



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde Atención Primaria

Estudiante: M^a Concepción García Manzanares

Tutora: Lourdes Jiménez Navascués

Soria, 11 de junio 2015



“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”

Florence Nightingale.



ÍNDICE

1. Introducción	6
2. Marco teórico	7
2.1. Envejecimiento de la población.....	7
2.2. Enfermedad de Parkinson.....	8
2.2.1. Epidemiología.....	8
2.2.2. Aspectos clínicos de la E. Parkinson.....	9
a. Concepto de E. Parkinson.....	9
b. Criterios de diagnóstico.....	11
c. Tratamiento.....	13
2.3. Cuidados de enfermería.....	16
2.3.1. Concepto de enfermería.....	16
2.3.2. Modelos de enfermería.....	17
2.3.3. Metodología científica de enfermería.....	18
2.3.4. Plan de cuidados estandarizado.....	20
2.4. Atención Primaria.....	21
3. Objetivo	22
4. Material y método	23
5. Resultados	25
5.1. Necesidades de los pacientes recién diagnosticados de Parkinson...	25
5.2. Los cuidados más demandados por el paciente	27
5.3. Propuesta de un plan de cuidados estandarizado.....	30
6. Conclusiones	33
7. Bibliografía	34
8. Anexos	41

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla nº 1. Escala de Hoehn y Yarh.....	12
Tabla nº 2. Resumen estrategia de búsqueda.....	24



SIGLAS Y ABREVIATURAS

ATS.....	Ayudante Técnico Sanitario
DUE.....	Diplomado Universitario en Enfermería
E. Parkinson.....	Enfermedad de Parkinson
et al.	Colaboradores
CIE.....	Consejo Internacional de Enfermería
COMT.....	Catecol-O-metiltransferasa
IMSERSO.....	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE.....	Instituto Nacional de Estadística
LOPS.....	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MAO-B.....	Monoaminoxidasa
NANDA.....	North American Nursing Diagnosis Association
NIC.....	Nursing Interventions Classification
NICE.....	National Institute for Health and Care Excellence
NOC.....	Nursing Outcomes Classification
OMS.....	Organización Mundial de la Salud
SNS.....	Sistema Nacional de Salud



Resumen

Introducción. La enfermedad de Parkinson es un trastorno crónico neurodegenerativo de inicio insidioso y de curso prolongado. Tiene una mayor incidencia en las personas de avanzada de edad, la edad media de inicio es de 57 años.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los datos publicados hasta el momento sobre que necesidades tienen los enfermos de Parkinson en fases iniciales y que cuidados requieren. El objetivo principal del estudio, ha sido establecer los cuidados de enfermería en los pacientes de E. Parkinson recién diagnosticados en Atención Primaria.

Material y método. Revisión bibliográfica en diversas bases de datos y portales.

Resultados. Las necesidades más demandas en la fase inicial de la enfermedad de Parkinson, se relacionan con la movilidad, la eliminación y el sueño/reposo. Las intervenciones se programan según la necesidad de cada paciente.

Conclusiones. La detección precoz del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson mejorará la eficacia de la intervención y dará lugar a un enlentecimiento del progreso de la enfermedad. La importancia de informar y educar al paciente sobre los aspectos fundamentales y el pronóstico evolutivo de la E. Parkinson son fundamentales para mejorar la capacidad de afrontamiento del individuo.

Palabras clave. Enfermedad de Parkinson, necesidades, cuidados, Atención Primaria, enfermería.

Abstract

Introduction. Parkinson's disease is a chronic neurodegenerative disorder with insidious beginning and prolonged course. It is more prevalent in people of advanced age; the average age of onset is 57 years.

A literature review of the data published until now has been made about what needs the Parkinson's patients have in early stage and what kind of care they need. The first objective of this study has been to establish the nursing care for Parkinson's patients newly diagnosed in primary care.

Material and methods. Study of a literature review in various databases and bibliographic portal.

Results. The most requested needs in early stage of Parkinson's disease relate to mobility, elimination and sleep/rest. The interventions are programmed according to the needs of each patient.

Conclusions. The early diagnosis of Parkinson's disease will improve the efficiency of the intervention and it will result in a slowing of disease progression. The importance of informing and educating the patient about the fundamental aspects and the evolutionary prognosis of Parkinson's disease are fundamental to improving the individual's ability of coping.

Keywords. Parkinson's disease, needs, care, primary care, nursing.



1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa 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. La E. Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer según la OMS. Tiene una incidencia anual de 20 casos por cada 100.000 habitantes, con una edad media de 57 años. La E. Parkinson presenta un gran impacto en la vida de las personas que la padecen y de sus familiares, afecta a la satisfacción de las necesidades básicas, produciendo situaciones de dependencia e incapacidad.

He elegido el tema de la E. Parkinson, porque percibo que en mi entorno existe desconocimiento sobre las fases iniciales en cuanto a las necesidades y demandas que tienen los pacientes recién diagnosticados de la enfermedad ya que siempre se piensa en fases más avanzadas.

Con este trabajo pretendo profundizar mis conocimientos de la enfermedad y los cuidados de enfermería que desde el ámbito de Atención Primaria, se pueden ofrecer.



2. MARCO TEORICO

2.1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

A lo largo del siglo XX la longevidad de las personas se ha incrementado en los países desarrollados¹. El proceso de envejecimiento se caracteriza por ser multifactorial en el que intervienen tanto factores medio-ambientales como endógenos o genéticos; y entendemos que es polifacético porque se abordan estudios desde diversos ámbitos como el biomédico, psicológico, sociales, económicos, etc., en los que se producen efectos en el envejecimiento².

Europa es uno de los continentes con mayor número de personas mayores en relación a la población total, destacan Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España³. El incremento de personas mayores en España se debe a la interacción de diversos factores demográficos^{4, 5}: la baja tasa de natalidad y el aumento de esperanza de vida y un nuevo fenómeno, el incremento progresivo de la supervivencia de las personas octogenarias⁶.

Si comparamos la tasa de natalidad de 1975 y la actual observamos una notable disminución, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1975 era de un 18,74% (3 hijos/mujer fértil) mientras que en el año 2013 disminuyó al 9,11% (1,2 hijos/mujer fértil)⁷.

Tras la posguerra española hubo un fenómeno llamado “baby-boom”, donde nacieron casi 14 millones de niños entre 1958 y 1977, esta generación iniciará su jubilación entorno al año 2024 cuando se prevé un aumento de presión a los sistemas de protección social.

La esperanza de vida se ha incrementado de forma llamativa en el último siglo, según Abellán⁴, en el año 2011 era de 82.3 años, mientras que en 1900 la esperanza de vida era de 34.8 años. El incremento de la esperanza de vida, es considerado un indicador de grandes avances de las políticas sanitarias, sociales y económicas de un país. En la actualidad, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida mayor que los varones, 85.21 años para la mujeres y 79.3 años los varones⁴. Según las proyecciones demográficas, se predice un aumento del porcentaje de población mayor



en los próximos años, según datos del INE el 36,5% de la población total del país en el año 2051⁴, la Organización de Naciones Unidas sitúa a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, siendo un 40% de la población total⁸.

El envejecimiento constituye un reto para la sociedad ya que, los cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento conllevan mayor vulnerabilidad a padecer enfermedades, como la E. Parkinson y requieren servicios que favorezcan un adecuado nivel de salud y capacidad funcional⁹.

Cuidar de la salud a lo largo de la vida puede evitar, retrasar o detectar precozmente la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como son las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer o las enfermedades degenerativas, como la enfermedad de Parkinson.

La detección precoz, permite intervenir en las primeras fases, incrementando la calidad de vida de quienes la padecen y prevenir o reducir las consecuencias negativas. La cronificación de las situaciones de salud también exige una atención continuada, que optimice la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno más próximo.

2.2. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Según la OMS¹⁰ la E. Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer. Es una de las enfermedades con mayor impacto en la vida de las personas de quien la padece y en sus familiares, porque afecta a la satisfacción de las necesidades básicas, produce incapacidad y genera un enorme coste económico y social durante su evolución. Además es muy frecuente que los pacientes sufran de ansiedad y depresión, lo que repercute en su calidad de vida¹¹.

2.2.1. Epidemiología

Existen diferencias en la incidencia y prevalencia en diferentes planos internacionales, atribuidas a las diferencias étnicas entre las regiones. Se muestran tasas más altas para los caucásicos en Europa y América del Norte, tasas intermedias para los asiáticos en China y Japón, y las más bajas para las personas de raza negra en África¹². En la actualidad en España, la E. Parkinson afecta alrededor del 0,4% de las personas mayores de 40 años, el 1%^{13,14} de las personas mayores o igual a 65 años y el



10% de las personas mayores de 80 años¹⁵. La edad media de inicio es de 57 años. En raras ocasiones comienza durante la infancia o adolescencia a lo que se conoce como parkinsonismo juvenil^{16, 14}.

En España la incidencia anual es de 20 casos por 100.000 habitantes¹⁴. Farreras¹⁷ indica que la incidencia es más frecuente en varones que en mujeres (55%-60%), el IMSERSO¹⁸ según la última encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia¹⁹ ofrece una información inversa, como se puede ver en el gráfico del anexo 1, datos que corrobora Arroyo et al.²⁰ en su estudio, con un 58% en las mujeres frente a un 42% en los hombres.

2.2.2. Aspectos clínicos de la E. Parkinson

Se han realizado enormes progresos en el tratamiento de la E. Parkinson, desde que James Parkinson la describiera por primera vez. No obstante la causa de este trastorno neurodegenerativo sigue siendo desconocida.

a. Concepto de E. Parkinson

La primera descripción de la E. Parkinson la realizó el médico británico James Parkinson en 1817, que la definió como un síndrome caracterizado por temblores, rigidez y pérdida de los reflejos posturales y en donde los sentidos y la inteligencia estaban ilesos²¹. Posteriormente Charcot y Vulpian en 1861, fueron los primeros en concretar que los enfermos de Parkinson presentaban una pérdida general de las funciones motoras²².

En el Manual Merck²³ se define como “un trastorno crónico neurodegenerativo de inicio insidioso y de curso prolongado caracterizado por la presencia de sintomatología predominantemente motora, bradiquinesia, temblor de reposo, rigidez y problemas posturales”. También está asociada con una variedad de síntomas no motores y con los síntomas motores de inicio tardío, tales como la inestabilidad postural y las caídas, interrupción de la marcha, problemas de lenguaje y dificultades para tragar.

Farreras y Rozman et al.²⁴ la entienden como un síndrome, cuya entidad clínica se caracteriza por temblor, rigidez muscular, lentitud de movimientos o bradicinesia y alteración de los reflejos posturales. Este cuadro clínico puede producirse por



factores etiológicos diversos, pero en la mayoría de los casos se desconoce la causa. Según Farreras, el síndrome de Parkinson se clasifica en tres tipos, el primero, el síndrome de Parkinson idiopático o primario, descrito por James Parkinson, conocido como enfermedad de Parkinson. El segundo, los parkinsonismos producidos por factores etiológicos, conocidos como Parkinson secundario o sintomático y en un tercer grupo, los síntomas de parkinsonismo que aparecen en el contexto de otra enfermedad neurológica y se asocian a otros síntomas de disfunción neurológica, conocidos como los parkinsonismos plus.

Estas definiciones se complementan entre sí, la primera lo aborda como un trastorno neurodegenerativo que se inicia de forma insidiosa y es de curso prolongado, mientras que la segunda tiene presentes los factores etiológicos y los síntomas descritos en las definiciones no difieren entre ellas.

Desde el punto de vista anatómico y fisiológico, en 1919, Constantin Tretiakoff describió que la lesión básica de la E. Parkinson se encontraba en la llamada sustancia negra. A finales de los años 50, Carlsson y Hornykiewicz aportaron que las neuronas situadas en la sustancia negra producían un neurotransmisor llamado dopamina, cuyos niveles disminuían en los pacientes con enfermedad de Parkinson, aunque no consiguieron desvelar el porqué de este hecho²⁵. Hoy en día la E. Parkinson se relaciona con alteraciones de varias regiones del cerebro, incluyendo los núcleos pigmentados en el mesencéfalo y el tallo cerebral, el tubérculo olfatorio, la corteza cerebral, y los elementos del sistema nervioso periférico²⁶, provocado por la degeneración neuronal en la sustancia negra, lo que da lugar a una disminución en los niveles de dopamina. Cuando el cerebro no dispone de este neurotransmisor, los mensajes de cómo y cuándo moverse se transmiten de forma errónea, dando lugar a los trastornos característicos de la enfermedad, temblores, rigidez muscular, deterioro, reflejo postural y la lentitud del movimiento que con el tiempo se convierten en debilitante²⁷.

La E. Parkinson además de la pérdida progresiva de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra^{28,26}, se caracteriza por la pérdida de dopamina en el cuerpo estriado, la presencia de inclusiones citoplasmáticas ubiquitina y α – sinucleína – positivas como cuerpos de Lewy, la despigmentación de los locus



coeruleus y la disfunción autonómica incluyendo denervación simpática del corazón²⁹. Durante el desarrollo de la E. Parkinson, los síntomas pueden extenderse más allá del sistema dopaminérgico, involucrando otros sistemas cerebrales y provocando así alteraciones emocionales, cognitivas, sensoriales y gastrointestinales³⁰.

Estos síntomas no motores pueden ser muy variados y dependerán de la evolución y el tratamiento del paciente, los más característicos son: la ansiedad, la depresión, los problemas de memoria, la sialorrea, la intranquilidad, el estreñimiento, o la sudoración.

b. Criterios de diagnóstico

El diagnóstico de la E. Parkinson es principalmente clínico³¹, aunque en ocasiones se confirma el diagnóstico de la enfermedad cuando el tratamiento farmacológico produce mejoría y se excluyen el parkinsonismo secundario y el parkinsonismo Plus o síndrome del Parkinson Plus^{32,24}.

Los síntomas del parkinsonismo secundario están relacionados con los efectos secundarios de ciertos medicamentos, como por ejemplo, los usados para los trastornos estomacales (metaclopramida), la alta presión arterial (reserpina) y la epilepsia (valproato)³³.

El parkinsonismo Plus cursa con manifestaciones clínicas, asociadas a la degeneración de otros sistemas neuronales, como son la atrofia sistémica múltiple, la parálisis supranuclear progresiva, el complejo de Parkinson–demencia–esclerosis lateral amiotrófica, la degeneración corticobasoganglionar y la enfermedad por cuerpos de Lewy, dentro de los más relevantes. Y si un paciente con síntomas de E. de Parkinson no responde adecuadamente al tratamiento con levodopa se debe considerar la posibilidad de que esté desarrollando un parkinsonismo Plus³⁴.

El diagnóstico es particularmente difícil en las personas mayores, porque el proceso de envejecimiento puede cursar con algunos problemas similares como la pérdida de equilibrio, movimientos lentos, rigidez muscular y postura encorvada. No existen pruebas o estudios de diagnóstico por imágenes que puedan confirmar el diagnóstico de forma directa. Sin embargo, la tomografía computarizada y una resonancia magnética nuclear ayudan a detectar si un trastorno estructural es la causa



de los síntomas. En la tabla del anexo 2, describimos los criterios para el diagnóstico de la E. Parkinson según el National Institute for Health and Care Excellence³⁵ (NICE).

En la actualidad, la clasificación que se está utilizando para valorar la evolución de la E. Parkinson es la escala de Hoehn y Yarh¹⁴ (tabla nº 1). Se emplea por su simplicidad aunque es necesario tener en cuenta la presencia, sobre todo en estado avanzado de situaciones comórbidas²⁵.

La evolución de la enfermedad es diferente en cada paciente, por ello, no todos los pacientes llegan a pasar por todas las fases.

Tabla nº 1. Escala de Hoehn y Yarh

Estadio 0	No hay signos de enfermedad.
Estadio 1	Afectación unilateral. Síntomas leves como es el temblor en alguna extremidad.
Estadio 2	Afectación bilateral, sin alteraciones del equilibrio pero la marcha y la postura están afectadas.
Estadio 3	Evidencia de afectación de los reflejos posturales mediante exploración o por la historia clínica de caídas, alteración del equilibrio, etc. Pero el paciente es físicamente independiente.
Estadio 4	Desarrollo completo de la enfermedad en grado severo. Incapacidad marcada.
Estadio 5	Confinamiento a silla de ruedas. Invalidez total.

Fuente: Fuente AI y Ayuso L. Alteración degenerativa. En: Fuentes M, coordinadora. Enfermería médico-quirúrgica II. 2ª ed. Enfermería S 21: Ediciones DAE (Paradigma); 2009. p. 988 – 994

La federación española de Parkinson propone otra clasificación diferente que les permite realizar un seguimiento y un análisis de los problemas que presentan los pacientes a lo largo de la evolución del Parkinson^{36,37}, en tres estadios.

1. Pacientes de diagnóstico reciente (engloba a los estadios 1 y 2). Es la etapa inicial, período que abarca entre el inicio de los síntomas y la aparición de las complicaciones asociadas con la terapia dopaminérgica. Dura aproximadamente los primeros 5 años de la evolución de la enfermedad.

2. Pacientes moderadamente afectados (engloba a los estadios 3 y 4). La etapa intermedia está marcada por la aparición de las complicaciones motoras y la mayor intensidad de las manifestaciones no motoras; suele abarcar entre los 5 y 10 años del inicio de los síntomas. Se caracteriza por un empeoramiento progresivo de los síntomas que interfieren en las actividades sociales.



3. Pacientes severamente afectados (estadio 5). En la etapa avanzada los síntomas son graves, con importante repercusión social, plagados de manifestaciones motoras que no responden al tratamiento farmacológico, apareciendo síntomas neuropsiquiátricos y del sistema nervioso autónomo.

c. Tratamiento

El tratamiento de la E. Parkinson en su etapa inicial se basa en una terapia multidisciplinaria no farmacológica y farmacológica. Las intervenciones no farmacológicas son esenciales en el tratamiento inicial del paciente con E. Parkinson como es la educación, el soporte emocional, el ejercicio físico y la nutrición son los pilares principales en esta primera fase.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico pretende atenuar los síntomas y retrasar la evolución de una enfermedad que tiene carácter progresivo y crónico, ya que su objetivo principal es mantener la autonomía e independencia del paciente el mayor tiempo posible.

En la fase inicial de la enfermedad, las metas deben estar dirigidas a sobrellevar el impacto del diagnóstico, educar al paciente, promover un estilo de vida saludable y buenos hábitos en relación con la postura y el ejercicio regular. El énfasis principal debe ir enfocado a intentar retrasar el grado de empeoramiento y mantener una función normal³⁸.

Debido al amplio abanico de complicaciones y secuelas que presenta el paciente anciano con E. Parkinson, requiere un abordaje desde un equipo interdisciplinar. La coordinación y el constante feedback entre el personal sanitario y el paciente son fundamentales a la hora de adecuar tanto el tratamiento farmacológico como las terapias no farmacológicas a las necesidades cambiantes del enfermo³⁶.

El profesional de enfermería, se postula como un buen referente para coordinar una asistencia continuada a estos pacientes y sus familias³⁷. Entre las competencias enfermeras a desarrollar se puede destacar: el seguimiento y control de síntomas clínicos, el control de la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios, la



coordinación de posibles recursos sociosanitarios, asesoramiento y educación tanto al paciente como a los cuidadores.

Las personas diagnosticadas con enfermedades crónicas necesitan información sobre sus problemas de salud y las diferentes estrategias terapéuticas³⁹. La eficacia de los programas educativos en la enfermedad de Parkinson se demostró en el estudio PROPATH⁴⁰ (The Health Promotion Program). En la actualidad el consorcio EduPark, formado por representantes de siete países europeos, dirige un programa educativo cuya finalidad es dar apoyo a tanto pacientes como familiares⁴¹.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la E. Parkinson puede ser preventivo, neuroprotector o sintomático³⁷. El neuroprotector es aquel que interfiere con la causa que origina la muerte neuronal; su objetivo es evitar o enlentecer la progresión de la enfermedad. Se han evaluado varias terapias neuroprotectoras durante los últimos 20 años, pero hasta hoy ningún fármaco ha demostrado de modo irrefutable un resultado favorable⁴².

El tratamiento sintomático tiene como objetivo restaurar los valores normales de la dopamina en el cuerpo estriado. No está claro en qué momento debe iniciarse este tratamiento, pero al inicio de los síntomas que interfieren en las actividades de la vida diaria y en su calidad de vida, parece el más adecuado. Se debe considerar la edad del paciente, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el estado cognitivo, la situación social, la polifarmacia, las alteraciones farmacocinéticas y las dificultades para el cumplimiento terapéutico⁴³.

Es importante destacar la intervención de enfermería en cuanto a la educación farmacológica del paciente. La enfermera fomentará el autocuidado, indicando la importancia de un buen uso de los fármacos para conseguir una adherencia terapéutica adecuada. Los fármacos antiparkinsonianos actualmente disponibles son los siguientes^{44,37}.

Levodopa: es un precursor directo de la dopamina, fue el primer medicamento dopaminérgico empleado en el tratamiento de la E. Parkinson⁴⁵. Puede asociarse a otros fármacos para conseguir mejor control de los síntomas, sin embargo, la



administración crónica de este fármaco está asociada con complicaciones motoras a medio-largo plazo. Se calcula que a los 5 años de haberse iniciado tratamiento con la levodopa, se inician las llamadas fluctuaciones motoras, es decir, periodos de tiempo en los que la medicación hace su efecto, “periodo On” y otros periodos que la medicación no produce su efecto, “periodo Off”.

Amantadina: se administra al principio de los síntomas, cuando son leves, retrasando el inicio del tratamiento con levodopa.

Agonistas dopaminérgicos: son eficaces en el control de los síntomas de la enfermedad en estados iniciales, permitiendo retrasar el inicio de la levodopa. También se puede asociar al tratamiento con levodopa, reduciendo los efectos secundarios de esta sin que pierda efectividad terapéutica.

Inhibidores dopaminérgicos (de la COMT y de la MAO-B): disminuye la degradación de la levodopa al bloquear las enzimas de la COMT y de la MAO-B aumentando así la disponibilidad de la dopamina en el cerebro. Se pueden administrar en fases iniciales o combinado con la levodopa en fases más avanzadas.

Anticolinérgicos: son efectivos para el temblor, la rigidez y sialorrea. Son poco útiles para aliviar la torpeza y lentitud de movimientos. Solo se recomienda a pacientes menores de 70 años por sus efectos secundarios, como la ceguera.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía funcional estereotáxica como opción terapéutica en la E. Parkinson se remonta a 1939. Estas terapias consiguen reducir el temblor y la rigidez. Fueron muy utilizadas antes del descubrimiento de la levodopa y actualmente está indicada únicamente en aquellos pacientes que no responden bien al tratamiento farmacológico^{46,37}.

La edad es un gran condicionante en el balance beneficio-riesgo de la cirugía tiende a ser desfavorable a edades avanzadas ya que es previsible un menor impacto, tanto en magnitud como en duración, sobre la calidad de vida, al mismo tiempo que se incrementa la posibilidad de complicaciones.



2.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

2.3.1. Concepto de enfermería

La concepción de enfermería ha ido evolucionando desde que Florence Nightingale la definió en “Notas sobre Enfermería ¿Qué es y qué no es Enfermería?”⁴⁷, son muchas las aportaciones teóricas que se han realizado hasta la actualidad. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el año 2010, adoptó como definición de enfermería el propuesto por Virginia Henderson: “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”⁴⁸, definición que la Organización Mundial de la Salud⁴⁹ también comparte.

La formación enfermera ha evolucionado en España de forma paralela a los cambios que se han producido en la sociedad, desde 1955 hasta la actualidad. Estos cambios han sido muy significativos, inicialmente convivían tres titulaciones diferentes, las matronas, los practicantes y las enfermeras, en 1955 se acuñó el término de ATS (Ayudante Técnico Sanitario) que englobaba a todos los anteriores. En 1977 se crearon las Escuelas Universitarias de Enfermería donde se forma a profesionales con una titulación universitaria denominada D.U.E. (Diplomado Universitario en Enfermería). En la actualidad, con la aplicación del Plan Bolonia en las universidades, se comienza a formar Graduados en Enfermería, con acceso a los tres niveles académicos: grado, postgrado y doctorado.

Las funciones de enfermería están reconocidas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁵⁰, donde se establece el desarrollo del ejercicio de las profesiones sanitarias. En cuanto a enfermería dice: “corresponde a los diplomados/graduados universitarios en enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción y repercusión de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.



2.3.2. Modelos de enfermería

Los modelos de cuidados son un sistema de conceptos relacionados cuyo objetivo es guiar la práctica enfermera, la educación, la administración y la investigación⁵¹. El modelo enfermero describe la manera única y singular de interpretar la realidad desde la disciplina enfermera.

Es precisamente gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera. Estos conceptos forman una estructura de base, a partir de la cual, el conocimiento enfermero puede evolucionar. El modelo va a variar la forma de concebir el objetivo de nuestros cuidados, así como la meta y el modo de actuación profesional⁵¹. Cada modelo desarrolla conceptos metaparadigmáticos como la persona, el entorno, la salud y el cuidado, que son la base del desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional^{52,53,54}.

La persona es todo miembro de la especie humana susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones, de existencia real, física o natural. El entorno son todas las condiciones posibles que afecta a la persona y a la institución en la cual se presta el cuidado sanitario. Cuidado es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila. Salud es un estado de bienestar físico, social y mental y no únicamente la ausencia de enfermedad⁵².

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Kerouac⁵⁵ engloba las diferentes teorías y corrientes de pensamiento en tres paradigmas: paradigma de la categorización, paradigma de la integración y paradigma de la transformación.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. La representación principal de este paradigma es F. Nightingale.



PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN. Este paradigma reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrado en un contexto específico. Ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Entre los modelos que se incluyen en este paradigma están los descritos por: V. Henderson, H. Peplau y D. Orem.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN. Propugnan que el individuo es un fenómeno único y diferente a otros, con los que puede tener similitudes pero a los que no se parece totalmente. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia una visión más global del entorno. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera, propuestas por R.R. Porse, M. Newman, M. Rogers y Watson.

Desde la perspectiva actual, el profesional de enfermería es diseñador y director de los cuidados, con una metodología de enfermería, que incorporada en el trabajo diario ha permitido que los cuidados se desarrollen con una base sólida, con una tendencia de mejora de las estrategias de intervención y resolución de los problemas de las personas, familias y comunidades, con un enfoque holístico y de alta calidad que enfatiza en las respuestas humanas.

En nuestro trabajo haremos referencia al modelo de Virginia Henderson, que considera el proceso de cuidar se debe orientar fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades básicas o fundamentales de la persona, tratando de conseguir el máximo nivel de independencia para el paciente. Es un modelo que se caracteriza por su sencillez y claridad y uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno^{56, 52}.

2.3.3. Metodología científica de enfermería

Es un método sistemático y organizado destinado a aplicar cuidados individuales y orientados a cada persona o grupo de ellas según la alteración real o potencial de la salud⁵⁷. Constituye el eje de todos los abordajes enfermeros. Es un proceso que promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos para lograr los resultados deseados y que sean eficaces. Impulsa a los profesionales enfermeros a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlo, reflexionando sobre ello⁵⁸ tendiendo a la excelencia en el cuidado.



Consta de cinco etapas relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1. Valoración de las necesidades del paciente. Se recoge y examina la información sobre el estado de salud del individuo, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud real o potencial, que pueden ser tratados por las enfermeras⁵⁹. En el anexo 3 especificamos la valoración en los pacientes recién diagnosticados de E. Parkinson, según el modelo de V. Henderson⁶⁰.

2. Diagnóstico enfermero. Juicio crítico sobre la respuesta de un individuo, una familia o una comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermería es responsable⁶¹.

Los diagnósticos propuestos por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) son los que tienen, mayor difusión, y su objetivo es desarrollar, perfeccionar y promover una terminología diagnóstica enfermera de uso general.

Desde 1973 hasta la actualidad se han creado 230 códigos de diagnósticos de enfermería, pero la NANDA se encuentra en constante revisión con publicaciones cada dos años. La última publicación, la taxonomía 2012-2014 consta de 216 diagnósticos⁶².

3. Planificación del cuidado del paciente. Consiste en priorizar los problemas del paciente para dar respuesta a las intervenciones de enfermería, basadas en los resultados deseados para el paciente. La taxonomía NOC "Nursing Outcomes Classification" (Clasificación de los resultados de Enfermería), taxonomía creada en 1991 por Jhonson, Maas y Moorhead⁶³, tiene como objetivo principal de partida "conceptualizar, denominar, someter a validación y clasificar los resultados que se obtuvieran de las acciones cuidadoras de las enfermeras sobre los clientes".

Posteriormente se determinan las intervenciones, las acciones enfermeras, conducentes a la mejora del estado de salud de la persona cuidada. La taxonomía utilizada es el Nursing Interventions Classification (NIC) que es la relación ordenada de



las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador o, como señala McCloskey y Bulechek⁶⁴ en 1987, “la clasificación de intervenciones enfermeras es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería”, es decir, es la actividad terapéutica que se realiza para ayudar a la persona a transitar hacia el resultado esperado.

4. Ejecución de los cuidados. Llevar a la práctica el plan a través de acciones para lograr los objetivos establecidos.

5. Evaluación de los cuidados implementados y retroalimentación para procesos futuros. En este último proceso nos debemos cuestionar si la persona ha logrado los resultados esperados, por lo que debemos determinar en qué grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios.

2.3.4. Plan de cuidados estandarizado

Benal et al⁶⁵ especifican que los planes de cuidados estandarizados son instrumentos que permiten facilitar y optimizar la labor asistencial del profesional de enfermería, brindando al paciente la calidad en el servicio y la unidad en la práctica clínica. Los planes de cuidados estandarizados son protocolos específicos, unificados y validos de cuidados destinados para aquellos pacientes que padecen determinados problemas o situaciones comunes. Es necesario tener en cuenta que los planes de cuidados estandarizados no son universales y ante la existencia de otros problemas adicionales en el paciente se requerirán individualizar el cuidado. El desarrollo de los planes estandarizados se basa en el empleo de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

A continuación exponemos un resumen de las ventajas de la aplicación de los planes de cuidados estandarizados en la práctica clínica.

- Establecen un lenguaje común y una metodología homogénea.
- Facilitan los registros.
- Mejoran la eficacia de los cuidados.
- Fomentan la aplicación metodológica en los cuidados.
- Optimizan los cuidados basados en la evidencia científica.



Las desventajas que presentan los planes de cuidados estandarizados son

- Pueden sustituir a los planes de cuidados individualizados.
- Pueden ser ignorados, por los profesionales.

2.4. ATENCIÓN PRIMARIA

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, “el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios”.

Ley General de Salud⁶⁶ el Sistema Nacional de Salud (SNS) integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. El SNS se caracteriza por la extensión de sus servicios a toda la población y ofrece una atención integral comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.

Se organiza en dos niveles asistenciales básicos, Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa⁶⁷. En el anexo 4, aportamos las diferencias entre los niveles de Atención Primaria y la Atención Especializada.

El nivel de Atención Primaria del SNS está organizado en Áreas de Salud. Son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, en su demarcación territorial, de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área⁶⁶.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividirán en zonas básicas de salud. Que son el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud (centros integrales de atención primaria).



Los Centros de Salud son unas estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada, global, integral, permanente y continuada, con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria⁶⁸. El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones⁶⁶:

- Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
- Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.
- Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
- Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

3. OBJETIVO

La pregunta que motiva esta revisión bibliográfica es ¿qué necesidades de cuidados tienen los pacientes en fases iniciales de Parkinson y su familia y cómo abordarlos desde enfermería en Atención Primaria?

Los objetivos específicos que ayudan a dar respuesta son:

- Determinar las necesidades de los pacientes recién diagnosticadas de Parkinson.
- Describir los cuidados más demandados tanto por el paciente como la familia.
- Proponer un plan de cuidados estandarizado en pacientes recién diagnosticados de E. Parkinson en el ámbito de primaria.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio es una revisión bibliográfica, inicialmente se establecieron las siguientes palabras clave con operadores booleanos que las relacionan.

Palabras Claves	
Atención primaria	Alimentación
Cuidados	Alteración motora
Depresión	Dieta
Enfermedad de Parkinson	Enfermería
Necesidades	Parkinson(síntomas)

A continuación la búsqueda se llevó a cabo en diferentes bases de datos especializadas, portales o buscadores: Cuiden, Elsevier, Scielo y Google Académico.

CUIDEN⁶⁹ es una base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales.

ELSEVIER⁷⁰ es una base de datos bibliográfica que ofrece una visión de los resultados de investigaciones a nivel mundial en las áreas de Ciencia, Tecnología, Medicina, Ciencias Sociales y Artes y Humanidades.

SciELO⁷¹ es una biblioteca electrónica online de revistas científicas en salud pública. Iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la Investigación del Estado de Sao Paulo (Brasil) y del centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud.

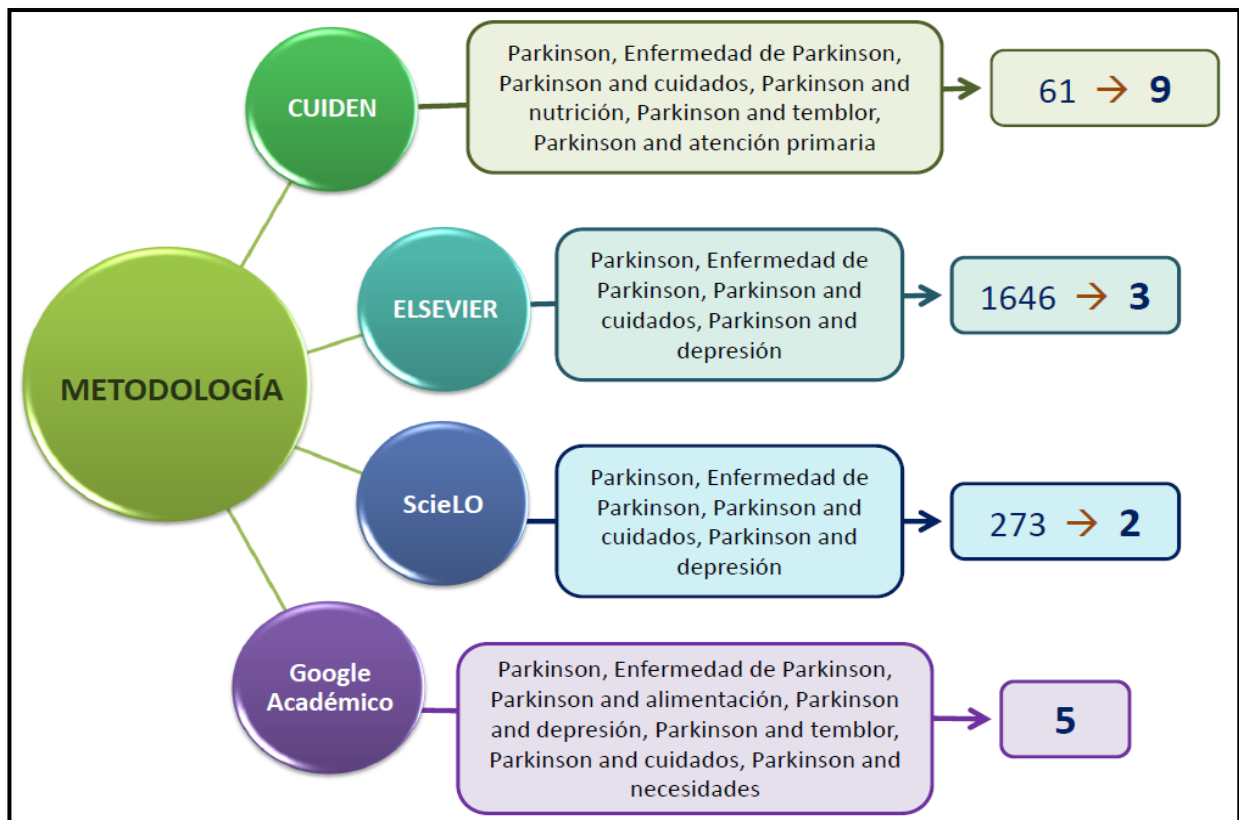
Google Académico⁷² es un buscador de Google especializado en artículos de revistas científicas, enfocado en el mundo académico y soportado por una base de datos disponible en Internet.

Los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta en la selección de los artículos y su posterior análisis.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Relación con los objetivos.	Literatura gris
Publicaciones <10 años	Publicaciones >10años
Idioma: inglés, español y portugués	Idioma diferente al inglés, español y portugués.

Por último se recuperaron un total de 19 publicaciones que cumplen los criterios establecidos y se realiza el posterior análisis teniendo en cuenta los objetivos propuestos inicialmente (tabla nº 2).

Tabla nº2. Resumen estrategia de búsqueda.





5. RESULTADOS

Presento conjuntamente los resultados del estudio bibliográfico sobre el Parkinson y la discusión según los objetivos propuestos, una vez analizados los artículos.

5.1. Necesidades de los pacientes recién diagnosticados de Parkinson

Se han recuperado 13 artículos que analizan las necesidades que los pacientes y las familias recién diagnosticados de E. Parkinson. La mayoría de las publicaciones se centran en las necesidades que requieren los cuidados de pacientes con la E. Parkinson en fases más avanzadas, a continuación describimos los problemas expuestos en los trabajos analizados y las necesidades de cuidados que de ellos se pueden derivar.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, observamos que en relación al concepto de E. Parkinson los aspectos más destacados de la definición son, que es una enfermedad neurológica degenerativa, asociada a rigidez muscular, dificultades para andar, temblor y alteraciones en la coordinación entre otras manifestaciones⁷³.

En la actualidad la etiología es desconocida, pero en la mayoría de los trabajos la consideran de origen multifactorial y asocian la enfermedad a cuatro mecanismos: stress oxidativo, predisposición genética, exposición a tóxicos ambientales o del propio organismo y envejecimiento^{26,45,74}. Se han realizado diferentes estudios relacionando el nivel de educación con la aparición de la enfermedad, pero se ha comprobado que no existe relación⁷⁵. Es una enfermedad progresiva en la que los síntomas se agravan según avanza en el tiempo. En la actualidad no se conoce un tratamiento que resuelva definitivamente la enfermedad, solamente se describen tratamientos que mejoran los síntomas y la calidad de la vida del enfermo.

Según el estudio llevado a cabo por Arroyo et al.²⁰, es difícil diagnosticar la E. de Parkinson en fases iniciales en su estudio detectó que el 24% fueron captados en fase leve, un 25% en fase moderada, un 22% en fase avanzada y un 24% en fase muy avanzada. También Gincy et al.⁷³ insisten en la dificultad de diagnosticar dicha enfermedad en fases iniciales, porque es fácil confundirla con los primeros síntomas de la vejez, por lo que los diagnósticos en fases iniciales son menores. Ofrecer un



diagnostico temprano, en primera fases puede influir en la capacidad del paciente y su familia para aceptar la enfermedad.

En fases avanzadas hay una mejor aceptación de la enfermedad, mientras que en fases iniciales la aceptación es menor, idea que comparten Arroyo et al.²⁰ y Navarro et al.⁷⁶ Es muy frecuente en personas diagnosticadas de Parkinson el rechazo de la realidad y la negación de la enfermedad en fases iniciales, ya que les cuesta hacerse a la idea de que la enfermedad avanzará progresivamente alterando su autonomía en su vida cotidiana⁷⁷.

Entre las consecuencias más destacadas por distintos autores se encuentran los problemas físicos que interfieren en las funciones del individuo y los problemas psicosociales que hacen énfasis en las funciones emocionales, que influyen en la capacidad de autonomía generando situaciones de dependencia⁷³.

Problemas psicosociales

El principal problema es al capacidad de afrontamiento, la negación en la fase inicial del diagnostico de la enfermedad.

Según datos aportados por Pla et al.⁷⁸ la depresión es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente de la enfermedad de Parkinson dándose en un 40%⁷⁹ de los casos recién diagnosticados en fases iniciales, produciendo alteraciones en los roles sociales y laborales. Después está la ansiedad con un 30% de los casos y por último el trastorno del pánico, últimamente más frecuente, con un 13-30%.

Los problemas físico más referidos se relacionan con las necesidades de la movilidad, eliminación, alimentación y sueño. En cuanto a la sintomatología motora en las primeras fases se ven caracterizadas por síntomas leves como son la bradicinesia, con un 37% de los casos, seguida de temblor en reposo e inestabilidad postural y rigidez^{80, 73, 20}. Hasta el día de hoy el temblor era el primer síntoma en el que se basaba el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, pero en la actualidad, se considera que es la bradicinesia el signo más importante, aunque es el más silente. Aun así, en la mayoría de los casos, el paciente identifica el temblor como la primera manifestación de una alteración de su salud⁷³.



Otra necesidad, que se ve afectada desde la fase inicial es la eliminación, como consecuencia del tratamiento farmacológico con levodopa, que puede producir efectos secundarios como el estreñimiento. Según algunos estudios, este problema llega a afectar al 75%⁸¹ de los pacientes. Este tratamiento farmacológico ocasiona también una alteración en la alimentación, ya que la toma de la levodopa puede producir una intolerancia de los aminoácidos. Otro de los problemas previsibles es la sialorrea.

Se ha observado que la enfermedad de Parkinson también produce alteración en la necesidad de reposo y sueño, al principio como consecuencia de la inquietud de su nuevo estado de salud y posteriormente se ve afectada por la rigidez⁸².

5.2. Los cuidados más demandados por el paciente

Una vez analizados los problemas que con mayor frecuencia se enfrentan los pacientes de enfermedad de Parkinson, vamos a profundizar en los cuidados, que según las publicaciones, precisan en la etapa que estamos estudiando. En las publicaciones determinan principalmente los cuidados que requieren los cuidadores, recordemos que son pacientes que en fases avanzadas son dependiente de otras personas.

El tratamiento recomendado para los pacientes con enfermedad de Parkinson debe incluir dos aspectos, el farmacológico y medidas no farmacológicas. El empleo de fármacos es hasta la fecha imprescindible para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson durante su evolución⁴⁵. No obstante, las medidas no farmacológicas son también herramientas útiles para un manejo integral del paciente, ya que el objetivo es mantener la mejor calidad de vida en su nueva situación de salud⁷⁸.

Según directrices del Ministerio de Sanidad, Recursos Sociales e Igualdad (2012)⁸³, es necesario proporcionar a los pacientes con procesos crónicos y a sus familiares una atención integral que aborde aspectos físicos, psicológicos y sociales. Las intervenciones de los profesionales sanitarios irán orientadas a ayudar a los pacientes a convivir lo mejor posible con las nuevas limitaciones^{84, 77}. Consideramos importante la planificación de estrategias de mejora en la atención del enfermo de



Parkinson, siguiendo recomendaciones de Guías Clínicas acreditadas y basadas en la evidencia⁸⁵, que recomiendan la combinación del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En cuanto a las alteraciones motoras, los trastornos de la marcha constituyen uno de los síntomas más comunes en fases iniciales de la E. Parkinson y uno de los principales aspectos que más limitan la autonomía y la calidad de vida de estos pacientes. La referencia bibliográfica indica que, el ejercicio físico como es la natación, caminar o bailar, ha demostrado eficacia como tratamiento sintomático asociado al tratamiento farmacológico⁴⁶. Se considera que la actividad física podría enlentecer la progresión de la enfermedad, mejorar la movilidad articular, la flexibilidad muscular, la rigidez y evitar contracturas y de esta forma frenar el incremento de las dosis de medicación.

Fernández et al.⁸⁶ aportan evidencias sobre las terapias físicas relacionadas con las estimulaciones sensoriales, como las auditivas en fases iniciales, porque disminuyen el número de episodios de bloqueo. Estas terapias han producido mejora en la marcha tanto en línea recta como en los giros mejora significativamente la estabilidad temporal de la misma.

Para abordar la sintomatología que afecta el aparato locomotor se están desarrollando nuevas terapias como la neuroprotectora y la neurorestauradora, a través de estimulaciones cerebrales profundas, con el objetivo de mejorar la calidad en la movilidad y ofrecer un pleno desarrollo de las actividades diarias con mayor bienestar emocional⁷⁸. Estas nuevas terapias son muy útiles en las primeras etapas de la enfermedad ya que ralentiza la aparición de la sintomatología motora⁴⁵.

En cuanto a la alimentación, Chueca et al.⁸¹ argumentan que una adecuada intervención en la dieta puede potenciar y estabilizar la respuesta al tratamiento con levodopa, recomendando ingerir la levodopa antes o después de la comida, dejando los alimentos ricos en proteínas por la noche para facilitar así la absorción de los aminoácidos.

En las primeras fases de la E. Parkinson, existe cierta inquietud por parte del paciente y de su familia sobre la alimentación, porque los pacientes se han informado



sobre la evolución de la enfermedad y saben que es una necesidad que se verá afectada. No es aconsejable realizar cambios especiales en la dieta inicialmente, se sugiere seguir una dieta equilibrada, rica en fibra e incrementando la ingesta en alimentos ricos en antioxidantes⁸¹. Es necesario tener un aporte adecuado de calcio, magnesio y vitaminas D y K para fortalecer la piel y los huesos⁸⁷, lo que puede prevenir las fracturas producidas por caídas⁸⁸. Un aporte de estos micronutrientes se consigue con una ingesta mantenida de productos lácteos. Según Da Silva et al.⁸⁹ el suplemento de ácidos grasos omega-3 en la dieta de los pacientes con la E. Parkinson ha mostrado incluso un posible efecto terapéutico sobre la sintomatología depresiva, además de enlentecer la progresión de la enfermedad. Se puede hacer mediante un incremento de aporte semanal de pescado azul.

Como hemos mencionado anteriormente, el tratamiento interfiere en la eliminación, ocasionando estreñimiento y para prevenir esta situación se recomiendan medidas higiénica dietéticas. Algunas de estas medidas pueden ser, la ingesta suficiente de líquidos y aumentar el consumo de fibra (verduras, fruta fresca, cereales integrales...) o bien incluir suplementos de fibra como es el salvado de avena o semillas de lino entre otros. Se aconseja disminuir los alimentos astringentes como el arroz, el plátano o el membrillo y fomentar el uso de yogures y otras leches fermentadas que mejoran la eliminación intestinal. También el consumo de aceite favorece los movimientos intestinales por su potencial efecto lubricante⁸⁷.

La sialorrea es un síntoma que padece casi el 80%⁹⁰ de los pacientes con E. Parkinson. Para controlar este síntoma en la actualidad se está utilizando la toxina botulínica con administraciones intraparotídeas, produciendo un bloqueo autonómico de la salivación que puede ser efectiva durante unas semanas.

La alteración en el patrón del sueño se puede abordar desde diferentes terapias alternativas, como la acupuntura. Aunque no hay evidencias claras, varios estudios han demostrado ligera eficacia en el control de los trastornos psicológicos y del dolor, favoreciendo que el paciente pueda dormir mejor⁸².

En cuanto a las intervenciones dirigidas a las alteraciones psicosociales es muy importante la información y la educación al paciente. Los pacientes diagnosticados en fases iniciales no se sienten enfermos, no sienten dolor ni molestias. Por lo tanto nos



encontramos en un momento crucial para el posterior desarrollo del proceso de la enfermedad, no es conveniente saturar y agobiar con mucha información, pero si dar pequeñas pinceladas sobre cómo debe proceder y de qué manera podrá beneficiarse. Es importante reflexionar con el paciente sobre la forma de manejar los nuevos cambios que debe de llevar a cabo en su nueva situación de salud.

Por tanto, es fundamental informar y educar sobre los aspectos relevantes de la enfermedad y el pronóstico evolutivo de la E. Parkinson para un control de los síntomas⁹¹, tanto al paciente como a su familia, con una gran sensibilidad para ayudar a afrontar el miedo y facilitar los medios para que el enfermo aprenda a convivir con su nueva situación. Por ello debemos facilitar al paciente que exprese sus dudas y temores para poder intervenir.

5.3. Propuesta de un plan de cuidados estandarizado en pacientes recién diagnosticados de E. Parkinson en el ámbito de primaria

Después de conocer las necesidades alteradas en la fase inicial en el paciente con E. Parkinson, vamos a proponer un plan de cuidados estandarizado, en donde se recogen los cuidados que con mayor frecuencia requieren los pacientes recién diagnosticados de E. Parkinson con el objetivo de mejorar su calidad de vida. La estandarización de un plan de cuidados facilitará las intervenciones enfermeras, proporcionando una herramienta de trabajo útil para el desarrollo de unos cuidados más eficientes y de calidad.

Necesidad Comunicación

N	Afrontamiento individual ineficaz. (NANDA: 00069)
A	Definición: incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elección inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
N	
D	Factores relacionados: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación e incertidumbre.
A	Características definitorias: expresa incapacidad para el afrontamiento, cambio en los patrones de comunicación verbal y trastornos del patrón del sueño.
N	Aceptación: estado de salud (NOC: 1300).
O	- Reconoce la realidad de la situación de salud.
C	- Busca información sobre la salud.
N	Afrontamiento de problemas (NOC: 1302).
O	- Verbaliza la aceptación de la situación.
C	- Toma decisiones relacionadas con la salud.



N	Apoyo emocional (NIC: 5270)
I	- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, ira o tristeza.
C	- Proponer apoyo durante la fase de negación.
	Escucha activa (NIC. 4920)
	- Mostrar interés por el paciente.
	Mejorar el afrontamiento (NIC: 5230)
	- Ayudar al paciente a adquirir los métodos adecuados para la resolución de problemas.

Necesidad Moverse

N	<i>Deterioro de la movilidad física (NANDA: 00085).</i>
A	Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
N	Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia secundaria a enfermedad del sistema nervioso: Parkinson, rigidez, temblor y bradicinesia.
D	Características definitorias: alteración de la capacidad para moverse dentro de su entorno.
A	
N	<u>Objetivos:</u>
O	Movilidad (NOC: 0208).
C	- Mantenimiento del equilibrio. - Mantenimiento de la posición. - Deambulación: camina.
N	<u>Actividades:</u>
I	Terapia de ejercicios: control muscular (0226)
C	- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. - Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios.
N	<i>Riesgo de caídas (NANDA: 00155)</i>
A	Definición: riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.
N	Factores de riesgo: dificultad en el equilibrio y en la marcha.
D	
A	
N	Conducta de prevención de caídas (NOC: 1909).
O	- Quita las alfombras.
C	- Elimina el desorden, derramamientos y abrillantadores del suelo. - Proporcionar ayuda para la movilidad.
N	Manejo ambiental: seguridad (NIC: 6486).
I	- Identificar las necesidades de seguridad, según función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
C	- Identificar riesgos respecto a la seguridad en el ambiente. - Eliminar los factores de peligro en el ambiente.
	Prevención de caídas (NIC: 6490)
	- Identificar factores que afecten al riesgo de caídas. - Enseñar medidas de seguridad personal para prevenir caídas.



Necesidad Eliminación

NANDA	Estreñimiento (NANDA: 00011)
Definición:	disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente dura y secas.
Factores relacionados:	efectos secundarios al tratamiento.
Características definitorias:	incapacidad para eliminar las heces y cambios en el patrón intestinal.
NOC	Eliminación intestinal (NOC: 0501) <ul style="list-style-type: none">- Patrón de eliminación.- Intervención para eliminación fecal.
NIC	Control intestinal (NIC: 0430) <ul style="list-style-type: none">- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede.- Tomar notas de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.- Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra.- Evaluar el perfil de la medicación para determinar los efectos secundarios gastrointestinales. Manejo de líquidos (NIC: 0450) <ul style="list-style-type: none">- Vigilar estado de hidratación.- Favorecer ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, tomar gelatinas,...).

Necesidad Reposo/Sueño

NANDA	Insomnio (NANDA: 00095)
Definición:	trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
Factores relacionados:	nueva situación de salud.
Características definitorias:	expresa dificultad para conciliar el sueño.
NOC	Descanso (NOC: 0003) <ul style="list-style-type: none">- Calidad de descanso.- Tiempo del descanso. Sueño (NOC: 0004) <ul style="list-style-type: none">- Patrón del sueño.- Sueño interrumpido.
NIC	Mejorar el sueño (NIC: 1850). <ul style="list-style-type: none">- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.



6. CONCLUSIONES

Es difícil la detección precoz del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson en fases iniciales, en personas mayores, ya que es fácil confundirla con los primeros síntomas de la vejez.

La detección precoz de la E. Parkinson mejorará la eficacia de la intervención y dará lugar a un enlentecimiento del progreso de la enfermedad.

Es importante informar y educar al paciente sobre los aspectos fundamentales y el pronóstico evolutivo de la enfermedad de Parkinson para facilitar el afrontamiento. Por lo que debe de existir una línea de comunicación entre el profesional sanitario y paciente.

Las necesidades más afectadas son la movilidad, la eliminación y el reposo/sueño, el plan de cuidados estandarizado incluirá estas necesidades, para proporcionar unos cuidados de calidad.



7. BIBLIOGRAFÍA

¹ Pujol R, Abellán A, Ramiro D. La medición del envejecimiento. Informes Envejecimiento en Red [Internet] 2014 octubre. [acceso el 13 de Marzo de 2015]; 9. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-medicion-envejecimiento-2.pdf>

² El proceso de envejecimiento: definición. En: CTIO coordinador. Manual CTO de enfermería. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial, S.L.; 2013. pag. 215

³ Bazo MT, García B. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.

⁴ Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en Red [revista en Internet] Enero 2015 [acceso el 13 de Marzo del 2015]; 10. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>

⁵ Giuseppe C y Declan C. ¿Llega Europa a la tercera edad? La UE debe tomar en serio las proyecciones recientes que indican que el envejecimiento de la población tendrá un gran impacto económico y presupuestario. Fianzas y Desarrollo [Internet] Septiembre del 2006. [citado el 28 de Marzo del 2015]: 28 – 31. Disponible en:

<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2006/09/pdf/Carone.pdf>

⁶ Salud Activa. Volumen 4: Etapas de la vida. 1ª ed. Barcelona: Plaza y Janés; 2000

⁷ Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: INE [actualizada en el 2014; acceso el 26 de febrero de 2015]. Tasa bruta de natalidad por comunidades. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1432&L=0>

⁸ Fernández JL, Parapar C y Ruiz M. El envejecimiento de la población. Lychnos [revista en Internet] 2010 septiembre [acceso el 8 de febrero de 2015]; 2: 6–12. Disponible en: http://www.fgcsic.es/lychnos/upload/publicacion.6.ficPDF_castellano.Lychnos_02_esp.pdf

⁹ Organización mundial de la salud. Envejecimiento. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>

¹⁰ Organización Mundial de la Salud [sede web] Ginebra: European Journal of Neurology; 27 de Febrero del 2007 [acceso el 13 de Febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>

¹¹ Ruiz M, Gómez M, Ruiz A, Ruiz J, Ruiz A, Herráez V. Calidad de vida de los enfermos de Parkinson tras tratamiento quirúrgico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Rev Cient Soc Esp Enferm Neuro. 2011; 33 (1): pag. 10 – 15.

¹² Organización Mundial de la Salud. Trastornos neurológicos, desafíos para la salud pública. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/trastornos_neurológicos.pdf

¹³ Levine CB, Fahrbach KR, Siderowf AD, Estok RP, Ludensky VM, Ross SD. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease: a systematic review of the literature. Evid Rep Technol Assess (Summ) [Internet] 2003 [citado el 20 de abril de 2015]; (57): 1 – 4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11895>



-
- ¹⁴ Fuente Al y Ayuso L. Alteración degenerativa. En: Fuentes M, coordinadora. Enfermería médico-quirúrgica II. 2ª ed. Enfermería S 21: Ediciones DAE (Paradigma); 2009. p. 988 – 994.
- ¹⁵ Noyce AJ, Bestwick JP, Silveira-Moriyama L, Hawkes CH, Giovannoni G, Lees AJ, et al. Meta-analysis of early nonmotor features and risk factors for Parkinson disease. *Ann Neurol* [Internet] 2012 [citado el 22 de Abril de 2015]; 72 (6): 893 – 901. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556649/pdf/ana0072-0893.pdf>
- ¹⁶ MERCK SHARP & DOHME. Nuevo Manual MERCK de Información médica general. 2ª ed. Barcelona: MMVII Editorial OCEANO; 2008.
- ¹⁷ Tolosa E. Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento. En: Farreras P y Rozman C. Medicina interna. 16ª edición. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1465 – 1478.
- ¹⁸ Gonzalez B, García G, Martínez M, Tirado S, Marcos C, Martín A. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. España. Edita: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y la Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2008
- ¹⁹ Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: INE [actualizado el 4 de noviembre de 2009; acceso el 6 de marzo de 2015]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1&file=pcaxis>
- ²⁰ Arroyo M y Finkel L. Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. *Revista española de discapacidad* [revista en internet]. 2013; 1 (2). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/revista-discapacidad-parkinson-06-2014.pdf>
- ²¹ Scorticati MC y Micheli F. Historia de la enfermedad de Parkinson. En: Micheli F coordinador. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ª edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2006. p. 1 – 10.
- ²² Aguilar M. Demencia y enfermedad de Parkinson. En: Alberca R y López-Pousa S, coordinadores. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Primera edición. Madrid: Editorial médica Panamericana; 1999. p. 461 – 476
- ²³ Merck Manual. Versión Profesional [sede web]. Whitehouse Station (NJ, EEUU): Merck Sharp & Dohme Corp [actualizada en enero de 2013; acceso el 28 de febrero de 2015]. Enfermedad de Parkinson. Disponible en: http://www.merckmanuals.com/professional/neurologic_disorders/movement_and_cerebellar_disorders/parkinson_disease.html?qt=parkinson&alt=sh
- ²⁴ Farreras P, Rozman C y Cardellach F. Medicina interna. 17ª edición. Madrid: Elsevier; 2012.
- ²⁵ Federación Española de Parkinson. Guía de patologías. Claves para conocer la enfermedad de Parkinson. Barcelona: Federación Española de Parkinson; 2012.
- ²⁶ Gad SA, Ghanem AA, AbdelGhaffar H, El Dakrouy S y Salama MM. Parkinson's Disease: Is It a toxic syndrome? *Neurol Res Int* [Internet] 2010 [citado el 8 de junio del 2015]: 1 – 10. Disponible en: <file:///D:/Usuario/Downloads/NRI2010-103094.pdf>
- ²⁷ Cram L. Vivir con enfermedad de Parkinson. Guía de autoayuda para comprender la enfermedad. Primera edición. Madrid: Neo Person Ediciones; mayo de 2005



- ²⁸ Gazewood JD, Richards DR, Clebak K. Parkinson disease: an update. Am Fam Physician [Internet] 2013. [citado el 2 de mayo de 2015]; 87 (4): 267 – 73. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2013/0215/p267.pdf>
- ²⁹ Hatcher J, Pennell K, Miller G. Parkinson's disease and pesticides: a toxicological perspective. Trend in pharmacological Sciences. 2008; 29 (6).
- ³⁰ Yubero R. Características neuropsicológicas y aproximación diagnóstica a la demencia Parkinson y a la demencia de Lewy. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2011. [citado el 25 de marzo de 2015]; 46 (1): 12 – 18. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=90058651&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=124&ty=133&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46nSupl.1a90058651pdf001.pdf
- ³¹ Luquin MR y Moya M. Diagnóstico en la enfermedad de Parkinson. 1ª edición. Barcelona: Ars Medica; 2003.
- ³² Jiménez O. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. En: Jiménez O y Stephens C, coordinadores. Temas de Neurología. 1ª ed. Chile: Universidad de la Frontera; 2003. p. 211 – 219. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/148155283/Temas-de-Neuro-Ufro>
- ³³ NIH - Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares [sede web]. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares [revisado el 21 de mayo del 2010; acceso el 17 de Marzo del 2015]. Enfermedad de Parkinson: esperanza en la investigación. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm#enfermedad
- ³⁴ Sánchez H, Hernández M, González A, García S y Zárata A. Parkinson-Plus: un desafío para su diagnóstico y tratamiento. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgico (México) [Internet] 2003. [acceso el 31 de marzo de 2015]; 8 (2): 8 – 14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47380203.pdf>
- ³⁵ NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Parkinson's Disease: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians; 2006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0008867/pdf/TOC.pdf>
- ³⁶ Federación Española de Parkinson [sede web]. Madrid. Fefesparkinson.org [acceso el 21 de enero del 2015]. Sobre el Parkinson. Disponible en: [http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9 es la enfermedad de Parkinson&idm=36](http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9%20es%20la%20enfermedad%20de%20Parkinson&idm=36)
- ³⁷ Garnica A y García P. Guía de buena práctica clínica en Geriátrica: Enfermedad de Parkinson. 1ª ed. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y ELSEVIER; 2009. Disponible en: <file:///D:/Usuario/Downloads/GUIA%20GERIATRIA.%20Parkinson.pdf>
- ³⁸ Fiuza MJ y Mayán JM. ¿Qué es el Parkinson? Guía de tratamiento para el lenguaje, el habla y la voz. 1ª edición. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005.
- ³⁹ Martínez E, Cervantes A y Rodríguez M. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana Neurociencia [Internet] 2010, [citado el 2 de mayo de 2015]; 11 (6): 480 – 486. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn106f.pdf>
- ⁴⁰ Montgomery EB, Lieberman A, Singh G, Fries JF. Patient education and health promotion can be effective in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. PROPATH Advisory Board. Am J Med. 1994; 97: 429-35.



- ⁴¹ Portal Iberoamericano de Marketing Farmacéutico [sede web]. Argentina: PMFARMA; 25 de marzo de 2008 [acceso el 18 de marzo de 2015]. El programa europeo Edupark forma a profesionales de la salud en aspectos relacionados con el tratamiento y la educación en la enfermedad de Parkinson. Disponible en: <file:///D:/Usuario/Downloads/pmfarma.pdf>
- ⁴² Schapira AH. Progress in neuroprotection in Parkinson's disease. *Eur J Neurol.* 2008; 15: 5-13.
- ⁴³ Halkias IA, Haq I, Huang Z, Fernández HH. When should levodopa therapy be initiated in patients with Parkinson's disease? *Drugs Aging.* 2007; 24.
- ⁴⁴ Micheli E. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Paramericana. 2006.
- ⁴⁵ Garbayo E, Aymerich MS, Ansorena E, Lanciego JL y Blanco – Prieto MJ. Terapias neuroprotectoras y neurorestauradoras en el tratamiento de Parkinson. *An. Sist. Saint. Navar* [Internet] 2006. [citado el 22 de mayo de 2015]; 29 (3): 325 -335. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n3/colaboracion.pdf>
- ⁴⁶ Escamilla F y Mínguez A. Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. 1ª ed. Granada: Grupo Andaluz de Trastornos del movimiento, Sociedad Andaluza de Neurología, Editorial Glosa S.L.; 2012. Disponible en: <file:///D:/Usuario/Downloads/GPC 521 Enfermedad parkinson.pdf>
- ⁴⁷ Berman A, Snyder S y Kozier B. Kozier y Erb, Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y prácticas. 9ª ed. Madrid: Pearson, Prentice Hall; 2013.
- ⁴⁸ Consejo Internacional de Enfermería [sede web]. Ginebra: CIE [actualizado el 23 de junio de 2014; acceso el 30 de marzo de 2015]. La definición de enfermería. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- ⁴⁹ Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: OMS [acceso el 30 de marzo de 2015]. Temas de salud: Enfermería. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- ⁵⁰ Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
- ⁵¹ Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª edición. Mosby. Madrid. 2008.
- ⁵² Benavent MA, Ferrer E y Francisco C. Corrientes del pensamiento enfermero I-II. En: Benavent MA, Ferrer E y Francisco C coordinadores. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Enfermería S 21: Ediciones DAE (Paradigma); 2009. p. 178 – 223.
- ⁵³ Tazon M, García J, Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000.
- ⁵⁴ Sanabria L, Otero M y Urbina O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev Cubana Educ Mec Super* [Internet] 2002. [acceso el 12 de abril de 2015]; 16 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
- ⁵⁵ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A y Major F. El pensamiento enfermero. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.



- ⁵⁶ Bellido JC y Lendínez JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª ed. Jaén: Ilustre colegio oficial de Enfermería de Jaén; 2010. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- ⁵⁷ Amaro MC. Método científico de enfermería, el proceso de Atención y su implicación ética y bioética. Rev Cuba Enfermer [Internet] 2004. [citado el 17 de abril de 2015]; 20 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010
- ⁵⁸ Alfaro – Lefevre R. Aplicación del proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2007.
- ⁵⁹ Reyes J, Jara P y Merino JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Cienc. Enferm [Internet] 2007. [citado el 17 de abril de 2015]; 13 (1). pp. 45-57. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art06.pdf>
- ⁶⁰ Rodríguez C y Moreno MA. Procesos neurológicos. En: García MV, Rodríguez C y Toronjo AM coordinadores. Enfermería del anciano. 2ª ed. Enfermería S21: Ediciones DAE (Paradigma); 2009. p. 234 – 239.
- ⁶¹ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: definición y clasificación 2012- 2014. Madrid: Elsevier; 2012
- ⁶² Brito PR. La precisión diagnóstica en enfermería. Metas de enfermería. 2012; 15 (6): 59-64.
- ⁶³ Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- ⁶⁴ McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
- ⁶⁵ Bernal P, Lopez F, Jerez MC, Peinado MC. Plan de cuidados estandarizado para pacientes de nefrología pediátrica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet] 2009. [citado el 17 de abril de 2015]; 12 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000200009
- ⁶⁶ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- ⁶⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. Madrid; 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf
- ⁶⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede web]. Madrid: Gobierno de España [acceso el 10 de mayo de 2015]. Centros Sanitarios del SNS. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccionCentro.htm>
- ⁶⁹ Cuiden [base de datos en Internet]. Granada: Fundación Index [actualizada en enero 2006; acceso en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.doc6.es/index>
- ⁷⁰ Elsevier [base de datos en Internet]. Ámsterdam: ELSEVIER BV [acceso en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journals/title/a>
- ⁷¹ SciELO [base de datos en Internet]. Sao Paulo (Brasil): FAPESP, CNPq, bvs, BIRME/OPS/OMS, FapUnifesp [acceso en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- ⁷² Google Académico. 2011. Disponible en: <https://scholar.google.es/>



-
- ⁷³ Eluvathingol G y Portillo MC. Cuidadores informales de personas con parkinson. Necesidades y redes de apoyo, una revisión bibliográfica. Rev ROL Enferm [Internet] 2013. [citado el 8 de junio del 2015]; 36 (7-8): 524 – 532.
- ⁷⁴ Tavares GP, Torquato IM, Araújo MS, Sohsten J, Figueiredo M, Barreto LW. Frequency of falls and identification of the risk factors in patients with primary Parkinsonism. J Nurs UFPE on line. 2012; 6 (8): 1530 – 1538.
- ⁷⁵ Mestas L, Salvador J. Análisis del desempeño cognitivo de los enfermos con Parkinson: Importancia del nivel educativo. Rev Asoc Esp Nuerpsiq. 2013; 33 (118): 245 – 255.
- ⁷⁶ Navarro - Peternella FM, Marcon SS. Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20 (8): 1 – 8.
- ⁷⁷ Anaut-Bravo S y Méndez-Cano J. El entorno familiar ante la provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson. Portularia. 2011; 11 (1): 37 – 47.
- ⁷⁸ Pla C, García S, Zárata A, Hernández M, Sauri S, Meza E et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda. Med Int Mex. 2007; 23: 7 – 14.
- ⁷⁹ Fernández-Prieto M, Lens M, López-Real A, Puy A, Dias-Silva JJ, Sobrido MJ. Alteraciones de la esfera emocional y el control de los impulsos en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 2): 41-49.
- ⁸⁰ Labiano-Fontcuberta A, Benito-León J. Temblor esencial y enfermedad de Parkinson: ¿existe una asociación? Rev Neurol 2012; 55: 479 - 489.
- ⁸¹ Chueca E, Marin L, Villacampa S, Perez A y Ramo S. Alimentación y fracturas, dos aspectos importantes que influyen en la calidad de vida del enfermo de Parkinson. Anales de ciencias de la salud. 2007; 10: 1-21.
- ⁸² Santos-Canelles H, Sobrido MJ, García-Antelo MJ, Ivánovic Y y Díaz JJ. Tratamiento de los trastornos de la marcha en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurología. 2012; 54 (5): 61 – 68.
- ⁸³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategias para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. 2012.
- ⁸⁴ Zaragoza A, Senosiain JM, Riverol M, Anaut S, Diaz S, Ursúa ME y Portillo MC. Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. Rev An Sist Saint Navar. 2014: 37 (1); 69 – 80.
- ⁸⁵ Hisak L, Álvarez AM, Arruda MC. Pacientes portadores de la enfermedad del Parkinson: el significado de sus vivencias. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (1): 62 – 68.
- ⁸⁶ Fernández-del Olmo M, Arias P y Cudeiro-Mazaira FJ. Facilitación de la actividad motora por estímulos sensoriales en la enfermedad de Parkinson.
- ⁸⁷ Pagonabarraga J, Campolongo A y Kulisevsky J. Consejos para pacientes con Parkinson: el papel de la dieta en el Parkinson y Alteraciones conductuales y emocionales. Hospital de Sant Pau (Barcelona) 2012.
- ⁸⁸ Price G, Torquato IM, Santos M, Sohsten J, Figueiredo M y Barreto LW. Frequency of falls and identification of the risk factors in patients with primary Parkinsonism. J Nurse UFPE on line. 2012; 6(8): 1530 – 1538.
- ⁸⁹ Da Silva TM, Munhoz RP, Álvarez C, Naliwaiko k, Kiss A, Andreatini R, et al. Depresión in Parkinson`s disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled



pilot study of omega-3 fatty-acid supplementation. *J Affect Disord.* 2008; 111: 351–359.

⁹⁰ Lagalla G, Millevolte M, Capecchi M, provinciali L y Ceravolo MG. Botulinum toxin type A for drooling in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Mov Disord.* 2006; 21: 704 – 707.

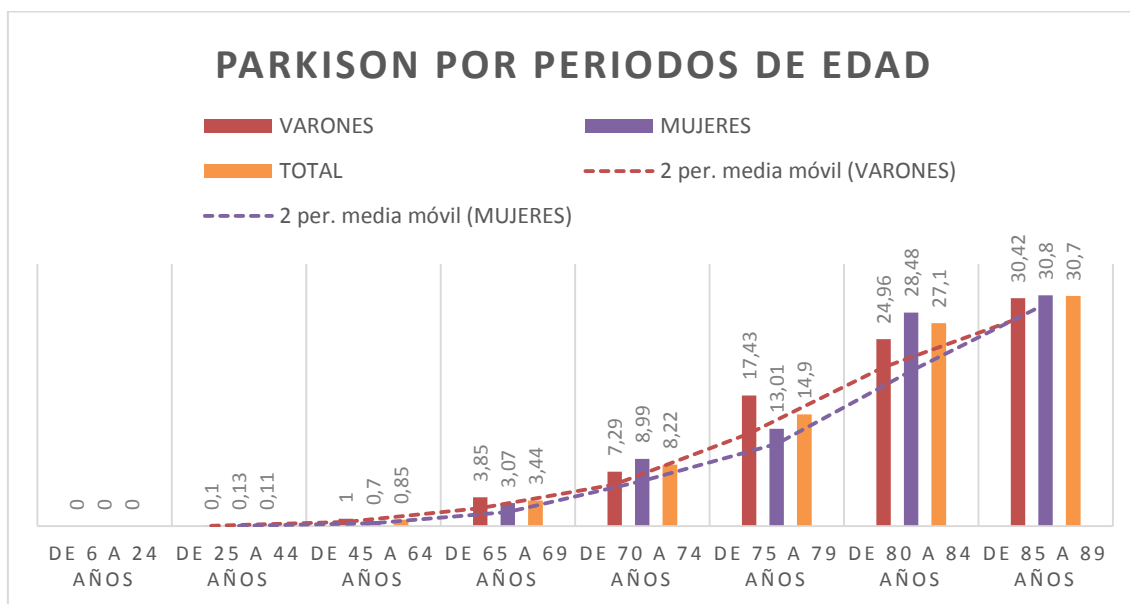
⁹¹ Guía práctica para el paciente con enfermedad de Parkinson. Madrid: Federación Española de Parkinson y Lundbeck; 2008

8. ANEXOS

ANEXO 1

Gráfico. Tasa de población con discapacidad diagnosticada de E. de Parkinson, por edad y sexo.

	VARONES	MUJERES	TOTAL
De 6 a 24 años	0	0	0
De 25 a 44 años	0,1	0,13	0,11
De 45 a 64 años	1	0,7	0,85
De 65 a 69 años	3,85	3,07	3,44
De 70 a 74 años	7,29	8,99	8,22
De 75 a 79 años	17,43	13,01	14,9
De 80 a 84 años	24,96	28,48	27,1
De 85 a 89 años	30,42	30,8	30,7



Fuente: Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: INE [actualizado el 4 de noviembre de 2009; acceso el 6 de marzo de 2015]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia 2008

ANEXO 2

Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson.

Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson (NICE, 2006)	
Criterios de diagnóstico	<p>Bradicinesia y, al menos, uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rigidez.• Temblor en reposo.• Inestabilidad postural no relacionada con déficit visuales, cerebrales, vestibulares o alteraciones propioceptivas.
Criterios de exclusión diagnóstica	<p>Historia de:</p> <ul style="list-style-type: none">• ACV de repetición.• Daño cerebral repetido.• Uso de drogas antipsicóticas o antidopaminérgicas.• Presencia de encefalitis y/o crisis oculogiras no tratadas.• Presencia de otros síntomas neurológicos: parálisis supranuclear de la mirada, signos cerebelosos, deterioro autonómico severo en fases tempranas, Babinski, demencia o trastornos del lenguaje y memoria severos en fases tempranas.• Presencia de tumor cerebral o hidrocefalia en pruebas de neuroimagen.• Exposición a una neurotoxina conocida.• Más de un miembro de la familia afectado.• Remisión clínica prolongada.• Respuesta negativa a dosis elevadas de levodopa si está excluida la malabsorción. <p>Datos clínicos de afectación estrictamente unilateral después de 3 años del comienzo de la clínica.</p>
Criterios de diagnóstico definitivo	<p>Presencia de, al menos, tres de los siguientes datos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inicio unilateral.• Presencia de temblor de reposo.• Trastorno progresivo.• Afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio.• Excelente respuesta a la levodopa.• Corea inducida por levodopa.• Respuesta a la levodopa durante 5 años. <p>Curso clínico superior a 10 años.</p>

FUENTE: NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Parkinson's disease: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians; 2006



ANEXO 3

Valoración de las 14 necesidades en pacientes diagnosticados de Parkinson.

NECESIDADES	MODIFICACIONES
Necesidad de respirar	En estudios iniciales, la enfermedad no manifiesta interferencias importantes. Neumonías por aspiración.
Necesidad de comer y beber	Se ve afectada casi desde el principio del proceso, primero van a ser responsables los temblores y posteriormente serán los problemas con la deglución. A consecuencia de la deglución estos pacientes tienen tendencia a sufrir grandes pérdidas de peso. Vigilaremos la presencia de sialorrea.
Necesidad de eliminación	La disfunción del sistema nervioso autónomo (SNA), puede dar lugar a consecuencias en la satisfacción de la necesidad tales como estreñimiento, incontinencia urinaria funcional u nicturia.
Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.	Es una de las necesidades más afectadas. Afecta en la marcha, en el equilibrio, la rigidez, produce lentitud del movimiento, ocasiona temblores en reposo.
Necesidad de dormir y descansar.	Impide tener un sueño reparador a consecuencia de la nicturia, dificultad para girar en la cama, la rigidez.
Necesidad de vestirse y desvestirse	Las alteraciones motoras interfieren de forma importante en actividades como es vestirse y desvestirse.



Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

La temperatura puede verse alterada frecuentemente por una hipersudoración como el uso de una vestimenta inadecuada.

Necesidad de mantener la higiene corporal

Las actividades de autocuidados relativas a actos como los que se precisan para la satisfacción de esta necesidad se ven seriamente afectados, como la higiene, ir al retrete,...

Necesidad de evitar los peligros ambientales.

Los riesgos de caídas, ya que la forma de andar, la tendencia a la hipotensión debido a la disfunción del SNA y el posible deterioro de las funciones superiores que caracteriza esta enfermedad son factores de riesgo muy importante para que se produzcan lesiones o traumatismos.

Necesidad de comunicarse con los demás.

Los problemas para la comunicación son muy frecuentes, con el tiempo aumentan los problemas para la comunicación oral. El deterioro de las funciones cognitivas va haciendo que la comunicación no sólo sea eficaz en la forma, sino también en el contenido.

Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.

Cambios de personalidad y de carácter. Pérdida de la autoestima y sufrimiento espiritual.

Necesidad de una ocupación y de ocio para autorrealizarse.

Muchos de los síntomas van a ocasionar déficit de actividades de ocio. Puede dar lugar a aislamiento social, a soledad, a desesperanza y/o impotencia.

Necesidad de aprendizaje.

Déficit de conocimientos sobre la enfermedad.

Fuente: Rodríguez C y Moreno MA. Procesos neurológicos. En: García MV, Rodríguez C y Toronjo AM coordinadores. Enfermería del anciano. 2ª ed. Enfermería S21: Ediciones DAE (Paradigma); 2009. p. 234 – 239.

ANEXO 4

Niveles asistenciales.

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADAS
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficacia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicaciones de los facultativos de atención primaria.
Dispositivos asistencial	Centros de salud y consultorios locales.	Centros de especialidades y hospitales.
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. Madrid; 2012