior de desarrollar la enfermedad de Parkinson entre el personal expuesto profesionalmente a ciertos plaguicidas, fundamentalmente insecticidas y herbicidas. Otros factores se han relacionado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Parkinson, tales como el consumo de agua de pozo, la agricultura y la vida rural, si bien no se ha podido determinar si guardan relación con la exposición a los plaguicidas o si se trata de factores de riesgo independientes.

3. Factores asociados

También se ha reconocido por mucho tiempo que una pequeña proporción de los pacientes desarrollan la enfermedad a edad temprana. Los pacientes que presentan la enfermedad antes de los 40 años de edad, generalmente se dice que tienen una Enfermedad de Parkinson de inicio temprano. En este grupo figuran las personas en las que la enfermedad se inicia entre los 21 y los 40 años, de quienes se dice que

tienen una Enfermedad de Parkinson de adultos jóvenes mientras que las personas que presentan la enfermedad antes de los 20 años se dice que tienen parkinsonismo juvenil. Las contribuciones en el campo de la genética han demostrado que una gran proporción de casos de Enfermedad de Parkinson de adultos jóvenes y juvenil son de origen genético, en tanto que la mayoría de los casos restantes se consideran actualmente como esporádicos. También se ha encontrado que algunos de los casos de Enfermedad de Parkinson de inicio tardío tienen un componente genético. Aunque tradicionalmente se ha considerado que la enfermedad de Parkinson afecta a individuos de ambos sexos por igual, los datos recientemente publicados muestran una proporción mayor de hombres afectados por este trastorno, con una razón hombre a mujer de 1,9:1 (13).

a) Intrínsecos

El envejecimiento es el principal factor de riesgo de padecer la enfermedad y su incidencia y prevalencia aumentan exponencialmente más allá de la sexta década, pasando a ser la última de hasta un 2% en mayores de 65 años. Por esta razón es más frecuente en países con mayor esperanza de vida.

Según distintos estudios los hombres tienen mayor riesgo de padecerla que las mujeres, siendo la prevalencia ligeramente mayor y la incidencia considerablemente más grande. Sin embargo otros no encuentran diferencias significativas. No se conoce con certeza la causa de esta

supuesta diferencia de género pero se sugiere que podría estar en relación a un efecto protector de los estrógenos sobre las neuronas dopaminérgicas.

Aparte de la edad, la historia familiar es el mayor predictor de riesgo de padecer Enfermedad de Parkinson. Este hecho se corrobora con el descubrimiento en los últimos años de genes que causan la enfermedad. Sin embargo no hay que obviar la posibilidad de factores ambientales compartidos por parte de las familias.

b) Ambientales

El papel del entorno y sus posibles toxinas en el desarrollo de la Enfermedad de Parkinson ha sido recurrente motivo de estudio. Vivir en una área rural y trabajar en el campo han sido frecuentemente asociados a un mayor riesgo de padecer la enfermedad debido a la exposición de agua de pozo y contacto con pesticidas.

Sin embargo otros estudios han mostrado resultados cuestionables o incluso han asociado el riesgo de Enfermedad de Parkinson a la vida en zonas urbanas. No se ha podido demostrar relación entre otras ocupaciones y la Enfermedad de Parkinson. Algunos estudios caso-control o reportes aislados sugieren la exposición a materiales pesados como factor de riesgo de padecer Parkinson, pero la asociación no es concluyente.

Los estudios que evalúan la dieta como factor de predisposición a sufrir la Enfermedad de Parkinson son en general poco convincentes. Algunos

autores han relacionado el consumo de lácticos con el aumento de riesgo (.Por el contrario la cafeína y el café podrían tener un efecto protector al igual que el consumo de alcohol .Son necesarios más estudios para esclarecer la cuestión pero su diseño es dificultoso.

Existen datos consistentes para considerar el consumo de tabaco factor protector ante la enfermedad. Se desconoce el mecanismo de esta asociación y la hipótesis más aceptada es el posible efecto de la nicotina sobre la oxidación celular o el enzima mono-amino oxidasa .De todos modos no todos los estudios han podido confirmar este efecto y algunos lo restringen a pacientes relativamente jóvenes.

También ha sido descrita la asociación entre trauma cráneo-encefálico y el riesgo de padecer Parkinson en edades avanzadas .Establecer el papel de los factores ambientales en la etiopatogenia de la Enfermedad de Parkinson resulta difícil. Como idea general, lo más probable es que múltiples factores del entorno actúen de forma sinérgica en pacientes genéticamente predispuestos. (14)

4. Mortalidad

Los estudios sobre la mortalidad en la Enfermedad de Parkinson se encuentran limitados por la escasez de precisión de los certificados de defunción, así como por la confusión diagnóstica entre el párkinson idiopático y otros tipos de trastornos neurodegenerativos. Con todo ello, puede establecerse que las tasas de mortalidad por Enfermedad de Parkinson son bajas para cualquier estrato de edad y que la edad de la

muerte de los pacientes ha ido desplazándose hasta edades más avanzadas, por un progresivo aumento de la esperanza de vida. Además, todo parece indicar que el tratamiento con levodopa reduce el riesgo de muerte de los pacientes, especialmente durante los primeros años de la enfermedad. De hecho, y en efecto la mortalidad estandarizada de la Enfermedad de Parkinson se situaba en 2,9 antes de haberse producido la introducción de la levodopa, pues tras la aparición del fármaco la cifra experimentó un colosal descenso que la dejó en 1,3, proporcionándole a los pacientes una esperanza de vida que rozaba la normalidad. Sin embargo, una revisión sistemática del efecto de levodopa en el cambio de la esperanza de vida demostró que la mejora que se había producido a consecuencia del tratamiento farmacológico era menor.

Cuando se sobreviene la muerte en los pacientes aquejados de Enfermedad de Parkinson, esta suele ser debida a una infección intercurrente, generalmente torácica, o a un traumatismo producido en alguna de las caídas ocasionadas por la inestabilidad postural. Cabe destacar, que los pacientes con Enfermedad de Parkinson tienen una menor probabilidad de fallecer a consecuencia de cáncer o de enfermedades cardiovasculares que la población general. (15)

5. Características clínicas

El diagnóstico puede realizarse en aquellos individuos que presenten al menos 2 de 4 signos cardinales:

- Temblor en reposo.

- Hipertonía Muscular (rigidez muscular).
- Bradicinesia (lentitud en los movimientos voluntarios e involuntarios, pero principalmente dificultad para comenzar y terminarlos).
- Pérdida de reflejos posturales.
- Temblor cefálico segmentario.

El temblor en reposo está presente en aproximadamente 85 % de los casos de Enfermedad de Parkinson. La ausencia de expresión facial, disminución del parpadeo y del movimiento de los brazos al caminar completan el cuadro clínico.

Muchos de estos síntomas son comunes en los ancianos y pueden ser causados por otras afecciones. En pacientes con algunos de estos síntomas parkinsonianos, y con ausencia de temblores, presente en el 15% de pacientes con párkinson, pueden sospecharse otras patologías del sistema nervioso, tales como las hidrocefalias. Concretamente, la hidrocefalia normotensiva también aparece en ancianos, deteriora las funciones del sistema nervioso, llevando a la demencia, y se presenta con síntomas parecidos a los del párkinson, sin aparición de temblores. La prueba diagnóstica para confirmar o descartar la hidrocefalia normotensiva es un TAC. (16)

6. Manifestaciones motoras.

- Bradicinesia
- Alteración de la motricidad fina.

- Micrografía (estado en que la letra en manuscrita del paciente cada vez se hace más pequeña e ilegible).
- Hipofonía.
- Sialorrea (producción excesiva de saliva).
- Temblor en reposo de 4 a 6 Hz.No rítmico. No regular.
- Rigidez muscular.
- Signo o Fenómeno de la Rueda dentada.
- Alteración de la postura.
- Inestabilidad postural.

No todos los síntomas aparecen en todos los pacientes y la evolución y progresión de la enfermedad es muy variable según los casos.

El tipo de temblor que aparece en pacientes con enfermedad de Parkinson consiste en una especie de agitación que aparece cuando el paciente está en reposo pero que disminuye cuando el paciente está realizando alguna actividad o durante el sueño.

La pérdida del equilibrio puede hacer que el paciente se caiga y producir lesiones. Esta dificultad y la pérdida de la capacidad de mantener la postura se ven afectadas principalmente en la marcha, al girar y al permanecer de pie. También al intentar levantarse o al inclinarse adelante. Es por eso que se recomienda usar un andador o un bastón.

La bradicinesia o lentitud en los movimientos hace que el paciente tenga que esforzar el doble para realizar sus tareas cotidianas porque se ven afectados, sobre todo, los movimientos de precisión como abrocharse los

botones o escribir. Cuando la enfermedad avanza puede tener dificultades para levantarse de la silla, darse vuelta en la cama y tiene que caminar lentamente. Suele aparecer una congelación durante un breve período de tiempo cuando está caminando.

Como se trata de un trastorno progresivo los síntomas empeoran gradualmente con el tiempo. En general los síntomas se ven agravados por el estrés y las situaciones emocionales que causan ansiedad.

7. Características no motoras

- Depresión y ansiedad.
- Apatía
- Alteraciones cognitivas.
- Trastornos del sueño.
- Alteraciones sensoriales y dolor.
- Anosmia (pérdida o disminución del sentido del olfato).
- Trastornos de la función autonómica.

A veces los pacientes refieren dolor en las piernas por calambres, frío, ardor o sensación de entumecimiento y dolor de cabeza (cefalea) o dolor de cintura (lumbar).

Las dificultades para dormir se deben a la ansiedad, el dolor o la rigidez muscular. Es fundamental que el paciente duerma bien y realice un buen descanso porque el sueño reparador disminuye los efectos sintomáticos parkinsonianos. El cansancio es un estado de agotamiento físico y mental muy común en pacientes parkinsonianos. Puede ser consecuencia de los

medicamentos, de la depresión o del esfuerzo extra necesario para realizar las tareas cotidianas y enfrentar los síntomas de la enfermedad. Esto puede ser mejorado con la medicación adecuada si se identifica cual es la causa que lo provoca.

La depresión puede ser causada por la enfermedad o por una reacción a la misma. Algunos pacientes se deprimen cuando les dan el diagnóstico. Los signos de depresión incluyen alteraciones del sueño, de la memoria, del apetito, del interés en la vida social o sexual, pérdida de energía o motivación para ciertas cosas y un concepto negativo de sí mismo. Al paciente le cuesta aceptar su estado y se enoja por sus limitaciones.

La ansiedad aparece ante cualquier situación estresante, por no poder realizar las tareas cotidianas como el paciente estaba acostumbrado o por tener que hablar en público. La ansiedad puede llegar incluso a provocar mayor inestabilidad, dificultad para respirar y sudoración excesiva. Para evitar que esto suceda son de gran ayuda las técnicas de relajación.

Entre las alteraciones cognitivas suelen aparecer dificultades en la concentración, la memoria, el pensamiento enlentecido, la capacidad para planificar tareas complejas o para realizar varias tareas a la vez.

La contención emocional de las personas que rodean al paciente es fundamental y un componente clave en la atención del parkinsoniano pues le proporciona numerosos beneficios.

La confusión y las alucinaciones que pueden aparecer son efectos secundarios de la medicación parkinsoniana y no de la enfermedad misma. (17)

8. Escenarios de la escala de evaluación de la enfermedad del Parkinson

Hay varias escalas de evaluación que se pueden utilizar como herramientas para entender la progresión de la enfermedad. Los criterios para evaluar la enfermedad de Parkinson corresponden a la severidad de los síntomas del movimiento y al grado de debilitación en las actividades diarias de una persona. Las escalas de evaluación más de uso general se centran en los síntomas del motor. Las escalas de uso general son: Hoehn y Yahr escala en que los síntomas de movimiento se evalúa en severidad en una escala de 1 a 5. En esta escala, dependiendo de las dificultades de una persona para realizar sus actividades, se asigna un puntaje de 1 y 2 (leve a moderado) represente el escenario temprano del cuadro, puntaje de 2 y 3 (moderado a severo) en el cuadro de evolución media y puntaje de 4 y 5 el cuadro avanzado (severo a invalidante).

La Escala de evaluación de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS) es más completa que la escala de Hoehn y de Yahr. Tiene en cuenta dificultades, capacidad de realizar actividades diarias, comportamiento, humor, y complicaciones cognoscitivos del tratamiento junto con síntomas del movimiento. (18)

9. Diagnostico

El diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, que es generalmente clínico, puede llegar a revestir una gran complejidad. Esta dificultad en la diagnosis es corriente que aparezca en los primeros estadios de la enfermedad, cuando los síntomas que el paciente presenta pueden ser atribuidos a otros trastornos. Consecuencia directa de este hecho es la elaboración de diagnósticos erróneos.

Es importante dentro de la semiología de la enfermedad de Parkinson, realizar un exhaustivo interrogatorio para averiguar otras posibles causas que diferencien a la enfermedad de Parkinson con otros posibles síndromes extrapiramidales, ya que de inicio no existe una diferencia clara en el diagnóstico por las características clínicas que son compartidas por otros trastornos del movimiento.

Resulta habitual que los facultativos formulen preguntas al paciente con las que pretenden dilucidar si este consumió alguna clase de estupefaciente o si estuvo expuesto a virus o toxinas medioambientales, para así determinar si un factor específico pudo haber sido la causa de un parkinsonismo. Es objeto de observación la actividad muscular del paciente durante un periodo de tiempo, pues con el avance de la enfermedad los trastornos motores específicos se vuelven más evidentes.

Un indicativo diagnóstico suele ser la prueba terapéutica, que consiste en la aplicación de terapia farmacológica con Levodopa (que es considerado el fármaco de elección en el tratamiento de enfermedad de Parkinson) por

al menos 30 días observando de cerca la evolución del paciente. Se considera prueba Positiva si responde radicalmente al tratamiento con Levodopa y se considera negativa si no existe respuesta en absoluto. La prueba terapéutica con Levodopa suele ser confirmatoria si se sospecha la enfermedad; sin embargo si la prueba resulta negativa el médico tendrá que seguir investigando otras probables causas del trastorno o realizar estudios de mayor profundidad como los marcadores genéticos. (19)

10. Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad de Parkinson consiste en mejorar, o al menos mantener o prolongar la funcionalidad del enfermo durante el mayor tiempo posible. En la actualidad, el tratamiento puede ser de tres tipos (aunque son viables combinaciones): farmacológico, quirúrgico y rehabilitador.

a) Tratamiento farmacológico

Muchos de los síntomas característicos de la enfermedad de Parkinson son debidos a una deficiencia de dopamina en el cerebro, pero el suministro de este neurotransmisor al paciente con el objetivo de reponer las reservas agotadas no resulta eficaz, puesto que la dopamina no puede pasar del torrente sanguíneo al cerebro. Por ello, los fármacos que se emplean en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (fármacos anti-parkinsonianos) usan otras vías para restituir de forma temporal la dopamina en el citado órgano o bien, imitan las acciones de la misma.

Pese al optimismo reinante en un principio, ninguno de los fármacos usados en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson actúa sobre la progresión de la enfermedad. En la actualidad, los fármacos más usados son levodopa y varios agonistas de dopamina, aunque también tienen cierta relevancia otros como la selegilina (inhibidor de la MAO-B), la amantadina (liberador de dopamina) o la benztropina (antagonista del receptor muscarínico de la acetilcolina).

b) Levodopa

La levodopa, un fármaco oral que combina con carbidopa o benseracida, lográndose con esto una reducción en las dosis necesarias y un amortiguamiento de los efectos secundarios periféricos. La estructura de la levodopa permite que esta penetre en el cerebro, donde se sobreviene la transformación en dopamina. En torno a un 80% de los pacientes tratados con levodopa manifiesta una mejoría inicial, sobre todo en lo referido a rigidez e hipocinesia, mientras que un 20% de las personas llega a recuperar por completo la función motora.

11. Complicaciones

Pensando dificultades. Puede experimentar problemas cognitivos (**demencia**) y las dificultades de pensamiento, que por lo general ocurren en las últimas etapas de la Enfermedad de Parkinson. Tales problemas cognitivos no son muy sensibles a los medicamentos.

Depresión y cambios emocionales. Muchas personas con la Enfermedad de Parkinson pueden experimentar depresión. Recibir

tratamiento para la depresión puede hacer que sea más fácil de manejar a los otros desafíos de la Enfermedad de Parkinson. También puede experimentar otros cambios emocionales, como el miedo, la ansiedad o la pérdida de motivación.

Problemas del sueño y trastornos del sueño. Las personas con la enfermedad de Parkinson a menudo pueden tener problemas para dormir, como despertarse frecuentemente durante la noche, despertarse temprano o episodios de sueño repentino durante el día, o el movimiento trastorno conductual del sueño rápido del ojo – actuar sus sueños. Los medicamentos pueden ayudar a sus problemas de sueño.

Problemas de la vejiga. La Enfermedad de Parkinson pueden hacer que usted experimente problemas de la vejiga, incluyendo la incapacidad de controlar la orina o tener dificultad para orinar.

Estreñimiento. Muchas personas con la Enfermedad de Parkinson desarrollan estreñimiento debido principalmente a un sistema digestivo más lento. (20)

2.2.2 Fuente teórica: Teoría del Autocuidado

Dorothea E. Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o

hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionandos con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos

novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. (21)

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concepto de persona

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno,

condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para

conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (22)

2.2.3 Aplicación de la teoría en el paciente adulto mayor con Enfermedad de Parkinson.

El impacto en la Enfermedad de Parkinson en los pacientes y su entorno es multidimensional por lo que su abordaje sociosanitario debe tener en cuenta todos los factores con la participación de diferentes profesionales, en especial del personal de enfermería.

NIC (1800): ayuda con el autocuidado.

El papel de enfermería también es ayudar y motivar al paciente para realizar las diferentes actividades de la vida diaria como el baño/ higiene, vestirse/ arreglo personal, alimentación, micción/ defecación y así poder mejorar su autovalencia. Las actividades que se deben realizar son:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.

NIC (5602): enseñanza: proceso de enfermedad.

El personal de enfermería tiene que ayudar al paciente a comprender la información relacionada con la Enfermedad de Parkinson, ya que el conocimiento es una herramienta esencial en la naturaleza siempre cambiante del Parkinson. Cuando el paciente acude a la consulta es necesario que exprese todas sus dudas y temores, para que así este

informado lo mejor posible. Las actividades que se deben realizar en el paciente con son:

- Proporcionar información al paciente acerca de la Enfermedad de Parkinson.
- Describir los signos y síntomas comunes de la Enfermedad de Parkinson.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponible.
- Describir las posibles complicaciones crónicas que puede desencadenar la Enfermedad de Parkinson.

NIC (5616): enseñanza: medicamentos prescritos.

También se tiene que preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar los efectos secundarios.

Las actividades que se deben realizar son:

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos. Las proteínas pueden interferir en la absorción de los fármacos por lo que se aconseja una buena redistribución de las comidas y suprimirlas por la noche.

- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación prescrito.

NIC (6490): Prevención de las caídas.

La caída es un accidente muy común en las personas con Enfermedad de Parkinson, por lo que se deben establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas. El personal de enfermería debe colaborar para una mayor seguridad y protección. La caída también se puede producir en una paciente con hipotensión ortostática por una bajada de tensión al cambiar de posición o por efectos secundarios de la medicinas. El personal de enfermería debe realizar test del ortostatismo, el cual consiste en la medición de la tensión arterial acostado, sentado y de pie. Las actividades que se deben realizar son:

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Contralar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos. También se debe valorar la necesidad de tratamiento rehabilitador de forma individualizada.

NIC (0221), (0222), (0224), (0226)

Terapia de ejercicios. Ambulación – equilibrio movilidad articular- control muscular. Hay que fomentar en el paciente las diferentes terapias de ejercicios. La ambulación para estimular y ayudar al paciente con Enfermedad de Parkinson a caminar, el equilibrio con la utilización de

actividades posturales y movimientos específicos, y el control muscular y los movimientos articulares con movimientos específicos para así mejorar el movimiento controlado del cuerpo. Las actividades que se deben realizar son:

- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n y en el desarrollo y ejecuci3n de un programa de ejercicios para que as3 el paciente consiga resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas) para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.
- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.
- Ayudar en el movimiento articular regular y r3tmico dentro de los l3mites de dolor, resistencia y movilidad articulares.

NIC (0440): entrenamiento intestinal.

Los pacientes con Parkinson suelen experimentar a menudo estreñimiento ya que sus funciones gástricas disminuyen, por lo que es muy importante ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados y así solucionar el problema. Las actividades que se deben realizar son:

- Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado para así llevar una vida independiente y activa y contribuir en su bienestar físico y mental.

NIC (1850): mejorar el sueño.

A menudo los pacientes con Enfermedad de Parkinson tienen el patrón de sueño alterado, por lo que es necesario garantizar correctos hábitos de sueño, así como ciclos regulares de sueño- vigilia. Es importante que el paciente informe de las dificultades que tiene para dormir y de los síntomas que experimenta y así poder dar comienzo a un tratamiento adecuado para aliviar los problemas y mejorar la calidad de vida del paciente. Las actividades que se deben realizar son:

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Determinar el patrón de sueño- vigilia del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.

NIC (4976): manejo de la comunicación.

Durante la evolución de la Enfermedad de Parkinson el paciente puede presentar problemas en la comunicación verbal, no verbal y escrita por lo que se deben de emplear estrategias que aumenten las capacidades de comunicación. Las actividades que se deben realizar son:

- Colaborar con la familia y logopeda para desarrollar un plan para una comunicación eficaz.

NIC (5400): potenciación de la autoestima.

La mayoría de los pacientes con Enfermedad de Parkinson presentan depresión por lo que es necesario ayudar al paciente para mejorar su

estado de ánimo y autoestima durante la enfermedad. Las actividades que se deben realizar son:

- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. (23)

2.3 Definición de términos

- **Cuidado**

Cuidado es la acción de cuidar. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, incrementando su bienestar.

- **Cuidado de Enfermería**

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad.(24)

- **Enfermedad de Parkinson**

Es una enfermedad del Sistema Nervioso que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del

movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura.(25)

- **Bradicinesia**

Es la lentificación del movimiento. Lentitud y torpeza general para la realización de los movimientos automáticos (parpadear, tragar, balancear los brazos al comienzo) y voluntarios (vestirse, levantarse de la silla, escribir). (26)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, de los registros de enfermería, libros de registro de ingresos y egresos de los pacientes atendidos en los periodos 2014-2016 e Historias Clínicas del servicio de Hospitalización V Servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio San Andrés Licenciada María Príncipe, a fin de obtener acceso a los documentos anteriormente mencionados.

3.2 Experiencia Profesional

Desde el año 2000 a enero 2001 inicié mi labor profesionalmente como enfermera asistencial en la Clínica Italiana. En Junio del 2001 hasta Agosto 2001 laboreé en el Hospital Nacional Cayetano Heredia; luego desde Marzo del 2002 a Junio del 2003 laboreé en el Hospital nacional Sergio Bernales. En Diciembre del 2003 ingresé al Hospital Nacional Dos

de Mayo rotando por diferentes servicios de medicina Interna Hospitalización varones y mujeres aproximadamente 14 años donde la mayoría de personas hospitalizadas son pacientes adultos mayores.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En el servicio de Medicina San Andrés, se encontró pacientes con Enfermedad de Parkinson en aumento, las cuales ingresan por otros motivos o diagnósticos médicos.

La Función Básica en el servicio de Enfermería de Medicina:

Ejecución de actividades profesionales de Enfermería en los pacientes hospitalizados en la ejecución de actividades medicas propios del Servicio de Enfermería de Medicina para el cumplimiento de los objetivos funcionales del servicio.

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Medicina son:

- a) Ejecutar los cuidados de enfermería aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.

- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.
- d) Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.
- e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
- f) Cumplir con el tratamiento médico indicado.
- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
- h) Actualizar el kardex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.
- i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.
- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.

- k) Realizar programas de educación en los servicios de Medicina para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Medicina.
- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de medicina.
- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.
- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de medicina durante su turno.
- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.
- s) Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.

Anteriormente en la Sala de San Andrés solía elaborar una sola enfermera quien asumía todos los ingresos de los pacientes de las distintas especialidades, la cual recargaba la labor de la enfermera y la atención al paciente se hacía lenta.

Mediante una reunión de todo el personal de enfermería del servicio de San Andrés con la supervisora del área y jefa del servicio y mediante una sustentación del incremento de pacientes en los últimos años se pudo lograr el incremento de una enfermera para dicha sala, es por ello que en la actualidad en la sala de Medicinas laboran dos enfermeras, quienes se encargan de la atención de dichos pacientes de esta manera la labor de la enfermera es menos recargada y la atención a nuestros pacientes se ha hecho más efectiva y oportuna.

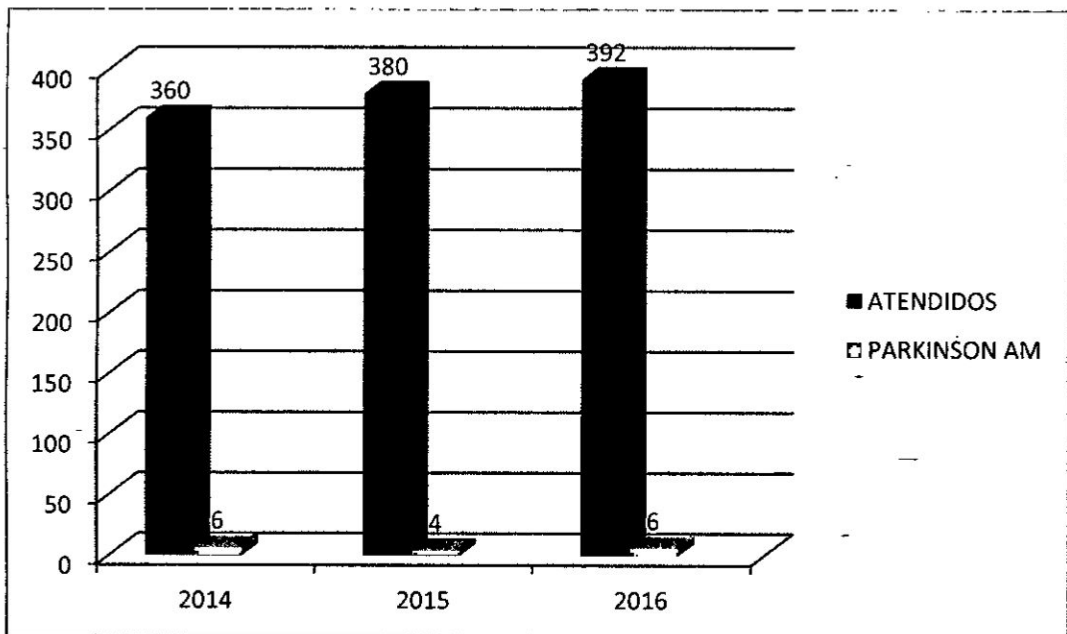
Se logro la elaboración de una guía de intervención de Enfermería en pacientes con Enfermedad de Parkinson, que actualmente se está en proceso de revisión por las especialistas del tema.

Las limitaciones que tenemos es la falta de personal debido a los descansos médicos prolongados, las faltas con aviso, las licencias por maternidad esto influye en la atención al paciente, observándose una demora en la misma, se observa una insatisfacción de los familiares y una presión de los mismos quienes desean ser atendidos en forma rápida. Por otro lado el servicio no cuenta con una enfermera que realice labor eminentemente administrativa puesto que solo cumple esa labor la enfermera jefa cuando esta de turno y/o programada, dificultando las altas, ingresos transferencias de los pacientes.

IV. RESULTADOS

GRAFICA 4.1

ATENCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016

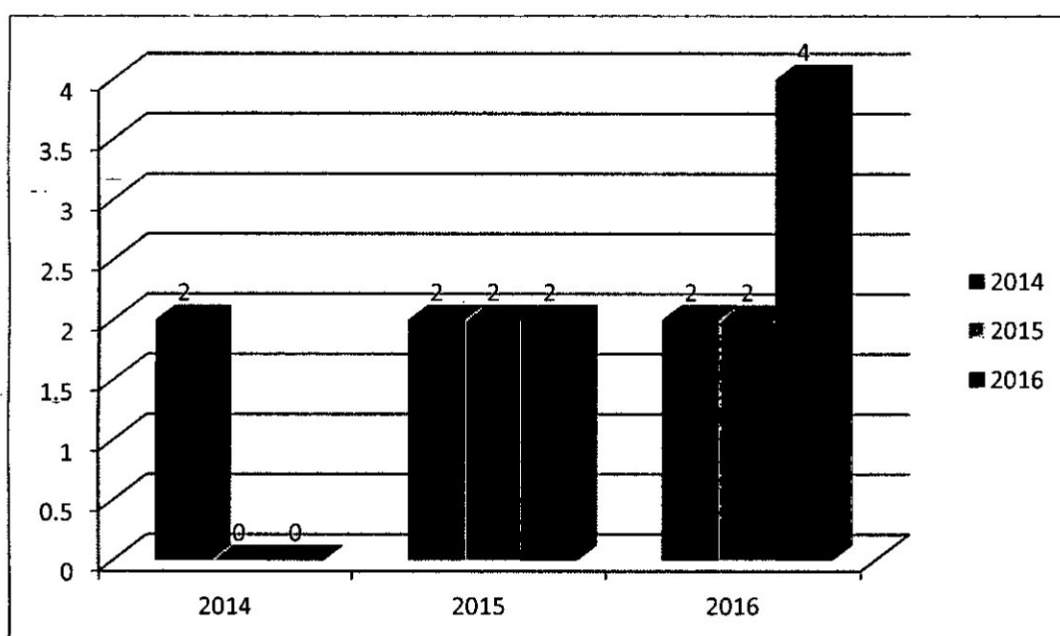


Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.1, se observa que el año 2014 se tuvo un total de 6 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, en el 2015 un total de 4 pacientes, se ha observado que el ingreso de pacientes con esta patología se ha conservado, es así que el año 2016 se atendió a un total de 6 pacientes adultos mayores.

GRAFICA 4.2

CUADRO COMPARATIVO ENTRE NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD DE PARKINSON POR EDADES Y AÑOS EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016

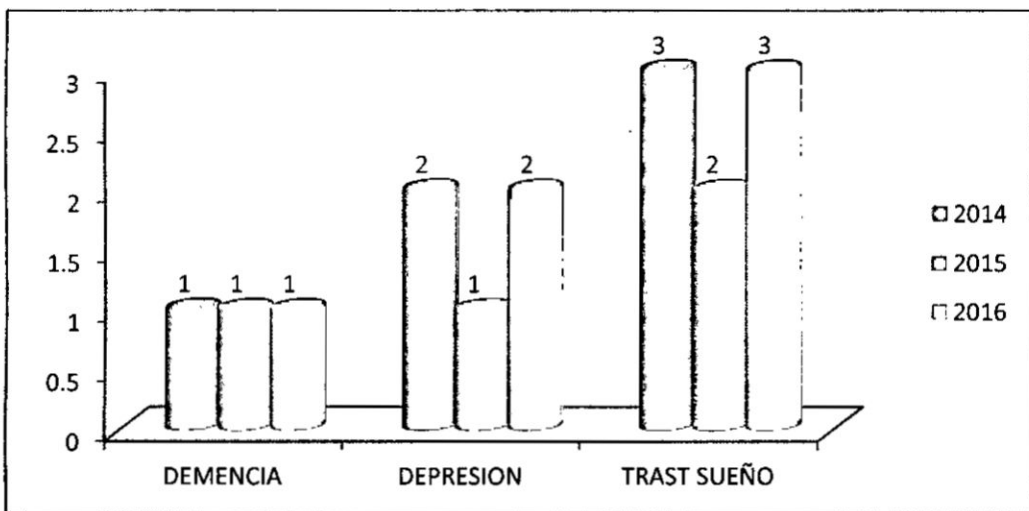


Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.2 se observa que el mayor número de casos con Enfermedad de Parkinson se encuentra en el grupo etáreo más de 70 años y el grupo etáreo de menor incidencia es de 60 a 65 años.

GRAFICA 4.3

**COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS
EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016**

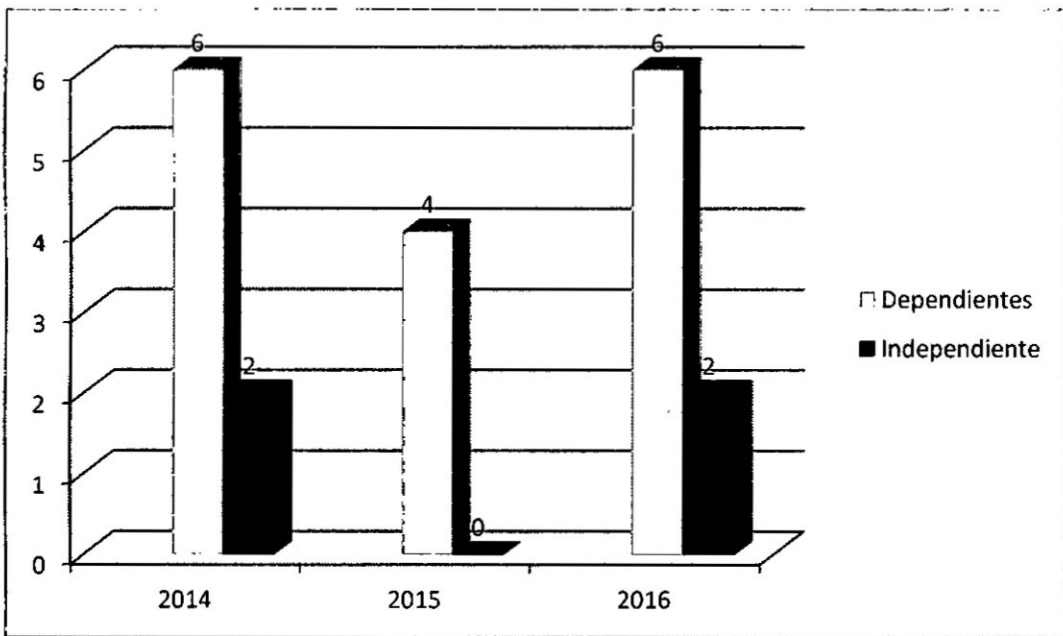


Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.3, se observa que en el 2014 la complicación más frecuente fue el trastorno del sueño; en el 2015 se evidencia que la complicación menos frecuente es la demencia y en el 2016 los pacientes con Enfermedad de Parkinson presentó como complicación más frecuente el trastorno del sueño.

GRAFICA 4.4

CUADRO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEPENDIENTES Y PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON INDEPENDIENTES EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.4 se observa que en el 2014 de los 6 pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson que ingresaron funcionalmente dependientes, lograron ser independientes 2; en el 2015 de los 4 pacientes adultos mayores que ingresaron funcionalmente dependientes, no lograron ser independientes y en el 2016 de los 6 pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson que ingresaron funcionalmente dependientes, lograron ser independientes 2.

V. CONCLUSIONES

- a) El trastorno del sueño en el año 2014 se constituye como la complicación más frecuente.
- b) El cuidado de Enfermería en el adulto mayor permite alcanzar un nivel de autonomía, constituyéndose de esta manera un factor importante para el logro de la independencia del paciente.
- c) Los pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson que son hospitalizados en calidad de dependientes, se logró establecer su autonomía limitadamente.
- d) Se logró establecer que para que el paciente con Enfermedad de Parkinson logre la reinserción en la sociedad dependerá del apoyo familiar –social.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de la salud en cumplimiento de acciones preventivo- promocionales, se recomienda promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidos a los responsables del cuidado del adulto mayor, enfatizando el reconocimiento de los signos de alarma, factores de riesgo y medidas preventivas en la Enfermedad de Parkinson, disminuyendo de esta manera sus complicaciones.
- b) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en cuidados y plan de atención de enfermería a nuestros pacientes.
- c) A la institución, mejorar el recurso humano y el incremento del talento humano.
- d) Para la atención del adulto mayor se recomienda dotar de mayor cantidad de profesionales de Enfermería especializados.
- e) Se recomienda a la institución la revisión y uso de la guía de intervención de Enfermería para pacientes adultos mayores con Enfermedad de Parkinson.

VII. REFERENCIALES

1. OMS. Trastornos Neurológicos. Desafíos para la salud pública.2013
2. HARRISON.Principios de Medicina interna.Enf de parkinson y otros trastornos del movimiento. Editorial McGraw-Hill. 18 ava edición.2015
3. MARRAS C, TANNER CM. Epidemiology of Parkinson's disease. In: Watts RL, Koller WC, eds. Movement disorders, neurologic principles and practice, 2nd ed. New York, McGraw Hill, 2004.
4. VAN DEN EEDEN SK et al. Incidence of Parkinson's disease: variation by age, gender, and race/ethnicity. American Journal of Epidemiology, 2003.
5. HANSE AR,LYANS EK,PAHWA R,ZESIEWICZ AT.Enfermedad de Parkinson: preguntas y respuestas. 4.^a ed. , J&C ediciones médicas (Barcelona), 2005.
6. BAYÉS A., BELMONTE, S. DELGADO S. Enfermedad de Parkinson. Orientaciones prácticas para el cuidador. Federación Española de Párkinson, IMSERSO 2^a Edición 2008.
7. Hospital Nacional Dos de Mayo. Libro de registros de ingresos y altas del servicio de San Andrés. Perú. 2016.
8. MARTINEZ JURADO Elizabeth. Calidad de vida en pacientes con Enfermedad de Parkinson. 2010

9. BALLESTEROS VALLSA, Jenifer. Plan de cuidados para el paciente con Parkinson en tratamiento con L-Dopa intraduodenal.2011
10. ROBLES GAITERO Gloria. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero.2011.
11. MORAES CAMPOS Débora. Intervenciones de Enfermería para la rehabilitación en la enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado de términos. 2011.
12. MICHELI SCORTICATI. Convivir con la enfermedad de Parkinson. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. 2004.
13. BAYÉS A. Tratamiento integral de la persona afectada por la enfermedad de Parkinson. Fundació Institut Guttmann. Barcelona, 2000.
14. LÓPEZ DEL VAL, L.J, GURUTZ LINAZASORO, C. Parkinson y Discinesias, abordaje diagnóstico y terapéutico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2012.
15. GARCÍA RUIZ-ESPIGA, P.J, MARTÍNEZ CASTRILLO, J.C. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N°9. Barcelona: Sociedad Española de Neurología, 2009.
16. CHOUZA INSUA, M. Fisioterapia en el paciente parkinsoniano. Madrid: Editorial síntesis, 2009.

17. SUÑER SOLER, R. Tratado de Enfermería Neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados. 2ª edición. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 2008.
18. MICHELI SCORTICATI. Convivir con la enfermedad de Parkinson'. 2ª edición. Editorial médica Panamericana, 2004.
19. MARRINER-TOMEY, A. 2007. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Elsevier 6ª edición
20. SÁNCHEZ B. Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002.
21. ÁNGELS BAYÉS RUSIÑOL. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos. Ars Medica, 2003.
22. DÁVILA P., RUBÍ E., MATEO A. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008.
23. BAYÉS RUSIÑOL, et al. Ejercicios físicos, de habla y voz para afectados de Parkinson. Farmalia comunicación, S.L, 2009.
24. LUIS RODRIGO, M.T. [et al] 2005. De la Teoría a la práctica el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Masson 3º edición.

25. BAYÉS A., BELMONTE, S., DELGADO S. Enfermedad de Parkinson. Orientaciones prácticas para el cuidador. Federación Española de Parkinson, IMSERSO 2ª Edición 2008.
26. CHOUZA INSUA, M. Fisioterapia en el paciente parkinsoniano. Madrid: Editorial síntesis, 2009.

ANEXOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2016



FUENTE: Elaboración Propia, 2016



FUENTE: Elaboración Propia, 2016