

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR  
CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL SERVICIO DE  
NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS ESSALUD, LIMA 2013 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
DE ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**CONSUELO BALVIN RAMOS**

**CALLAO - 2016  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTE
- DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES SECRETARIA
- MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS VOCAL

### **ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 318

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 24/11/2016

Resolución Decanato N° 1336-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	PÁG.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>6</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	6
1.2 OBJETIVO	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	8
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	14
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	48
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>49</b>
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	49
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE PARKINSON	52
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>54</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>58</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>59</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>63</b>

## INTRODUCCIÓN

El Parkinson es una enfermedad del cual se va degenerando el sistema neurológico en personas de más de 50 años, pero que en los últimos años se han presentado casos en que se inicia desde los 30 años, y afecta la actividad motriz del individuo. Se pueden presentar indicadores físicos de carácter reumatológico, rigidez en las extremidades o indicadores no motores como la depresión, problemas durante el sueño (ESSALUD, 2014).<sup>1</sup>

“La prevalencia del Parkinson en el mundo es difícil de cuantificar debido a la dificultad de recopilar información precisa sobre esta enfermedad en los distintos continentes. En España tampoco hay datos precisos porque falta un estudio epidemiológico que brinde total certeza sobre ella, no obstante algunos autores (como los del libro La situación de los enfermos Afectados por la Enfermedad de Parkinson) calculan que podríamos estar hablando de 80 a 100 mil personas con Parkinson en España.

Debido a que la enfermedad tiene una relación con la edad (aunque no se trate de una enfermedad exclusiva de las personas mayores), el fenómeno del envejecimiento de la población en España, Europa, Japón, China y Estados Unidos traerá como consecuencia una mayor prevalencia de la misma en el presente inmediato.

Por ejemplo, en Estados Unidos existen alrededor de un millón de personas con enfermedad de Parkinson, lo cual es mayor a otras

poblaciones diagnosticadas con enfermedades como esclerosis, distrofia muscular y enfermedad de Lou Gehrig. Aproximadamente 60 mil americanos son diagnosticados con Parkinson cada año.

La Fundación para la Enfermedad de Parkinson (pdf.org) en Estados Unidos afirma que mundialmente hay un poco más de 10 millones de personas diagnosticadas y que afecta una y media veces más a hombres que a mujeres. Desde otra perspectiva, la Fundación Europea para la Enfermedad de Parkinson (EPDA) calcula un poco menos, estimado esta población en 6,3 millones. La EPDA afirma que 1,2 millones de personas tienen Parkinson en Europa, aproximadamente 260,000 en Alemania, 200,000 en Italia, 150,000 en España, 120,000 en Inglaterra, 117,000 en Francia, 63,000 en Polonia, 28,000 en Holanda y 23,000 en Bélgica”.<sup>2</sup>

“Se relevó un estudio que indica que 300 mil personas padecen este mal. Esta cifra representa el 1% de los aproximadamente 30 millones de habitantes peruanos. Según el neurólogo de la Clínica Anglo Americana, Juan Altamirano del Pozo, las causas de la enfermedad aún no han sido esclarecidas. Sin embargo, existen grupos de Parkinson hereditarios que representarían menos del 10% de los casos registrados y más del 90% serían generados por causas incidentales.

Además, dijo que el Parkinson solo es diagnosticado clínicamente y se genera cuando se destruyen las neuronas que producen un químico

llamado Dopamina, el cual ayuda a controlar el movimiento muscular, ya que es un neurotransmisor que se origina en varias partes del sistema nervioso.”<sup>3</sup>

Tal incidencia es importante en toda política de salud pública en la medida que las enfermedades degenerativas producen serios efectos en diferentes niveles de la organización social tales como: económicos, políticos, educativos y de salubridad. En dicha perspectiva, las personas adultas mayores son un grupo altamente vulnerable debido a su proceso de involución tanto anatómica como fisiológica, lo cual se puede agravar debido a las serie de incapacidades a nivel motriz y de relación psicosocial.

El presente informe titulado sobre la experiencia laboral en el cuidado de enfermería en el adulto mayor con Párkinson en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, tiene como objetivo : describir la experiencia profesional del cuidado de enfermería en el adulto mayor con Párkinson en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Este 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 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

El Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente seguido del Alzheimer en adultos mayores de 65 años. Es una enfermedad silenciosa en sus inicios, pero que de manera progresiva va incidiendo en la persona mayor, malestares físicos, problemas articulares, caídas y apatía severa que impiden su normal desenvolvimiento en su vida diaria, dependiendo de su familia, y con un diagnóstico inicialmente confuso pero que conforme se va acentuando la enfermedad en la persona esta se va haciendo más evidente el Parkinson (Garnica y García, 2009).<sup>4</sup>

A nivel internacional en la Unidad de Investigación del proyecto del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, manifiestan que esta enfermedad afecta a más 150.000 pacientes españoles, encontrando que menos del 2% no ha padecido de síntomas no motores, pero 98% tienen varios de estos síntomas. Además, 40% de personas que padecen este mal no comentan que tienen este tipo de síntomas, por diferentes motivos o no necesariamente lo relacionan con la enfermedad del Parkinson. Es preciso señalar que por mucho tiempo los síntomas aparecen en las personas, como el trastorno del sueño, los problemas urinarios,

estreñimiento, por ser problemas comunes que afectan a toda la población, aun el Parkinson no puede identificarse como enfermedad de manera temprana, sin embargo la hipoxemia que es la reducción de la capacidad de percibir olores, entre otros síntomas ya se puede diagnosticar la enfermedad. (Taberne, 2013).<sup>5</sup>

En el servicio de neurología del Hospital Edgardo Rebagliati, el 70% de pacientes masculinos que asisten al servicio de hospitalización, padecen de esta enfermedad, durante la atención en el tratamiento de esta enfermedad existen riesgos de caídas por la naturaleza misma de la enfermedad. El consumo de fármaco Levodopa cuando no es cumplido puede generar dificultades en su salud.

El acompañamiento de la enfermera y los familiares hacia el paciente con Parkinson suele ser permanente y se considera de vital importancia la labor de la familia.

## **1.2. Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería en el adulto mayor con Enfermedad de Parkinson en el servicio de neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Es- Salud-Lima 2012-2015.

### **1.3. Justificación**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la parte importante que contribuye al mejoramiento de la salud del paciente hospitalizado con la enfermedad de Parkinson. La intervención necesaria, oportuna y eficaz que asume el personal de Enfermería en el cuidado del adulto mayor con Parkinson es básica ya sea en dar nutrición enteral por sonda nasogástrica. Capacitar a los familiares en el manejo de esta enfermedad, concientizando al propio paciente a que no sufra caídas innecesarias que contribuyan al prolongamiento de su estancia hospitalaria.

**Nivel Social:** A nivel social el informe beneficiará a los pacientes en tanto que se podrá determinar su incorporación a su medio socio familiar procurando que sus habilidades motrices y sociales se puedan encaminar hacia una mejor socialización y autonomía posibles.

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente informe, permitirá resolver algunas situaciones cotidianas del paciente adulto mayor con esta enfermedad relacionadas con su desplazamiento, orientación espacio-temporal y con sus habilidades de comunicación necesarias en la convivencia cotidiana del hogar, la familia y la comunidad.

**Nivel Económico:** El costo de atención de los pacientes con la enfermedad de Parkinson puede abarataarse si es que el rol de la enfermera se cumple con la suficiente calidad y sistematicidad, todo ello permitirá que la estancia de hospitalización sea más breve lo cual significa menor costo y la oportunidad para que otros pacientes que están en espera puedan ser beneficiados con la atención en el servicio de Neurología

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

TOSIN SIQUEIRA, Michelle Hyczy / OLIVEIRA BAPTISTA, Beatriz Guitton. **“Diagnósticos e intervenciones de enfermería en la Enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado”**. Escuela de enfermería Aurora de Alfonso Costa. **Online Brazilian Journal of Nursing. Brasil . 2014**. Cuyo objetivo es construir un banco de afirmativas validadas en el lenguaje adoptado por la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (CIPE®) de diagnósticos y de intervenciones de enfermería en la rehabilitación de pacientes con la enfermedad de Parkinson. El método empleado fue el estudio de mapeo cruzado, descriptivo y documental. La muestra estuvo compuesta por evoluciones de enfermería contenidas en 351 registros de pacientes con Enfermedad de Parkinson, que participaron del programa de rehabilitación de mayo del 2009 a mayo del 2014 en un centro de rehabilitación en la ciudad de Rio de Janeiro. Fue realizada la validación de las afirmativas por enfermeros especialistas en la temática. Los resultados esperados demuestran que se espera que las afirmativas del diagnósticos y de las intervenciones de enfermería no estandarizadas sean comparadas con el lenguaje CIPE® versión 4.0 en el contexto de la rehabilitación de pacientes con la Enfermedad de Parkinson, finalmente unificar el uso de un lenguaje estandarizado en el **atendimiento a pacientes con Parkinson.**

SALGADO QUIJANO, María / ESPINOSA SÁNCHEZ, Guadalupe. **“Proceso de atención de enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson”.** **Enfermería Neurológica. (México). 2012.** Cuyo objetivo de brindar los cuidados de enfermería a personas con Parkinson más brote psicótico mejorando la calidad de vida de la persona, además de proporcionar cuidados holísticos y la elaboración del diagnóstico de enfermería en enfermos de Parkinson. El caso: se trata del Sr. J.A.C.C. de 67 años de edad con antecedentes heredofamiliar en hipertensión arterial. Su enfermedad de Parkinson se inicia hace 15 años, y desde entonces se ha deteriorado su estado físico y psicológico, teniendo problemas con su esposa, porque una de las alucinaciones recurrentes es que ve a hombres entrar a dormir en su cama, cambiando a una actitud violenta, agresiva y de temor a los extraños, Tuvo que ser internado y seguir un tratamiento médico con fármacos, actualmente presenta alucinaciones, miedos e insomnio, demandante de atención. De esta manera se elaboró un plan de cuidados de enfermería con un diagnóstico de enfermería que es el deterioro progresivo de la movilidad física, relacionado con déficit neuroquímico cerebral de dopamina, rigidez muscular y temblor involuntario. Se concluye que el proceso de atención en este caso de enfermería se utilizó el proceso de Enfermería que es un instrumento para la jerarquización de sus necesidades ayudando de esta manera a su pronta rehabilitación o recuperación, establecer conocimiento de los

efectos secundarios del tratamiento farmacológico, participación activa de la familia y mejora del estado físico.

TOSIN SIQUEIRA, Michelle Hyczy / MORALES CAMPOS, Débora / ANDRADE, Leonardo Tadeu / OLIVEIRA BAPTISTA, Beatriz Guitton / FERREIRA SANTANA, Rosimere. **“Intervenciones de enfermería para la rehabilitación en la enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado de términos”**. *Revista Latino Americana de Enfermagen. Brasil* . 2016.

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. El método que se empleó fue el estudio de investigación documental para realización de mapeo cruzado. La muestra fue 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 el sistemas de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Los resultados 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. Conclusión: 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.

**ROBLES GAITERO, Gloria. “Enfermedad de Parkinson abordaje enfermero”. Facultad de enfermería, Universidad de Valladolid. España. 2015.** 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 EP 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.

LACHIRA IPARRAGUIRRE, Lizbeth Arlyn. **"Risoterapia : intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del Club "Mis Años Felices", Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. 2013** La investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa de intervención Riso terapia en el incremento de la autoestima en los adultos mayores. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi-experimental de un solo diseño; la muestra estuvo conformada por 19 adultos mayores, obtenida mediante muestreo no probabilístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la Escala de Autoestima de Coopersmith, el cual fue aplicado antes y después de la intervención durante el mes de Agosto del 2013. Los resultados mostraron que el nivel de autoestima de los adultos mayores antes de la participación en el programa de intervención: riso-terapia, fue de nivel bajo 1 (5%), medio bajo con 9 (47.3%) y medio alto con 9 (47.3%). Con respecto a los adultos mayores que presentaron un nivel de autoestima bajo y medio bajo, mostraron una modificación considerable en el post-test, en el que nadie tuvo autoestima baja, solo 1 (5%) mantuvo su nivel en medio bajo pero aumento de puntaje, 7 (36.8%) mantienen ahora una autoestima medio alta y 11 (57.8%) ahora tienen una autoestima alta. La mayoría de adultos mayores que participaron en el Programa de Intervención de enfermería sobre Riso-terapia, incrementaron su nivel de autoestima. Recomendándose que las enfermeras que laboran con el adulto mayor, instauren la Riso-terapia como estrategia de intervención en su trabajo.

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1. Parkinson.

a) Definición.

**La enfermedad de Parkinson (EP)** es un trastorno neurodegenerativo porque afecta al sistema nervioso, produciéndose unos mecanismos de daño y posterior degeneración de las neuronas ubicadas en la sustancia negra. Estas neuronas se encargan de producir la dopamina, una sustancia química (neurotransmisor) fundamental para que el movimiento del cuerpo se realice correctamente. Cuando el cerebro no dispone de la dopamina suficiente para mantener un buen control del movimiento, los mensajes de cómo y cuándo moverse se transmiten de forma errónea, apareciendo de forma gradual los síntomas motores típicos de la enfermedad. Pero también se ha visto que hay otras neuronas afectadas en la EP y por tanto otros neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y acetilcolina, lo que nos va a explicar otros síntomas no motores de la enfermedad.

La edad media de comienzo de la enfermedad está en torno a la sexta década de la vida, aunque uno de cada cinco pacientes es diagnosticado antes de los cincuenta años. La EP afecta más a los hombres que a las mujeres. La EP es una enfermedad crónica y progresiva, es decir, los síntomas empeoran con la evolución de la enfermedad. Su curso suele ser gradual, afectándose típicamente al

comienzo de la enfermedad un solo lado del cuerpo. La EP es un trastorno muy heterogéneo, cada paciente puede presentar unos síntomas y curso muy variable. No hay ningún factor que nos permita predecir su curso en un determinado paciente. Por ello, es una enfermedad en la que especialmente el tratamiento deberá ser individualizado.

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia. La prevalencia de la EP, es decir, las personas que pueden sufrir la enfermedad en un momento determinado, es del 0,3% de la población, aumentando al 1-2% a partir de los 60 años de edad, ya que la edad es un factor de riesgo para la enfermedad. Se estima que existen en torno a 150.000 afectados en España y 6,3 millones en el mundo, según un informe de la Global Declaration for Parkinson's Disease (Declaración global para la enfermedad de Parkinson) en 2004. Aunque se trate de una enfermedad neurodegenerativa, la EP no es una enfermedad mortal en sí misma. La expectativa de vida promedio de un paciente con párkinson generalmente es la misma que las personas que no la padecen. El óptimo tratamiento médico, así como las terapias rehabilitadoras, pueden mitigar los síntomas de la enfermedad. De este modo, los pacientes pueden mantener su actividad cotidiana y una buena calidad de vida durante muchos años después del diagnóstico.

## **SÍNTOMAS MOTORES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

**La Enfermedad de Parkinson** se caracteriza por la presencia de síntomas motores y síntomas no motores. No todos los pacientes los desarrollarán todos, ni su evolución tiene que ser igual.

Existen 4 síntomas cardinales o típicos que definen la enfermedad. Según los criterios de diagnóstico actuales, para diagnosticar a un paciente de EP éste deberá presentar al menos 3 de los siguientes síntomas:

- **Temblor:** Hasta un 70% de los afectados comienzan con temblor como primer síntoma de la enfermedad. El temblor Parkinsoniano es característicamente un temblor de reposo, es decir, aparece cuando no se realiza ninguna tarea con la parte del cuerpo que tiembla. Típicamente suele comenzar en las extremidades, afectando a la mano o a un pie, pero también puede afectar a la mandíbula o a la cara (párpados, labios). El temblor Parkinsoniano puede mejorar o desaparecer cuando vamos a realizar un movimiento concreto y aumentar en situaciones de estrés. El temblor se suele difundir al otro lado del cuerpo a medida que avanza la enfermedad, aunque generalmente será más marcado en el lado en que éste comenzó. Aunque el temblor es el síntoma más notorio y quizás conocido de la enfermedad, no todos los pacientes con párkinson desarrollarán temblor.

- **Bradicinesia:** Cuando hablamos de bradicinesia nos referimos a la lentitud para realizar un movimiento. El paciente con párkinson tardará en realizar una tarea más tiempo de lo que previamente hubiera necesitado, puede tener dificultad para iniciar un movimiento o cesar bruscamente una actividad que esté llevando a cabo. La bradicinesia se refleja también en la amplitud del movimiento, que puede verse reducida, así como en tareas motoras finas de la vida cotidiana como abrocharse los botones, cortar la comida, atarse los cordones de los zapatos o cepillarse los dientes. Se producen cambios en la escritura y la letra se hace más pequeña, lo que se conoce como micrografía. La "marcha Parkinsoniana" también es una manifestación de la bradicinesia. De forma característica, se trata de una marcha lenta, a pasos cortos, arrastrando los pies y con una disminución o ausencia de braceo. El término acinesia sería la situación extrema de la bradicinesia: incapacidad para iniciar un movimiento preciso o pérdida del movimiento automático.
- **Rigidez:** La rigidez constituye un aumento del tono muscular: los músculos están constantemente tensos y no se pueden relajar bien. La rigidez puede provocar: Reducción de la amplitud de los movimientos: como el balanceo de los brazos al caminar. Dificultad para girarse en la cama o incorporarse de

una silla. Dolor y calambres en las extremidades y sensación de tensión en el cuello o la espalda. Disminución de la expresividad facial por la rigidez de la musculatura de la cara, dando lugar a una dificultad para sonreír o a un rostro serio o inexpresivo.

- **Inestabilidad postural:** La inestabilidad postural (alteración del equilibrio) se ha considerado el cuarto signo típico de la EP. A medida que la enfermedad avanza, los pacientes Parkinsonianos tienden a adoptar una postura encorvada, con una flexión del tronco hacia delante, o incluso lateralmente, lo que contribuye al desequilibrio. La alteración del equilibrio puede ocasionar inestabilidad y, por tanto, riesgo de caídas en situaciones de la vida cotidiana, como levantarse de una silla, realizar un movimiento brusco, un giro o caminar. La inestabilidad postural puede ser uno de los síntomas más incómodos de la enfermedad por el riesgo ya mencionado de caídas y lesiones que puede conllevar en los pacientes.

## **SÍNTOMAS NO MOTORES**

Aunque menos conocidos, son una parte muy importante de la enfermedad, ya que pueden llegar a provocar grandes interferencias en el día a día de los pacientes.

- **Trastornos del sueño:** Son altamente frecuentes en esta enfermedad. Un tercio de los pacientes presentan insomnio. También pueden tener sueños muy vívidos, somnolencia diurna o alteración del ciclo vigilia-sueño.
- **Pensamiento y memoria:** Los pacientes con EP pueden presentar lentitud en el pensamiento o cambios en su razonamiento, memoria o concentración, y algunos pacientes con EP desarrollarán deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo asociado al párkinson es diferente a la enfermedad de Alzheimer, afectando a áreas como las funciones ejecutivas (abstracción, planificación de un objetivo), atención, función visuo espacial (dificultad para medir las distancias) más que a la memoria.
- **Trastornos neuropsiquiátricos:** Alteraciones del estado de ánimo como depresión, ansiedad y apatía. Alucinaciones e ideas delirantes, como alucinaciones visuales y delirio de celos o de perjuicio. Trastornos del control de impulsos: hipersexualidad, ludopatía, compras compulsivas, atracones, etc.

## **OTROS**

- Estreñimiento, aumento de sudoración, hipotensión ortostática (sensación de mareo o incluso desvanecimiento con los cambios posturales), disfunción sexual, síntomas urinarios.

- Pérdida de la capacidad del olfato, dermatitis seborreica, alteraciones visuales, fatiga o cansancio, dolor y trastornos sensitivos no explicados por otros motivos.
- Alteraciones del habla y la deglución

## **CAUSAS**

A día de hoy se sigue sin conocer la causa que produce la pérdida neuronal en la Enfermedad de Parkinson . Se cree que la causa de la enfermedad se debe a una combinación de factores genéticos y medioambientales que pueden variar de una persona a otra. Los principales factores implicados en el desarrollo de la enfermedad son:

- **ENVEJECIMIENTO:** La edad se ha demostrado como un claro factor de riesgo de la EP, siendo la edad media al diagnóstico en torno a los 55-60 años. De este modo la prevalencia de la enfermedad aumenta exponencialmente a partir de la sexta década de la vida. Cuando la Enfermedad de Parkinson comienza por debajo de los 50 años se conoce como forma de inicio temprano o precoz. En casos muy raros, los síntomas parkinsonianos pueden aparecer antes de los 20 años, conociéndose como parkinsonismo juvenil.
- **FACTORES GENÉTICOS:** La herencia familiar juega un factor muy importante. Se estima que entre el 15 y 25% de las personas con Enfermedad de Parkinson tiene algún pariente

con la enfermedad. Las formas familiares de párkinson representan sólo un 5-10% de todos los casos, y son varios los genes que han sido ligados a la Enfermedad de Parkinson . No obstante, el 90% de los casos con Enfermedad de Parkinson son formas esporádicas, es decir, no se deben a una alteración genética concreta.

- **FACTORES AMBIENTALES:** El papel del entorno y sus posibles toxinas en el desarrollo de la EP ha sido ampliamente estudiado con hallazgos diversos. Determinadas sustancias químicas tóxicas como pesticidas pueden producir síntomas parkinsonianos. Factores físicos como el traumatismo craneal también se han relacionado con el riesgo de desarrollar EP en edades avanzadas. La idea general es que el desarrollo de la enfermedad se debe a la interacción de diferentes factores del entorno (todavía no conocidos con exactitud) en pacientes genéticamente predispuestos (susceptibilidad genética).

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de párkinson sigue siendo a día de hoy un diagnóstico clínico, es decir, se realiza en base a la historia clínica y exploración física y neurológica del paciente, la presencia de determinados síntomas (previamente revisados), y la ausencia de otros. El

neurólogo se puede apoyar en pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico. Esas pruebas pueden ser:

- Análisis de laboratorio.
- Pruebas de imagen cerebral: como el escáner cerebral (TAC) o la resonancia magnética (RMN). Estas pruebas no nos van a dar el diagnóstico de párkinson, pero nos ayudan a excluir otras enfermedades que pueden provocar síntomas parecidos al párkinson, como la hidrocefalia normotensiva, tumores o lesiones vasculares.
- Pruebas de neuroimagen funcional: la tomografía por emisión de positrones (SPECT con determinados trazadores) puede ayudar a confirmar el diagnóstico de EP y diferenciarlo de otras entidades como el temblor esencial o el parkinsonismo inducido por fármacos, vascular o psicógeno.
- Pruebas neurofisiológicas: en ocasiones se puede recurrir a un estudio de electromiografía para determinar con exactitud el tipo de temblor.

Es importante distinguir la Enfermedad de Parkinson de otras enfermedades o síndromes que pueden tener síntomas parecidos, ya que la respuesta al tratamiento y la evolución pueden ser diferentes. Hablamos de parkinsonismos tales como la parálisis supra nuclear progresiva, atrofia multisistémica o enfermedad por cuerpos de Lewy

difusos. También hay otros parkinsonismos no degenerativos, como el parkinsonismo farmacológico y el parkinsonismo vascular.

El diagnóstico de la EP será apoyado por la buena respuesta del paciente a la medicación anti parkinsoniana y por la evolución esperable del cuadro clínico a lo largo de los años. Por tanto, el diagnóstico realizado se reevaluará periódicamente por el neurólogo. Es conveniente que a los primeros síntomas o signos del párkinson se acuda al médico para realizar un diagnóstico adecuado e iniciar el tratamiento.

## **Enfermedad de Parkinson en estadios avanzados**

### **SÍNTOMAS**

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas de la EP pueden hacerse más acusados e interferir más en el día a día del paciente. Puede haber mayor inexpresividad facial, con escasez de parpadeo, disminución del volumen de voz y dificultad para hacerse entender, así como problemas de deglución. El equilibrio se ve alterado y hay mayor riesgo de caídas. Los síntomas no motores como problemas de memoria, alucinaciones, hipotensión ortostática o síntomas urinarios se hacen más presentes en esta fase de la enfermedad.

## **CUIDADOS GENERALES Y TERAPIAS REHABILITADORAS**

### **RECOMENDACIONES GENERALES**

- ✓ Tener a mano, y siempre que se acuda al médico, un listado actualizado de toda la medicación así como las horas a las que se toma.
- ✓ Un pastillero con compartimentos para preparar las dosis de cada día puede facilitar el cumplimiento terapéutico.
- ✓ Es muy importante tomar la medicación siempre a la misma hora. Para evitar el olvido de alguna toma, puede ponerse una alarma en el teléfono móvil o reloj.
- ✓ Si se va a realizar un viaje, llevar medicación extra.
- ✓ Si se tiene que ingresar en el hospital, llevar la medicación anti parkinsoniana propia.
- ✓ No suspender nunca de forma brusca la medicación, podría tener complicaciones serias.
- ✓ Para mejorar la absorción de la levodopa conviene tomar la medicación con agua, entre 30 minutos y una hora antes de las comidas.

### **SUEÑO**

Una buena higiene del sueño es fundamental para el paciente parkinsoniano. Medidas que podemos tener en cuenta para ayudar a conseguir un buen descanso son:

- ✓ Evitar estimulantes como el café, té o refrescos con cafeína por la tarde.
- ✓ Intentar ir a dormir siempre a la misma hora, en una cama cómoda y una habitación con temperatura adecuada.
- ✓ Evitar siestas diurnas.
- ✓ Realizar ejercicio físico regular puede ayudar a conciliar mejor el sueño.

## **DIETA**

Los pacientes con EP pueden sufrir estreñimiento, enlentecimiento del vaciado gástrico, interacciones de la medicación con ciertos nutrientes y pérdida de peso. Una buena nutrición es importante para todos, y va a jugar un papel fundamental en el párkinson.

Una dieta saludable ayuda a tener más energía, maximizar el efecto de la medicación y fomentar el bienestar general del paciente.

La dieta mediterránea constituye el modelo de una dieta saludable. Sus principios generales son:

- ✓ Aumentar el consumo de verduras, frutas, legumbres y frutos secos.
- ✓ El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz, especialmente, sus productos integrales) deberían formar parte de la alimentación diaria.
- ✓ El aceite de oliva debe ser la fuente principal de grasa.

- ✓ Reducir el consumo de sal y grasas saturadas (bollería, embutido, fritos...).
- ✓ El pescado azul como aporte principal de proteínas y consumo de carne roja con moderación.
- ✓ Consumo bajo de alcohol.

El estreñimiento es un síntoma muy frecuente en la EP. Para prevenirlo es fundamental tomar una dieta rica en fibra y a su vez una ingesta de líquido (agua, infusiones, zumos...) de al menos 1,5 a 2 litros diarios (si no la fibra no será eficaz). El ejercicio físico también ayudará al tránsito intestinal del bolo fecal.

En fases avanzadas de la enfermedad, sobre todo pacientes que sufran fluctuaciones motoras pueden notar que las comidas ricas en proteínas (leche, carne, pescado, huevos) interfieren con la levodopa, haciendo que ésta sea menos efectiva. En estos casos se recomiendan dietas con restricción de proteínas o, preferiblemente, redistribución de las mismas: por ejemplo, tomar los alimentos con alto contenido proteico en la cena o al menos con un intervalo de 30 a 60 minutos entre la toma de medicación y la comida.

Otro problema frecuente en fases avanzadas de la enfermedad es la disfagia o dificultad para tragar. Puede traer complicaciones como infecciones respiratorias por paso de comida a la vía respiratoria. Debemos sospecharlo cuando el paciente tosa con la comida, ésta quede acumulada en la boca o presenta náuseas con frecuencia. En

estos casos deberemos establecer estrategias para mejorar la deglución, educando al paciente en:

- ✓ Técnicas para mejorar la alimentación.
- ✓ Recomendaciones para modificar la textura de la comida y líquidos (uso de espesantes...).
- ✓ Ejercicios para fortalecer la musculatura oral y de la garganta.
- ✓ Educación en posturas seguras para comer.

## **TERAPIAS REHABILITADORAS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

Además del tratamiento farmacológico, existen terapias rehabilitadoras dirigidas a aliviar los síntomas y mitigar las consecuencias derivadas de los mismos. Su éxito se basa en su aplicación precoz y mantenida a lo largo de la vida del paciente. El objetivo de este tipo de terapias es conseguir una mayor autonomía e independencia de la persona, con una adecuada realización de las actividades básicas de la vida diaria. En definitiva, mejorar la calidad de vida del afectado y sus familiares.

Las principales terapias rehabilitadoras son: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, estimulación cognitiva y apoyo psicológico y emocional.

### **Ejercicio y fisioterapia**

El ejercicio físico es uno de los pilares de una vida saludable, constituyendo una parte fundamental del tratamiento en la Enfermedad de

Parkinson . Diferentes estudios han demostrado que el ejercicio en las personas con párkinson aporta beneficios complementarios al tratamiento farmacológico.

El ejercicio diario ayuda a mantener y mejorar la movilidad, la flexibilidad y el equilibrio, así como otros síntomas de la enfermedad como el estreñimiento o las alteraciones del sueño.

El ejercicio puede consistir en caminar, realizar tabla de ejercicios de estiramiento o nadar, entre otros. Es recomendable realizarlo a diario o al menos varias veces por semana, sin que sea extenuante para el paciente.

La fisioterapia puede ayudar a retrasar la progresión de los trastornos motores, permitiendo mayor grado de autonomía para realizar actividades de la vida cotidiana. Suele ir dirigida:

- ✓ Reeduación de la marcha.
- ✓ Proporcionar pautas para una mejora del equilibrio y flexibilidad.
- ✓ Evitar caídas.
- ✓ Aportar estrategias para salir de los bloqueos de la marcha.
- ✓ Facilitar la independencia funcional para las actividades de la vida diaria.

El fisioterapeuta puede diseñar programas adecuados a las necesidades de cada paciente.

## **Logopedia**

El objetivo de la logopedia es lograr una mejora de los componentes del habla y deglución alteradas, así como de potenciar al máximo aquellas habilidades conservadas, repercutiendo además de forma beneficiosa en la expresividad facial.

La logopedia suele ir dirigida a:

- ✓ Entrenamiento respiratorio.
- ✓ Mejora de la movilidad de labios, lengua, paladar y maxilar para optimizar la articulación y deglución.
- ✓ Potenciar la intensidad de la voz. Mejora de la dicción y claridad en la articulación.
- ✓ Mejora de la hipomimia mediante masajes faciales y movilizaciones activas que disminuyan la rigidez y bradicinesia de la musculatura facial.
- ✓ Tratamiento y prevención de la disfagia para asegurar, en caso de que existan dificultades para tragar, una deglución segura y eficaz y evitar atragantamientos.

## **Terapia ocupacional**

El objetivo de la terapia ocupacional es lograr que la persona con párkinson pueda mantener su nivel habitual de actividades básicas de la vida diaria, tales como el cuidado personal (vestirse, lavarse, comer, bañarse y asearse), u otras actividades diarias (tareas domésticas, compras, gestiones...). El terapeuta ocupacional se encargará de

identificar las dificultades que pueda presentar el paciente para el desempeño de dichas tareas y de fortalecer la relación del afectado con su ambiente laboral, social y de ocio.

La terapia ocupacional está encaminada a:

- ✓ Conseguir que la persona afectada sea lo más independiente y autónoma posible, manteniendo o incluso mejorando su calidad de vida.
- ✓ Conseguir una correcta higiene y cuidado personal del paciente por sí mismo.
- ✓ Eliminar barreras arquitectónicas dentro del hogar y el entorno.  
Mejorar la comunicación funcional.
- ✓ Mejorar y/o mantener las habilidades cognitivas (atención, memoria, orientación...).
- ✓ Facilitar el disfrute de su tiempo libre y la planificación de actividades de ocio.
- ✓ Mantenimiento del puesto de trabajo por el mayor tiempo posible adaptando las actividades y funciones propias.

### **Estimulación cognitiva**

La estimulación cognitiva o psicoestimulación en personas con enfermedades neurodegenerativas busca ralentizar el deterioro, potenciando principalmente aquellas habilidades cognitivas que estén preservadas y mantenerlas durante el mayor tiempo posible. La

intervención viene guiada por una evaluación y planificación metódica y exhaustiva por el terapeuta de rehabilitación cognitiva o neuropsicólogo.

Las actividades y ejercicios deberán ser adecuados para el nivel cognitivo de la persona afectada y orientadas hacia aquellas habilidades que se busque potenciar en dicha persona en particular. Se trabajan áreas tales como la memoria, el cálculo, los procesos de pensamiento abstracto, la atención, las funciones ejecutivas, etc.

### **Apoyo psicológico y emocional**

En la mayoría de los casos, la ayuda psicológica es necesaria puesto que existen factores emocionales que difícilmente podrán resolverse si no son tratados de manera adecuada.

Algunos de los factores que pueden mejorar con el apoyo psicológico son:

- ✓ Trastorno del ánimo: como la depresión o los problemas de ansiedad.
- ✓ Alteraciones del sueño: suelen darse a la hora de mantener el sueño principalmente, con episodios de sueño fragmentado y despertares precoces.
- ✓ Psicosis: tales como alucinaciones visuales y delirios.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Dificultad en el control de impulsos: tales como trastornos sexuales, ludopatía u otros comportamientos compulsivos.

Mediante la intervención psicológica se ayuda al paciente a buscar recursos que faciliten su adaptación a los problemas que van surgiendo en la vida cotidiana, y se ofrecen herramientas para fortalecer su confianza y seguridad en sí mismo. Además se proporciona, tanto a él como a sus familiares, el apoyo necesario para afrontar de manera eficaz las emociones derivadas del diagnóstico de esta enfermedad y su posterior evolución a lo largo de los años.

Los objetivos específicos del apoyo emocional persiguen:

- ✓ Aceptación de la enfermedad y adaptación a los cambios.
- ✓ Mejora del estado anímico y manejo de emociones.
- ✓ Estimulación de las relaciones sociales y familiares.
- ✓ Mejora de la autoestima y el autocontrol.

### **Otras terapias**

Actividades como el baile, musicoterapia, masaje corporal y facial, aromaterapia y risoterapia pueden ser beneficiosas en pacientes con EP.

Diferentes estudios muestran que el Tai-Chi puede mejorar el equilibrio y reducir las caídas en pacientes con EP.”

### **ESSALUD ofrece tratamiento integral para enfermedad de Parkinson a sus asegurados**

“El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ofrece a los asegurados un tratamiento integral contra la enfermedad de Parkinson que incluye terapias a de rehabilitación, consejos nutricionales, apoyo psicológico,

tratamiento con medicamentos y en última instancia la cirugía por estimulación cerebral profunda para casos complicados y muy severos de la enfermedad.

El doctor Julio Quispe Palpa, jefe del Servicio de Neurología General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Es Salud, refiere que entre las molestias más características se encuentran el temblor en reposo de las manos o de los pies.

“Existen síntomas que en ocasiones hasta pueden confundir el Parkinson con otras enfermedades de carácter reumatológico o de salud mental, como el dolor de hombro, la apatía, la depresión, la rigidez de las extremidades y las dificultades en la marcha (al caminar)”, puntualiza el especialista, quien agrega que ante ellos se debe acudir a la consulta médica.

Este tratamiento neuroquirúrgico de alto nivel de complejidad, se realiza desde el año 2007 en el mencionado establecimiento, y consiste en la colocación de electrodos a nivel cerebral cuyo objetivo es la modulación eléctrica de los núcleos de las neuronas que se alteran en el curso de la enfermedad.

“Sin embargo, solamente es realizado en pacientes con características clínicas especiales para poder aliviar molestias muy severas, conocidas

como disquinesias, que son movimientos de torsión que resultan sumamente dolorosos e incapacitantes para quienes los padecen”, puntualizó el neurólogo.

El Parkinson es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso que se presenta generalmente después de los 50 años, ataca preferentemente las neuronas que están relacionadas con la actividad motriz de las personas. No tiene cura y es responsable de la invalidez de un gran número de personas alrededor del mundo.

Cabe señalar que si bien es común que esta enfermedad que no distingue entre varones y mujeres, se inicie a partir de los 50 años, no es raro que se presente mucho antes de los 30 años como en las formas clínicas del Parkinson juvenil.

En el Día Mundial del Parkinson, EsSalud quiere recordar a la comunidad que aún no hay manera de prevenir el inicio de esta enfermedad pero, si se pueden prevenir las complicaciones que alteran el estilo de vida de las personas. Por ello, es importante la terapia física, el apoyo psicológico y el uso racional de medicamentos sin descuidar la educación sobre la enfermedad al paciente y a su familia.”

### **2.2.2. Proceso de Atención en Enfermería.**

Es una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería ya que se basa en ciertos pasos con ordenamiento lógico y estructurado que permiten la planeación y aplicación de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de enfermería para ayudar a los pacientes a lograr su potencial máximo de salud.

La aplicación de la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Atención en Enfermería (PAE), el cual consta de cinco etapas, que son: (Marrimer, 2003)

#### **a) Valoración.**

Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

#### **b) Diagnóstico.**

Es el juicio o conclusión que procede como resultado de la valoración de la enfermería.

#### **c) Planificación.**

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas así como para promover la salud.

**d) Ejecución.**

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

**e) Evaluación.**

Significa comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

**2.2.3. Teoría de Virginia Henderson en enfermería**

**Modelo de Virginia Henderson (1964)**

**Es un modelo de suplencia o ayuda , parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow.**

**Presunciones y valores:** El ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.

**La salud** es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

**Necesidad** es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si

uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas.

**Independencia** será, por tanto, la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos.

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

La función de enfermería es la de: **Sustituta**: reemplaza lo que le falta al paciente. **Ayudante**: cuidado clínico. **Compañera**: fomenta la relación terapéutica

El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible.

Los cuidados de Enfermería no son otros que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud.

Cuando de servicios de salud se trata, el enfermero suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos, personas accidentadas y adultos en edad avanzada. Para ello, inyecta soluciones, aplica sueros, realiza transfusiones y traslada a los pacientes en silla de ruedas o camilla. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, cambia la ropa de cama y en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos. Es común que el enfermero oriente a los pacientes y sus familiares respecto de las normas dietéticas y de higiene que deben seguir acorde a las instrucciones de los médicos. También El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. Recordemos que quienes ofrecemos nuestros servicios enfermería no emitimos juicios de valor, empatizamos. y acompañamos hasta el último aliento.

La Metodología de los cuidados consiste en un plan de cuidados: proceso de resolución de problemas. El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones.

La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. Recordemos que quienes ofrecemos nuestros servicios de enfermería no emitimos juicios de valor, empalizamos y acompañamos hasta el último aliento.

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

**El diagnóstico comprende varias acciones:** Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes.

- Análisis de datos.

Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son tenidas en cuenta, porque requieren intervenciones por parte de la enfermera aquí y ahora. Hay que separar lo que la enfermera puede resolver con su función autónoma y lo que no puede resolver.

- A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone el diagnóstico de enfermería.
- Valorar como incide el problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

### **Modelo de Dorothea Orem**

**Es un modelo de suplencia o ayuda, parte de teoría de las necesidades humanas de Maslow y teoría general de sistemas.**

Para Dorothea Orem el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido. Tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

La **salud** es un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

El **autocuidado** es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. Son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje. Cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones bien por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados.

Hay tres tipos de autocuidados:

- Los derivados de las necesidades fundamentales que tiene cada individuo: comer, beber, respirar,...
- Los derivados de las necesidades específicas que se plantea en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, adolescencia,...
- Los derivados de desviaciones del estado de salud.
  - Conceptos según la teoría:
  - 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 sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.
- 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.

- Conceptos de Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.
- También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:
- Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.
- Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.
- Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

- La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.
- Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:
- Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
- Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.(7)

En el modelo de Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de

cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Los cuidados de Enfermería constituyen la forma de ayudar a las personas cuando presentan limitaciones y/o incapacidades en la realización de las actividades de los autocuidados.

Hay tres tipos de asistencia:

- El sistema de compensación total: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- El sistema de compensación parcial: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte del enfermero, bien por motivos de limitación o incapacidad.
- El sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo los autocuidados.

## **Metodología de los cuidados**

### **Plan de cuidados.**

Asimismo se aplicó la Teoría de Henderson y Oren para el desarrollo del presente informe porque me permitió acceder a una mayor interrelación de paciente enfermera

### **Diagnóstico de enfermería:**

Identificar posibles deterioros de la movilidad física relacionada con déficit neuroquímico cerebral de dopamina; afección progresiva de la movilidad e inestabilidad física, rigidez muscular y temblor involuntario.

### **Objetivo:**

Ayudar a mejorar la fuerza muscular, así como la coordinación y deambulación.

### **Cuidados específicos:**

Administración adecuada de Levodopa en la persona, aplicando la regla de oro: la levodopa es un medicamento que se transforma en dopamina en el cerebro y sustituye su deficiencia, alivia la rigidez en la mayoría de las personas y suele mejorar el temblor algún tiempo; tiene vida media de 60 a 90 minutos.

Orientación acerca de la realización de ejercicios, valoración y programación de fisioterapia para la persona, que le ayuden a fortalecer la fuerza motora en brazos, manos y piernas.

Los ejercicios ayudan a aumentar el vigor muscular, mejoran la coordinación y disminuyen la rigidez; con esto se evitan contracturas y deformidades óseas.

Motivarlo a que deambule, mencionándole la importancia que tiene el ejercitar sus músculos.

Las técnicas aplicadas para caminar son con el fin de mejorar la marcha pesada y la tendencia a inclinarse hacia adelante, realizando pasos alargados con los pies separados; la marcha de pie ayudará al balanceo de brazos y hombros.

Mencionarle cómo pueden disminuir los temblores finos de los miembros superiores, cómo lograrlo y qué debe de hacer.

El temblor fino disminuye con el reposo, aumenta con los movimientos bruscos y se intensifica con el estrés. El estrés puede precipitar un episodio agudo.

### 2.3. Definición de Términos

- a) **La enfermedad de Parkinson:** es un tipo de trastorno del movimiento. Ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocido como dopamina. Algunos casos son genéticos pero la mayoría no parece darse entre miembros de una misma familia.
  
- b) **Parkinsonismo:** término que se refiere a un grupo de afecciones caracterizadas por cuatro síntomas típicos que son temblor, rigidez, inestabilidad postural y bradicinesia.
  
- c) **Adulto mayor:** Las Naciones Unidas (ONU) considera al anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.
  
- d) **Cuidado de Enfermería :** Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio de Neurología, como las historias clínicas, Kárdex y datos estadísticos de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Ingrese al HNERM a través de un concurso y empecé a laborar el 29 de Mayo del 2002, estuve como año y medio rotando por los diferentes servicios que tiene el hospital, como enfermera de RETEN, luego del cual pase al servicio de Neurología en Noviembre del 2003 como enfermera asistencia hasta la actualidad.

Encontrándome en el servicio de Neurología, la función que desempeño es de Enfermera Asistencial, el contacto con el paciente en su atención adecuada, eficaz y oportuna, asimismo se interactúa con la familia en el cuidado del paciente. Enseñándole en el manejo adecuado para su pronta recuperación.

Asimismo el servicio de Neurología donde laboro alberga a 45 pacientes con diferentes patologías como ACV, Crisis Convulsiva , Miastenia Gravis ,Esclerosis Múltiple, y pacientes con Enfermedad de Parkinson ..Habiendo ambientes Unipersonales y Bipersonales cada uno con sus respectivos baños , se encuentra también se encuentra la estación de Enfermería ,Tópico de Enfermería, cuarto de ropa limpia ,Baño para el personal, lavadero de chatas u otros, el cuarto de flores en donde el personal toma su refrigerio por espacio de 10 minutos aproximadamente y esta también el Ambiente de Jefatura .

Entre los recursos humanos que labora en el servicio de Neurología, está conformado por 18 médicos asistenciales, 12 médicos residentes de la especialidad de Neurología de diferentes años. El personal de Enfermería está conformada por la Enfermera Jefe, la Subjefe y 16 enfermeras asistenciales y 14 Técnicos de Enfermería, asimismo conforma el equipo multisectorial Lic. En Nutrición, Lic. Servicio Social, Terapeuta en Lenguaje, Rehabilitación, Neuropsicología.

Estructuralmente no está contemplado el cargo de subjefatura, pero funcionalmente se viene desempeñando acorde a las necesidades del servicio.

## **Funciones desarrolladas en la actualidad**

### **a) Área Asistencial**

- Valoración del paciente que ingresa al servicio de Neurología a través del control de funciones vitales.
- Administración del tratamiento farmacológico por vía oral o endovenoso indicado por el médico.
- Administrar la dieta por SNG, y su tratamiento por SNG.
- Observar signos y síntomas de alarma.
- Apoyo psicológico y emocional.

### **b) Área Administrativa**

- Anotar el Ingreso y Egreso de pacientes en el libro de Registros y la procedencia.
- Verificar si tiene el brazalete de identificación.
- Informar a la familia sobre las hora de visita, el informe médico etc.
- Programar citas para talleres charlas.
- Llenar otros formatos necesarios y correspondientes al programa de atención.

### **c) Área Docencia**

- Educación personalizada.
- Charlas grupales preventivos promocionales correspondientes al programa del Adulto- Mayor.
- Talleres en grupo con temas de reforzamiento en conocimiento y práctica para mejorar su salud.

### **3.3. Procesos realizados en el Cuidado de Enfermería del Adulto Mayor con Enfermedad de Parkinson**

Para el desarrollo informe describo una situación relevante, de un paciente varón de 66 años de edad Sr. Apaza Mamani Domingo de grado de instrucción 5<sup>a</sup> de primaria, natural de Puno, casado, que ingresa al servicio por: Estado Avanzado de Enfermedad de Parkinson, deterioro cognitivo. Como antecedente médico tuvo TBC pulmonar a los 22 años de edad y hace más o menos 15 años que sufre de esta enfermedad. Observándose al paciente en cama, con rigidez generalizada con temblor estando en reposo de miembros superiores con disartria y con tendencia al llanto al entrevistarlo.

Al entrevistar al familiar (esposa) refiere que en su hogar presentaba por momentos ciertos olvidos pasajeros de hechos recientes, así como también observaba constantes caídas al caminar y que dejó de tomar su tratamiento con Levodopa por mucho tiempo, por lo que la enfermedad ha ido incrementándose.

En el servicio al encontrarlo así el médico evalúa y deja indicaciones escritas, el paciente no podía deglutir y se le coloca SNG para alimentación y tratamiento, el manejo del tratamiento lo hace la enfermera pero al administrar el tratamiento se observó al paciente lábil emocionalmente y me llamo la atención. Se le pregunta el motivo del llanto o acaso le estamos tratando mal y moviendo la cabeza me dice NO, es así que cuando el familiar visita al paciente se le enseña a dar la dieta

por SNG, a tener cuidado de la piel porque es un paciente en cama y el riesgo de aparecer UPP es frecuente y a su vez el manejo adecuado del tratamiento que requiere es decir administrar su Levodopa a la hora indicada supervisando la ingesta de esta, los familiares es parte importante en la recuperación del paciente y su pronta restablecimiento al hogar. El paciente estuvo hospitalizado casi 3 semanas con el tratamiento indicado y a la hora indicada y con la terapia a seguir y una adecuada dieta el paciente sale de alta del servicio todavía en silla de rueda y sin SNG en compañía de uno de sus hijos.

#### **Innovaciones - Limitaciones**

- Coordinar con el equipo multidisciplinario en la atención oportuna al paciente con Enfermedad de Parkinson incluyendo a la familia que acude, concientizándole a que le brinde apoyo por la seguridad y cuidado del paciente anciano quien muchas veces se siente solo.
- Retomar los talleres de cuidado del paciente adulto mayor incluyendo al familiar (cuidador) por considerarse un elemento muy importante en el cuidado conjuntamente con equipo de salud.
- Finalmente una de las grandes limitaciones ha sido el tiempo y acceso al dominio de la Tecnología de Información.

## IV. RESULTADOS

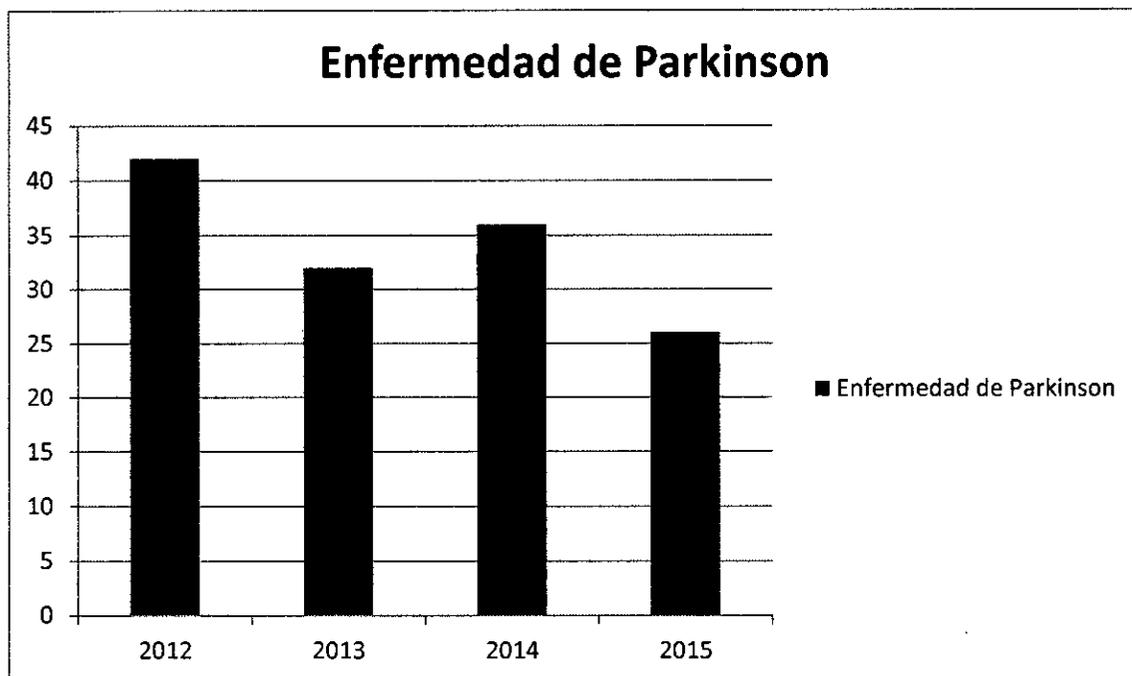
### CUADRO 4.1

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL H.N.E.R.M. ESSALUD-LIMA 2012-2015

Patología	AÑO						TOTAL		
	2012	%	2013	%	2014	%		2015	%
Enfermedad de Parkinson	42	30.88	32	23.6	36	26.47	26	19.11	136

Fuente: Registros de Ingreso de pacientes del año 2012 – 2015

Gráfico N° 4.1



En el gráfico N° 4.1 podemos observar que en el año 2012 hubo un 30.88 %, en el año 2013 un 23.6%, en el año 2014 un 26.47% y en el año 2015 un 19.11 % de pacientes Diagnosticado con Enfermedad de Parkinson.

**CUADRO 4.2**

**DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES CON**

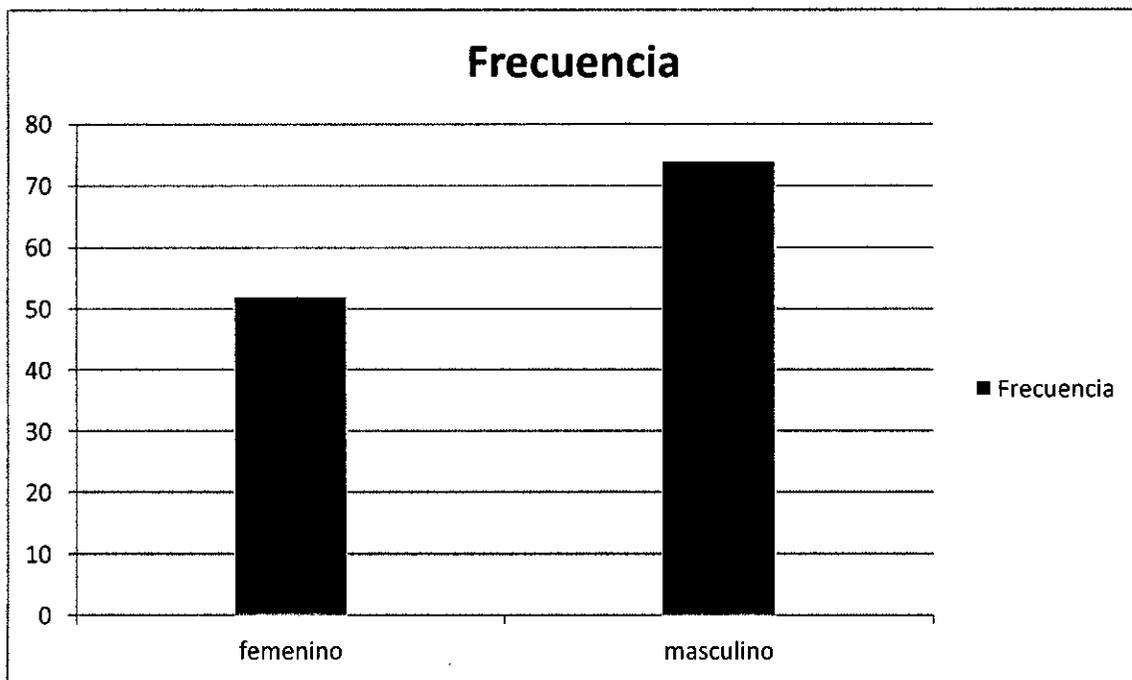
**ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL SERVICIO DE**

**NEUROLOGÍA DEL H.N.E.R.M. ESSALUD LIMA 2012-2015**

SEXO	Frecuencia	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	55	40.44 %
MASCULINO	81	59.56 %
TOTAL	136	100 %

Fuente: Registro de ingreso de pacientes

Grafico N<sup>a</sup> 4.2



En el grafico N<sup>a</sup> 4.2 podemos observar que 59.56% es de sexo masculino y el 40.44% es de sexo femenino

**CUADRO 4.3**

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES CON**

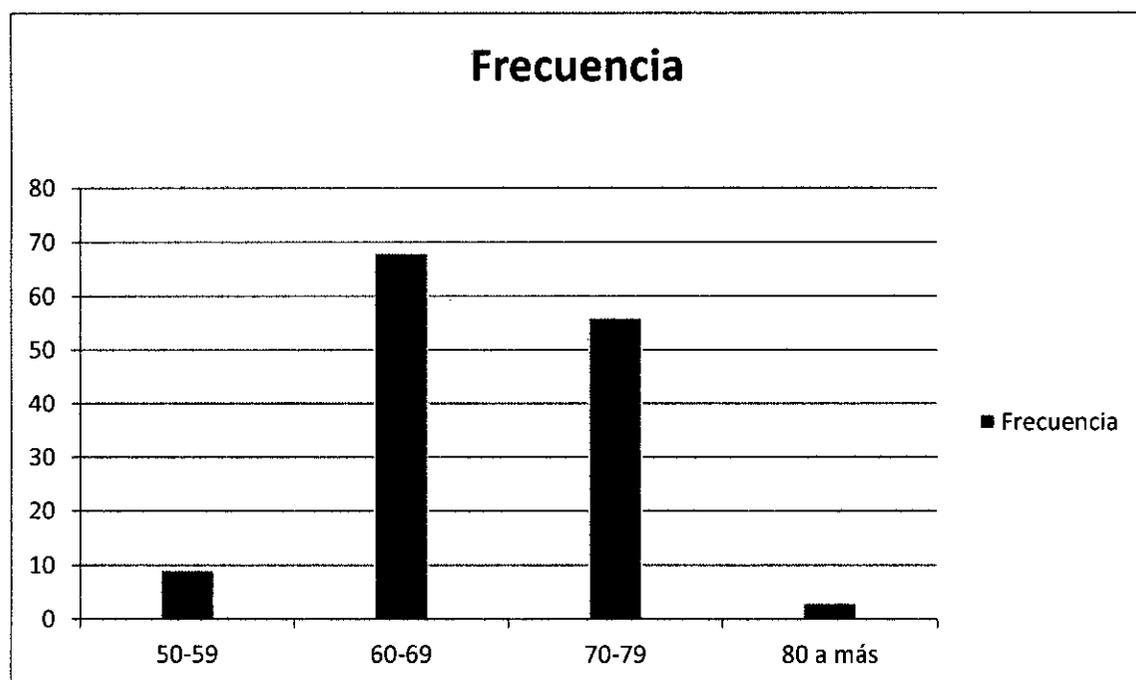
**ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL SERVICIO DE**

**NEUROLOGÍA DEL H.N.E.R.M. ESSALUD LIMA 2012-2015**

EDAD	F	PORCENTAJE (%)
50-59	9	6.62 %
60-69	68	50 %
70-79	56	41.18 %
80 a más	3	2.20 %

Fuente: Registro de ingreso de pacientes

Gráfico N° 4.3



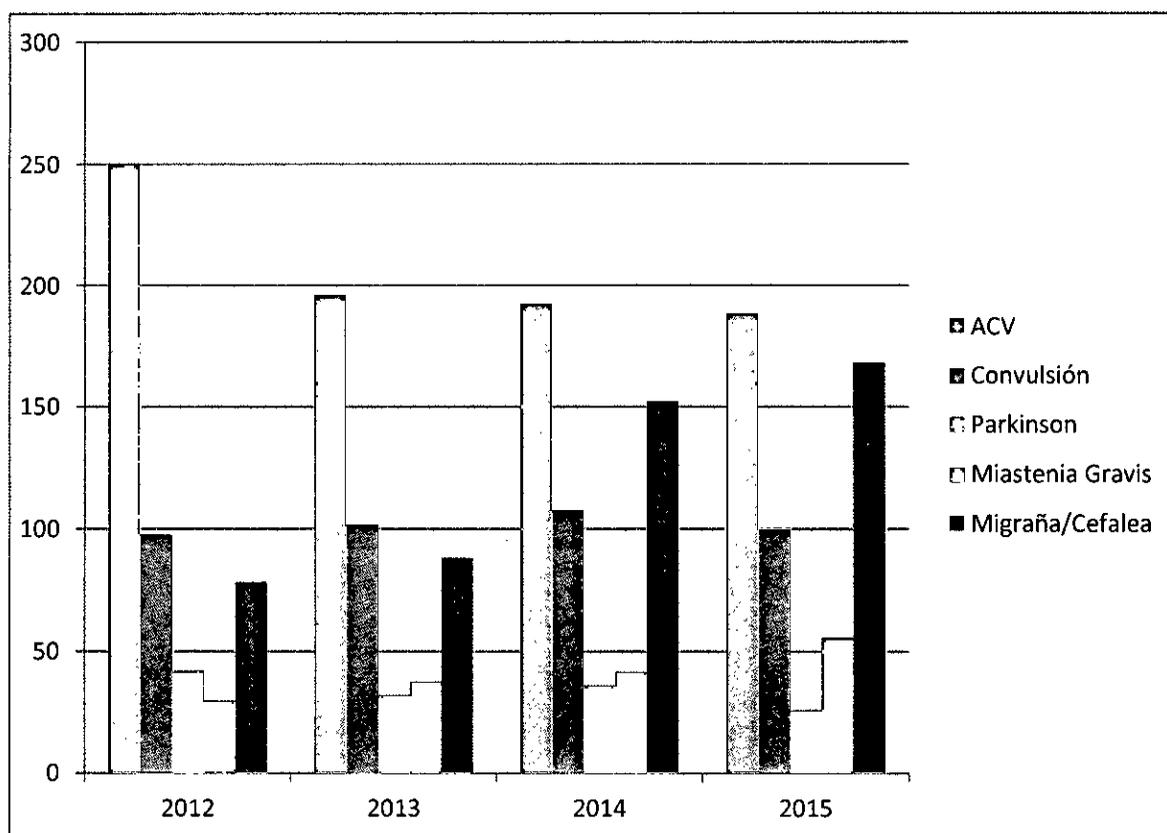
En el gráfico N° 4.3 podemos observar que el 50% tiene la edad entre 60 – 69 años, el 41.18 % tiene entre 70 -79 años , el 6.62 % tiene entre 50 – 59 años y el 2.20% son los que son mayores de 80 años de edad

CUADRO 4.4

**DISTRIBUCIÓN DE DIFERENTES ENFERMEDADES  
NEUROLÓGICAS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL  
H.N.E.R.M. ESSALUD-LIMA 2012-2015**

PATOLOGIAS FRECUENTES	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
ACV	250	30.27	196	23.72	192	23.24	188	22.77
Convulsión	98	24.01	102	25	108	26.48	100	24.51
Parkinson	42	30.88	32	23.6	36	26.47	26	19.11
Miastenia Gravis	30	18.07	38	22.90	42	25.30	56	33.73
Migraña/Cefalea	78	16.04	88	18.11	152	31.28	168	34.57

Fuente: Estadística del servicio de Neurología 13A del H.N.E.R.M



## V. CONCLUSIONES

- a. Podemos destacar que en el servicio de Neurología acuden muy pocos pacientes con Parkinson a hospitalizarse porque se está aplicando la Atención Primaria a este grupo de pacientes, a través de la información que se brinda .
  
- b. Al hospitalizarse un paciente adulto mayor con Enfermedad de Parkinson requiere la máxima atención de Enfermería en el manejo propio de la enfermedad, a través de la entrevista al propio paciente y/o familia .
  
- c. Debemos destacar la importancia que tiene la familia en el apoyo que brinda a su paciente, ya sea en la enseñanza que recibe del personal de enfermería para el cuidado del propio paciente.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Es necesario establecer un contacto permanente del paciente con Parkinson con la familia el apoyo que estos necesitan y que deben ser dados, para evitar que la enfermedad avance.
  
- b. Los profesionales de Enfermería debemos entender y reconocer que la familia es un ente importante en la recuperación del paciente, a través de la enseñanza que se le brinda.
  
- c. Coordinar la elaboración de trípticos y /o formatos para la familia y el paciente al ingreso y al ser dado de alta.

## VIII. REFERENCIALES

1. ESSALUD. Ofrece tratamiento integral para enfermedad de Parkinson a sus asegurados.  
<http://www.essalud.gob.pe/essalud-ofrece-tratamiento-integral-para-enfermedad-de-parkinson-a-sus-asegurados/>. 11 de abril 2014.
2. Consultado en <https://tratamientoparkinson.com/noticias/275-cifras-sobre-el-parkinson-en-el-mundo> Fecha de consulta: 08 de octubre del 2016.
3. Consultado en <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/300-mil-peruanos-padecen-mal-parkinson-noticia-1721742> Fecha de consulta: 08 de octubre del 2016.
4. GARNICA FERNANDEZ, Almudena / GARCÍA RUIZ-ESPIGA, Pedro. Enfermedad de Parkinson. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Barcelona: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología-Sociedad Española de Neurología. Online: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/GUIA%20GERIATRIA.%20Parkinson.pdf>. 2009.
5. TEBERNÉ R. Silvia. Parkinson: no sólo un problema de movimientos. Mundo. Recuperado en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/01/14/neurociencia/1358192819.html>. (25/02/2013).
6. DE LAS CASA FAGES, Beatriz GUÍA INFORMATIVA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. Madrid

7. ESSALUD. Ofrece tratamiento integral para enfermedad de Parkinson a sus asegurados.  
<http://www.essalud.gob.pe/essalud-ofrece-tratamiento-integral-para-enfermedad-de-parkinson-a-sus-asegurados/>. 11 de abril 2014.
8. INEI. Situación de la población adulto mayor. Informe técnico N° 1. (Octubre-Noviembre-Diciembre 2013).  
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-oct-dic-2013.pdf>. 2014.
9. Buscado en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Modelos\\_y\\_teor%C3%ADas\\_de\\_la\\_enfermer%C3%ADa](https://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_enfermer%C3%ADa) Fecha: 19 de octubre
10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Trastornos neurológicos, desafíos para la salud pública.  
[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Trastornos\\_Neurol%C3%ADgicos.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Trastornos_Neurol%C3%ADgicos.pdf) 2006.
11. ROBLES GAITERO, Gloria. Enfermedad de Parkinson abordaje enfermero. Facultad de enfermería, Universidad de Valladolid. 2015
12. SALGADO QUIJANO, María / ESPINOSA SÁNCHEZ, Guadalupe. Proceso de atención de enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Enfermería Neurológica, 11( 2), p. 81 – 86. 2012.

13. STOKES, M. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. Editorial Elsevier Mosby, Madrid. 2006.
14. TOSIN SIQUEIRA, Michelle Hyczy / OLIVEIRA BAPTISTA, Beatriz Guitton. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en la Enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado. Escuela de enfermería Aurora de Alfonso Costa. Online Brazilian Journal of Nursing. Recuperado el 1 de octubre del 2016 en <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5047>. 2014
15. TOSIN SIQUEIRA, Michelle Hyczy / MORALES CAMPOS, Débora / ANDRADE, Leonardo Tadeu / OLIVEIRA BAPTISTA, Beatriz Guitton / FERREIRA SANTANA, Rosimere. Intervenciones de enfermería para la rehabilitación en la enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado de términos. Revista Latino Americana de Enfermagen, (24); e2728. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0689.2728>. 2016

# **ANEXOS**



**Paciente Sr. Apaza se le aspira secreciones por boca antes de dar su alimento por SNG**





**Dándole la dieta por SNG a gravedad pasando lentamente**





**Sr. Apaza recuperándose poco a poco sin SNG despierto y alimentándose por boca una dieta licuada**