



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DEPRESIÓN, EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGIA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN
MÉXICO, D. F.

TESINA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
NEUROLÓGICA

PRESENTA:
BEATRIZ CASS GARREA

CON LA ASESORIA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO



MÉXICO, D. F.

JUNIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro, por la asesoría de metodología y corrección de estilo brindada, que hizo posible la culminación de esta tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por ser la casa de estudios que me brindó los conocimientos que ahora poseo y por las enseñanzas obtenidas a lo largo de la especialización en Enfermería Neurológica.

Al megaproyecto: Nuevas estrategias epidemiológicas, geonómicas y proteómicas en salud pública. En el Modelo de atención preventiva y terapéutica. Registro: SDEI.PTID. 05.5 y 020 (ENEO). Del cual fui becaria.

A todo el personal de Enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez", por las facilidades otorgadas en la recolección de información actualizada.

DEDICATORIAS

A mis padres Guille y Alfonso, por todo el cariño, comprensión, apoyo y amor, que me han brindado durante toda mi vida, impulsándome día con día a ser mejor persona; y han contribuido enormemente en mi formación, ahora como enfermera especialista. A quienes amo con todo mi corazón.

A mis hermanos Leticia y Alfonso; y sobrinos Aldo Abraham y Paloma Karina, por siempre estar conmigo.

A mis hijos Alejandro J. y Jesús O., que son el motor y lo más importante en mi vida, por quienes intento ser cada día mejor madre, persona y profesionista; doy gracias a Dios por tenerlos conmigo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

1.5.2 Específicos

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA
EN NEUROLOGÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE PARKINSON Y DEPRESIÓN.

2.1.1 Enfermedad de Parkinson

- Concepto
- Fisiopatología de las alteraciones en la neurotransmisión.
- Epidemiología
- Etiología y Factores asociados
- Diagnóstico

2.1.2 Evolución clínica de la Enfermedad

- Evolución de Hoehn & Yahr

2.1.3 Manifestaciones clínicas

- Temblor en reposo
- Rigidez

- Bradicinesia
- Trastornos de la marcha
- Alteraciones de la destreza manual
- Dificultad respiratoria
- Dificultad para la deglución
- Trastornos del habla
- Trastornos en la expresión facial
- Alteraciones mentales en el Parkinson: Depresión

2.1.4 Tratamiento

- Farmacológico
- Quirúrgico

2.1.5 Intervenciones de Enfermería

- Trastornos de la marcha
- Técnicas de movilización y ejercicios posturales para la persona afectada por la Enfermedad de Parkinson.
- Terapia de lenguaje
- Técnicas de alimentación
- Apoyo psicoemocional al familiar y persona con Enfermedad de Parkinson
- Medidas preventivas para disminuir el riesgo de lesiones e infecciones en el paciente con Parkinson

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente

- Indicadores de la variable

3.1.2 Definición operacional

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo de tesina

3.2.2 Diseño de tesina

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

3.3.2 Observación

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

4.2 RECOMENDACIONES

5. ANEXOS Y APENDICES

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

La presente investigación documental tiene por objeto analizar las intervenciones de Enfermería especializada en pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, “Manuel Velasco Suárez” de la ciudad de México, D. F.

Para realizar cada análisis se ha planeado desarrollar esta tesina en siete capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo, la fundamentación del tema de tesina que tiene diversos apartados de importancia, entre los que se encuentran: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación del tema de estudio, ubicación del mismo y objetivos.

En el segundo capítulo se da a conocer el Marco Teórico de las intervenciones de Enfermería Neurológica, en donde se ubican todos los fundamentos teóricos - metodológicos de la Enfermería especializada que apoyan al problema y a los objetivos de esta tesina, es decir, el Marco Teórico reúne las fuentes primarias y secundarias del problema.

En el tercer capítulo se ubica la Metodología que incluye las Intervenciones de Enfermería Neurológica con sus indicadores, la definición operacional de la variable y el modelo de relación de influencia de la misma. También se incluye en este capítulo las

técnicas de investigación utilizadas entre las que están: fichas de trabajo y observación.

Finaliza esta investigación documental con las Conclusiones y Recomendaciones, Anexos y Apéndices, Glosario de términos y las Referencias bibliográficas que se encuentran en los capítulos, cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda tener un panorama general de lo que significa la Enfermería Neurológica en la atención de los pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, en México, D. F. y con ello resolver en parte la problemática estudiada.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, de México, D. F., ubicado en Insurgentes sur, es una institución de tercer nivel de atención fundada el 28 de febrero de 1964 por el entonces presidente Adolfo López Mateos. Brinda servicios de atención de alta especialidad neurológica y neuroquirúrgica, a la población nacional y extranjera.

Cuenta con seis subdirecciones que son Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, Consulta externa, Enfermería, Neuroimagen y Terapia endovascular.

Los departamentos y unidades que proporcionan atención son urgencias, terapia intensiva, epidemiología, medicina física y rehabilitación, infectología, neuroimagen, cognición y conducta, anestesiología, otoneurología, oftalmología neurológica, especialidades quirúrgicas, neurofisiología clínica, laboratorio clínico, control y referencia de pacientes, bioingeniería hospitalaria, archivo clínico, radiológico y bioestadística, e insumos hospitalarios.

Existen diversas clínicas interdisciplinarias que prestan atención especializada a enfermedades tales como Parkinson y discinecias, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Huntintong, Esclerosis Múltiple, Neurocisticercosis, Depresión, Trastornos Bipolares, Ortopedia, Neurocirugía general, estereotáctica y funcional,

Epilepsia, Esquizofrenia, Clínica del dolor, Endocrinología, Enfermedad Vasculare Cerebral, entre otras.

La infraestructura para desarrollar la prestación de tales servicios es de 4 quirófanos para cirugía de alta especialidad, 41 camas de neurocirugía, 24 camas de psiquiatría, 33 camas de neurología, 12 camas de urgencias, 9 camas de terapia intensiva, entre otras áreas de vital importancia.

Cabe mencionar que este Instituto dedica gran parte de sus actividades a la investigación y docencia.

Para poder brindar estos servicios el Instituto cuenta con personal especializado como médicos neurólogos, neurocirujanos, neuropsiquiatras, enfermeras generales y en un mínimo número con enfermeras especialistas en Neurología.

Debido a las características específicas de los padecimientos neurológicos es importante que este instituto cuente con mayor número de enfermeras especialistas en Neurología para dar respuesta a los requerimientos de los pacientes que presentan algún daño, afección o enfermedad neurodegenerativa, de manera que se preste atención de mayor calidad basada en conocimientos científicos e investigación, acorde a cada requerimiento de la persona con afección neurológica, como lo es en la Enfermedad de Parkinson para proporcionar un cuidado integral y mejorar la Calidad de Vida, no solo de la persona sino de su cuidador primario.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta fundamental eje de ésta tesina es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería especializada en pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, “Manuel Velasco Suárez” de la ciudad de México, D. F.?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente tesina se justifica por las siguientes razones:

En primer lugar se justifica por que existen pocas investigaciones relacionadas con la Enfermería especializada en Neurología que tengan que ver con los aportes necesarios para el paciente con Enfermedad de Parkinson y depresión.

En segundo lugar, por que se pretende diagnosticar desde el punto de vista teórico y empírico del cuidado especializado, que requiere el paciente con Enfermedad de Parkinson y depresión. Por ello, en esta tesina se propone a partir de este diagnóstico diversas medidas de atención especializada que garanticen que un paciente con Enfermedad de Parkinson y depresión tenga la mejor atención.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente tesina se ubica en las disciplinas de Neurología y Enfermería.

Se ubica en Neurología por que esta disciplina es la que se encarga de estudiar las enfermedades que afectan al cerebro - médula espinal y nervios periféricos, brindando respuesta a los requerimientos de atención que presente la persona en riesgo o con daño neurológico, en donde la Enfermería Neurológica procurará un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado a la persona en riesgo o daño neurológico y establecerá mecanismos educativos para prevenir, o bien, reintegrar en medida de lo posible a la persona a su sociedad.

Se ubica en Enfermería por que esta profesión es la que imparte la educación para la salud a todo tipo de población. Así las enfermeras especializadas en Enfermería Neurológica organizan programas que informan, educan, promueven la salud y en donde la enfermera especialista, es quién coordina estas actividades para mantener el bienestar de la persona.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de Enfermería Neurológica en pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez", México, D.F.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermería especializada en Neurología que permita guiar las acciones de todas las enfermeras en esta especialidad para lograr la calidad de atención de los pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión.
- Proponer acciones con las cuales se pueda perfeccionar la Enfermería Neurológica para que los pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión puedan mejorar en todos los aspectos mediante el cuidado especializado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN NEUROLOGIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DEPRESIÓN.

2.1.1 Enfermedad de Parkinson (EP)

- Concepto

Para Antonia Campolongo “La Enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica degenerativa y progresiva que se caracteriza por trastornos del movimiento, equilibrio, del mantenimiento de la postura, así como del tono muscular”¹.

La EP es un proceso cróniconeurodegenerativo de la sustancia negra de los ganglios basales, que se encargan del control del movimiento, esto afecta considerablemente la realización de las actividades de la vida diaria de quien la padece, dificultando progresivamente el cumplimiento de tareas que en su momento fueron sencillas, como el acto de caminar, comer; afectando por tanto su calidad de vida.

- Fisiopatología

“Los Ganglios Basales o Núcleos Basales (Ver anexo N° 1), este término se aplica al conjunto de masas de sustancia gris situado dentro de cada hemisferio cerebral entre corteza y el tálamo. Ellos

¹ Antonia, Campolongo. Equipo multidisciplinar en la Enfermedad de Parkinson. Ed. Grupo Ars Médica. Barcelona, 2006, p. 1

son el cuerpo estriado, el núcleo amigdalino y el claustro (Ver anexo N° 2)”².

“Los clínicos y neurocientíficos utilizan una variedad de terminologías para describir los núcleos basales (Ver anexo N° 3). Los núcleos subtalámicos, la sustancia negra y el núcleo rojo están estrechamente relacionados, desde el punto de vista funcional, con los núcleos basales, pero no deben ser incluidos entre éstos”³.

“Los núcleos de la base desempeñan un papel importante en el control de la postura y el movimiento voluntario”⁴.

[...] “El núcleo caudado y el putamen son dos grandes núcleos separados por la sustancia blanca. [...] El globo pálido se sitúa medialmente al estriado y su nombre se debe a la coloración pálida que presenta este núcleo en los cortes frescos de cerebro. Se divide en dos partes, el núcleo externo o lateral (GPe) y el núcleo interno o medial (GPi), separados por una fina lámina. Las dos últimas estructuras de los ganglios basales son el núcleo subtalámico (NST), que es un pequeño núcleo de forma lenticular bajo el tálamo, y la sustancia negra, que es fácilmente visible en secciones cerebrales como una línea oscura (debido al pigmento melánico presente en sus células) en el diencefalo. La sustancia negra (Ver anexo N° 4) se divide en dos, la porción reticulada

² Richard, Snell. Neuroanatomía clínica. Ed. Médica panamericana 5ta ed. Madrid, 2003, p. 316

³ Id.

⁴ Id.

(SNpr) y la porción compacta (SNpc), que, al igual que en el globo pálido, tienen diferentes funciones”⁵.

“Los ganglios basales reciben los principales impulsos aferentes de la corteza cerebral y envían la mayoría de sus eferencias a la corteza a través del tálamo. Este circuito se conoce como córtico-basal-tálamo-cortical. Una pequeña proporción de sus eferencias también alcanza directamente estructuras del tronco del encéfalo sin pasar por el tálamo. Dos objetivos fundamentales de estas fibras eferentes son el colículo superior, un área implicada en el control de lo movimientos oculares, y el núcleo pedunculopontino”⁶.

“Los núcleos basales no sólo influyen en la ejecución de un movimiento particular de las extremidades, sino que también ayudan a prepararse para los movimientos. Esto puede lograrse mediante el control de los movimientos axiales y de las cinturas y la posición de las partes proximales de las extremidades. La actividad en ciertas neuronas del globo pálido se incrementa antes de que los movimientos activos tengan lugar en los músculos distales de los miembros. Esta importante función preparatoria permite ubicar el tronco y las extremidades en posiciones apropiadas antes de que la parte motora primaria de la corteza cerebral active movimientos separados en las manos y pies”⁷.

⁵ María, Stokes. Rehabilitación Neurológica. Ed. Harcourt. Vol.2. Madrid, 2000, p. 34

⁶ Id.

⁷ Richard, Snell. Op cit. p.320

“La EP se asocia con degeneración neuronal en la sustancia negra y, en menor grado, en el globo pálido, el putamen y el núcleo caudado”⁸.

“Esta degeneración de las neuronas de la sustancia negra que envían sus axones al cuerpo estriado da como resultado la reducción de la liberación del neurotransmisor dopamina dentro del cuerpo estriado”⁹.

En relación con el diagnóstico Federico Micheli señala que: “el circuito motor es el más importante en cuanto a su relación con la fisiopatología de la EP de todos los que pasan por los ganglios basales. Esta vía motora incluye las vías motoras precentrales (áreas 4 y 6 y área motora suplementaria) y las áreas sensitivas postcentrales que proyectan al putamen en una forma organizada somatotópicamente”¹⁰.

Luis Raúl Lépori dice que: “como consecuencia de la degeneración de la sustancia *nigra* existe una disminución de la dopamina en el cuerpo estriado que fisiológicamente ejerce una inhibición de las interneuronas estriatales que en parte son colinérgicas. Explicando por tanto la aparición de los síntomas motores”¹¹.

⁸ Richard, Snell. Op cit. p. 323

⁹ Id.

¹⁰ Federico, Micheli. Neurología. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2000, p. 164

¹¹ Luis R., Lépori. Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2005, p. 62

Por otro lado, pueden hallarse lesiones en la corteza cerebral que podrían describir la aparición de demencia y de alteraciones en el asta intermediolateral de la médula dorsal, y que originaría disfunción neurovegetativa”¹².

Tanto la dopamina como la acetilcolina se encuentran en el cuerpo estriado, donde actúan como neurotransmisores. En el Parkinsonismo Idiopático (EPI), se cree que el equilibrio normal entre estos dos neurotransmisores antagonistas se altera por la disminución de dopamina en el sistema nigrostriado dopaminérgicos. Otros neurotransmisores, como la noradrenalina, también disminuyen en el encéfalo de los pacientes con parkinsonismo, pero la relevancia clínica de esta deficiencia es menos clara.

Se ha propuesto que el trastorno en el equilibrio entre inhibición y excitación dentro de los ganglios basales y sus vías de conexión directas e indirectas explica la alteración en la función motora en la EP.

En la EP disminuye la presencia de sustancia negra de los ganglios basales que es el centro del control motor, una vez que la cantidad de esta sustancia “disminuye hasta en un 80%”(Micheli, 2000; 164) es cuando inicia la sintomatología, como temblor en reposo, rigidez, bradicinesia, entre otros.

¹² Id.

La importancia de conocer la fisiopatología de la EP para la Enfermería Neurológica, es hacia la comprensión de lo que sucede en el encéfalo para desarrollar este padecimiento. De tal manera que se pueda explicar la sintomatología característica de esta enfermedad, esto, conforme progresa la enfermedad conllevando a alteraciones tales como la incapacidad del control motor voluntario, del cual se encargan los núcleos basales, alteraciones del estado de ánimo, entre otros.

- Epidemiología

La prevalencia de EP aumenta con la edad, [...] entre los 60 a 69 años [...] y un mayor porcentaje en personas de 80 a más años (Mutch y cols., 1986) en D. Jones & R. B. Godwin, 2000. No existen diferencias significativas de prevalencia en la relación de género hombre – mujer y parece no afectar la relación geográfica o socio-económico en la incidencia¹³.

En este punto menciona Antonia Campolongo “la enfermedad es menos frecuente en población negra, lo que hace pensar que la melanina tenga una función protectora, para no desarrollarla”¹⁴.

Uno de los principales problemas que se enfrentará en México es que en años venideros la población adulta mayor se incrementará,

¹³ Davies, Jones y R. B. Godwin-Austen. Enfermedad de Parkinson. En: María Stokes. Rehabilitación Neurológica. Ed. Harcourt. Vol.2. Madrid, 2000, p. 188

¹⁴ Antonia, Campolongo. Op cit. p.1

esto según datos de la INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2006) y por tanto podrían incrementarse los casos de EP, ya que es una enfermedad que afecta a personas entre los 65 años en promedio, sin relación de clase o condición social. La importancia que tiene la enfermera especialista en Neurología en este aspecto es abordar la problemática que se está viviendo y que en unos años se pronostica será mayor para enfrentar los casos de dicho padecimiento; y así brindar, un tratamiento integral - multidisciplinario en mejora de la calidad de vida de quien la padece.

- Etiología y Factores Asociados

Federico Micheli en cuanto a la etiología y factores asociados dice: “la etiología de la EP es desconocida, aunque existen numerosos factores que han sido considerados como posibles causas. Los más estudiados en la actualidad son los tóxico-ambientales que pudieran lesionar la sustancia negra y los factores genéticos especialmente los defectos congénitos mitocondriales. [...] También apoya la teoría del estrés oxidativo con producción de toxicidad por la formación de radicales libres, las inmunológicas y en especial la muerte celular”¹⁵.

Antonia Campolongo, menciona otros factores como la aparición de EP en habitantes de áreas rurales, por uso de agua de pozos, granjas y exposición a herbicidas y pesticidas. También, en

¹⁵ Federico, Micheli. Op cit. p. 165

contraposición con otros estudios epidemiológicos han encontrado una mayor prevalencia en países industrializados y áreas industriales que utilizan aleación de acero duro y molinos de madera¹⁶.

Hoy en día con el uso y exposición a sustancias neurotóxicas tales como pesticidas, drogas, entre otras; se encuentran factores de riesgo importantes para desarrollar un padecimiento neurológico tal como la EP. Es importante que las personas tomen medidas de precaución cada vez que se encuentren ambientalmente expuestas, para evitar algún daño a la salud y no precisamente para desarrollar la EP, pues, es bien cierto que la causa para padecerlo es desconocida, aunque existen factores asociados. Cabe destacar en este punto, la importancia que tiene la Enfermería en Salud Pública, para detectar factores de riesgo y desviaciones a la salud, en personas ambientalmente expuestas.

- Diagnóstico

El diagnóstico para la EP, refiere Antonia Campolongo es clínico, pues, no existen marcadores de ningún tipo, bioquímicos, farmacológicos o de neuroimagen, que lo certifiquen. Por ello existen errores diagnósticos que van desde un 10 a 20%, aun por parte de expertos en la materia¹⁷.

¹⁶ Antonia Campolongo. Op cit. p. 2

¹⁷ Antonia Campolongo. Op cit. p. 6

La Tomografía Computarizada (TC) y la Resonancia Magnética (RM), no aportan datos diagnósticos para EP, solo permiten excluir otras causas de síndromes parkinsonianos como hidrocefalia, tumores o lesiones vasculares. La Tomografía Computarizada por Emisión Única (SPECT) y la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), brindan datos valiosos a cerca del estado de las vías dopaminérgicas pre y postsinápticas estriatales y nigricas; por tal motivo permite el diagnóstico presintomático en personas con riesgo por causas toxicas o familiares¹⁸.

En cuanto al diagnóstico Federico Micheli refiere que una de las principales dificultades para su diagnóstico es que la EP es muy heterogénea y las manifestaciones pueden ser muy variadas, al punto que varios autores han cuestionado el hecho que se trate de una sola enfermedad¹⁹.

El diagnóstico es predominantemente clínico basado en los signos típicos de la EP: temblor en reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de los reflejos posturales pueden observarse en distintos grados de severidad y combinación en una serie de enfermedades genéricamente han sido denominadas parkinsonismos²⁰.

Estudios anatomopatológicos demuestran que aproximadamente la EP constituye el 60 – 75% de los casos de síndromes

¹⁸ Id.

¹⁹ Federico, Micheli. Op cit. p.168

²⁰ Id.

parkinsonianos y la certeza de este diagnóstico es alrededor del 80%”²¹.

“Los criterios diagnósticos aceptados se muestran en el Anexo N° 5”²².

El diagnóstico de la EP no es sencillo, pues, se tienen que descartar otros padecimientos compatibles con el Parkinson. Mientras tanto la persona sufre de ansiedad, por conocer la causa del mal que le aqueja y una vez diagnosticada le surgen preguntas frecuentes de lo que es y será su situación, de lo que podrán o dejarán de hacer por lo que ellos, al mismo tiempo que su cuidador primario, entran en conflicto de negación, ansiedad y depresión.

La implicación que tiene la Enfermería, en particular la Neurológica, es orientar al cuidador primario y persona con EP, a cerca de lo que es la enfermedad, de lo que se puede hacer para retrasar en medida de lo posible el progrese de la enfermedad, para tomar todas las medidas terapéuticas, que serán clave fundamental para su calidad de vida.

2.1.2 Evolución clínica de la Enfermedad

- Hoehn & Yahr

Antonia Campolongo (2006), menciona que para poder definir la situación clínica de pacientes con Parkinson, ha sido necesario contar con un sistema de clasificación clínica que unifique la

²¹ Id.

²² Id.

estadificación de los enfermos con Parkinson, como lo es la propuesta por Hoehn & Yahr (Ver anexo N° 6)²³.

Una de las clasificaciones más conocida es la de Hoehn & Yahr, que es de las más utilizadas para establecer una aproximación clínica de la evolución de la enfermedad. Consta de cinco estadios que van desde su inicio unilateral, que inicia con la manifestación que presenta el hemisferio que tiene menor cantidad de sustancia negra, hasta el estadio cinco que es en el que la persona es incapaz de satisfacer y realizar cualquier actividad básica (Ver anexo N° 7).

2.1.3 Manifestaciones clínicas

- Temblor en reposo

D. Jones y R. B. Godwin (2000), el temblor consiste en la contracción alternante de grupos musculares opuestos que causa un movimiento rítmico de 4-6 ciclos por segundo. Siendo este temblor asimétrico, unilateral, de predominio máximo en la periferia y que afecta más a las extremidades torácicas que pélvicas²⁴.

Para Luis Raúl Lépori (2005) el temblor característico de la EP es temblor en reposo de 3-6 Hz, siendo progresivo y asimétrico. Este temblor afecta en mayor medida a las extremidades superiores, a la cabeza, lengua, boca, mandíbula o mentón. El inicio clásico de progresión es: 1) miembro superior, 2) miembro inferior del mismo

²³ Antonia, Campolongo. Op cit. p.6

²⁴ Davies, Jones y R. B. Godwin-Austen. Op cit. p.190

lado, 3) hemicuerpo del lado contrario (Ver anexo N° 8). Un rasgo característico de este temblor en la EP es en forma cuenta monedas, en donde el dedo pulgar se desliza por el resto de los dedos de la mano (Ver anexo N 9). Este tipo de temblor desaparece o disminuye cuando la persona realiza movimientos voluntarios con la extremidad afectada, y se intensifica al realizar movimientos repetitivos con la extremidad contralateral. En etapas avanzadas donde el temblor se torna continuo y severo, este es de mayor amplitud, pero de la misma frecuencia (Ver anexo N° 10)²⁵.

El temblor en si puede constituir por si mismo una alteración en el movimiento o ser un síntoma de parkinsonismo. Lo que caracteriza a la EP, no es el temblor en si mismo, sino que su característica es, que es temblor en reposo, que responde a una serie de contracciones de grupos musculares. “El temblor en reposo, aparece cuando una parte del cuerpo comprometida se encuentra apoyada y los músculos no se activan voluntariamente (Rolando J. y Felipe Pretelt; 2005).”

Este temblor, como su nombre lo indica empeora con el reposo, así como con el estrés, ansiedad y disminuye o desaparece con el sueño. El temblor, en el enfermo de Parkinson, en un inicio se torna incomodo; dificulta considerablemente y progresivamente la realización de sus actividades de la vida diaria.

²⁵ Luis R., Lépori. Op cit. p. 86

- Rigidez

Es el incremento de tono muscular, es decir, el aumento de la resistencia al movimiento pasivo²⁶ en una articulación es uniforme a lo largo de todo el rango de movilidad (RMA), en contraste con la hipertonia espástica. La rigidez suele ser asimétrica o unilateral, afectando solo a un grupo de músculos en grado significativo, como los músculos del cuello, antebrazo o el muslo y aumenta con la tensión nerviosa y en ambientes fríos²⁷. Existen dos tipos de rigidez características en la EP, una llamada rigidez en barra de plomo, cuando esta se mantiene a lo largo del movimiento, y la segunda en rueda dentada de predominio en miembros torácicos, cuando se intenta la extensión del brazo y se detiene por momentos como si tuviese “topecitos”. “Este trastorno de progresión próximo-distal del tono, es el causante de la postura flexionada (Ver anexo N° 11) en bipedestación (marcha) y en la sedestación (estando sentado)²⁸.

Existe una prueba que se denomina fenómeno de Froment y se expresa cuando se le solicita al paciente que realice un movimiento en una extremidad y se evalúa la rigidez en el miembro contrario²⁹.

²⁶ Michael, J. Aminoff y cols. Manual de Neurología clínica. Ed. Manual Moderno. 6ª ed. México, 2006, p. 234

²⁷ Davies, Jones y R. B. Godwin-Austen. Op cit. p. 190

²⁸ Domingo C., De la Torre. La enfermedad de Parkinson. Fisioterapia en geriatría. En Internet: www.efisioterapia.net. Madrid, 2003, p. 1

²⁹ Luis R., Lépori. Op cit. p.92

Una de las actividades de Enfermería Neurológica a desarrollar en cuanto a este punto es la realización de movimientos pasivos en las extremidades del tórax, para evitar precisamente la rigidez. De igual manera hay que recomendar al cuidador primario que el enfermo de Parkinson evite ambientes fríos, así mismo se invita a ambos a planear en conjunto un programa de actividades y ejercicios, acorde a los requerimientos y capacidades de la persona, en donde se mantenga la actividad el más tiempo posible evitando de esta manera las contracturas, alternando esto con periodos de descanso frecuentes para evitar la fatiga y la frustración. Se recomienda contra la espasticidad practicar la natación.

La rigidez presenta para el EP un papel importante para manifestar dolor, pues, produce que los músculos se fatiguen con facilidad, por ello es importante orientar a la persona y cuidador primario, a cerca de la importancia de un programa de ejercicios diarios, ya sea realizados con apoyo de un cuidador primario o personal experto en el área (Enfermero(a) en Rehabilitación). En caso de que el dolor sea constante e/o intolerable, se sugiere acudir con su médico especialista para el control del mismo.

- Bradicinesia

Es definida como la reducción o enlentecimiento progresivo de los actos motores automáticos y voluntarios. Es uno de los más incapacitantes y se manifiesta por facies inexpresiva (Ver anexo N° 12), como disminución del parpadeo y enlentecimiento general que afecta la voz siendo lenta y monótona, la deglución provocando

disfagia y dificultad a la masticación; también obstaculiza la realización de las actividades de la vida diaria como vestirse, comer, caminar³⁰, pasear, girarse en la cama y la destreza manual (micrografía)³¹ (Ver Apéndice N°1). La persona con EP tiene una facies de máscara relativamente inmóvil, con hendiduras palpebrales anchas y sonrisa que se desarrolla y desaparece con lentitud³². Presenta con un equilibrio corporal deficiente, con una marcha característica es “saltona” con pasos cortos y acelerándose³³. La última expresión de la bradicinesia es el llamado bloqueo o congelación (freezing) (Ver anexo N° 13), que es la supresión total del movimiento cuando la persona con EP se queda quieto(a), incapaz de dar un paso hacia delante, como si estuvieran los pies pegados al suelo (marcha festinante). Este hecho suele suceder cuando la persona quiere levantarse de una silla, cambiar de dirección mientras camina o cuando quiere cruzar alguna puerta.

Finalmente la persona con EP, puede definir la bradicinesia como la sensación de torpeza, cansancio o puede percibir que sus actividades de vida diaria le invierten demasiado tiempo³⁴.

³⁰ Maite, Forner B. Cuidados enfermeros. Ed. Masson. Barcelona, 2005, p. 110

³¹ Domingo C., De la Torre. Op cit. p.1

³² Michael, J. Aminoff y cols. Op cit. p. 234

³³ Susan, C de Wit. Fundamentos de Enfermería Medicoquirúrgica. Ed. Harcourt. 4^{ta} ed. Barcelona, 1999, p. 376

³⁴ Luis R., Lépori. Op cit. p.90

- Alteración de los reflejos posturales

Maite, F. señala que la postura típica del enfermo de Parkinson es en flexión, tanto de la cabeza y el tronco como de las articulaciones de brazos y piernas, esto, debido a las dificultades para mantenerse en posición erecta. Esta postura es más notoria conforme progresa la enfermedad. Los reflejos de enderezamiento están alterados y la persona tiene dificultades para corregir su postura. La persona con Parkinson presenta alteraciones en el equilibrio, lo que quiere decir que si se le da un impulso por la espalda mientras camina, este al intentar recuperar el equilibrio, dará unos pasos hacia delante cada vez más rápidos, llamada marcha festinante o propulsiva, o bien a la inversa si se le brinda un impulso de frente, al intentar recuperar el equilibrio dará unos pasos hacia atrás desencadenando la marcha retropulsiva que ocasiona caídas frecuentes. La marcha frecuente del enfermo de Parkinson es con el tronco flexionado, arrastrando los pies, con pasos cortos y sin movimiento de balanceo de brazos. La marcha les resulta difícil y los cambios de dirección son sumamente elaborados, en tareas sencillas como el dar vuelta en si mismo o alrededor de una mesa, tendiendo a realizar movimientos en bloque como un robot para facilitar su movilidad. Las alteraciones en los reflejos posturales no se presentan hasta años después del diagnóstico³⁵. Si los reflejos de propulsión y retropulsión desaparecen, y el paciente no mueve sus pies con suficiente rapidez, entonces caerá al suelo.

³⁵ Maite, Forner B. Op cit. p.111

- Dificultad respiratoria

Luis R. Lépori (2005) comenta que la escoliosis que se presenta en el Parkinson secundaria a los trastornos de los reflejos posturales, causa de igual manera deformación de la caja torácica, impidiendo la expansión simétrica de ambos hemitórax, lo que ocasiona una disminución de la expansión pulmonar bilateral, en consecuencia de ello trae consigo la dificultad respiratoria. Otra causa para la dificultad respiratoria radica en que la levodopa puede cambiar el ciclo respiratorio, de manera que la respiración se torne pesada y rápida, alternando con periodos de respiración normal³⁶.

- Dificultad para la deglución

Juan C. Castillo y col. (2007) opinan que los pacientes con daño neurológico con frecuencia tienen dificultad importante para alimentarse por vía oral, esto debido a la afección de las funciones cerebrales superiores, las alteraciones en la sensopercepción del ambiente, discapacidades motoras de la deglución y coordinación, el deterioro del estado de alerta, entre otras, que llevan a un deterioro temprano de su composición corporal, favoreciendo la susceptibilidad de las infecciones oportunistas y mortalidad³⁷.

³⁶ Luis R., Lépori. Op cit. p.102

³⁷ Juan C. de la Cruz, C., y col. Nutrición en el paciente con problema neurológico. En Humberto Arenas y col. Nutrición enteral y parenteral. Ed. McGraw-Hill. México, 2007, p.420

Uno de los problemas más frecuentes de morbilidad en los pacientes con daño neurológico es la disfagia, que resulta de lesiones centrales (cerebro), periféricas (nervios), del músculo o placa neuromuscular³⁸.

El 80% de los pacientes con EP presenta algún grado de disfagia, que en etapas avanzadas de la enfermedad favorece a la desnutrición grave. El uso de anticolinérgicos pueden interferir en la cooperación del paciente o en la viscosidad de la saliva y limitar un adecuado bolo alimenticio³⁹.

“Se han identificado síntomas disfágicos en los cuatro estados de la deglución en pacientes con EP, aunque la naturaleza exacta de estos no está muy clara todavía (Logemann, 1988)”⁴⁰ en (Rusell & Wanda 2001).

“Logemann (1998) señaló que no es raro encontrar enfermos de Parkinson con una aspiración crónica, demostrándolo mediante un estudio de videofluoroscopia. Estos pacientes tendían a aspirar de manera silenciosa, sin toser y sin ningún otro signo externo y en ningún caso habían tenido diagnósticos de neumonías por aspiración. *El mecanismo exacto que permite este fenómeno no está muy claro no en términos neurológicos ni en términos de la*

³⁸ Juan C. de la Cruz y col. Op cit. p. 425

³⁹ Id.

⁴⁰ J. Love, Rusell y col. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Ed. Panamericana. 3^{ra} ed. Madrid, 2001, p.204

función pulmonar (Logemann, 1988, p. 313)⁴¹ en Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje (2001).

En los trastornos de la deglución son responsables de la sialorrea, la salida de líquidos y comida de la boca o de que la persona coloque el alimento en la parte posterior de la garganta antes de que este totalmente “molido” para la deglución. En los pacientes con EP existe un alto riesgo de broncoaspiración y neumonía, debido a la incapacidad de expectorar, por tanto los cuidadores de estos pacientes deben estar preparados ante cualquier signo de asfixia.

- Trastornos del habla

Rusell, J., y col. (2001) mencionan que el habla de los enfermos de Parkinson varía enormemente, según el estadio y la efectividad del tratamiento farmacológico. En un estudio (Logemann, Fisher, Boshes y Blonsky, 1978) en Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje (2001), de las características del aparato vocal de 200 enfermos de Parkinson, descubrió que sólo el 11% (22 pacientes) no presentaban problemas del aparato vocal. En el mismo estudio 89% de los pacientes objeto presentaban disfunción laríngea⁴².

También se ha observado frecuentemente en los pacientes de Parkinson una repetición compulsiva de fonemas y de sílabas, un

⁴¹ Id.

⁴² J. Love, Rusell y col. Op cit. p. 202

tipo de disfluencia. Se ha observado palilalia frecuentemente en pacientes con la EP. La palilalia se caracteriza por una repetición de palabras, frases y que está asociada normalmente a lesiones subcorticales bilaterales⁴³.

- Alteraciones mentales en el Parkinson: Depresión

La depresión constituye hoy en día un importante aspecto de atención para muchos investigadores^{44,45}.

La depresión es más frecuente en la EP que en otras enfermedades crónicas que conllevan limitaciones físicas significativas dentro del ámbito laboral y social del paciente, presentándose esta en un 46%, reportándose este porcentaje en el estudio de “Depresión en pacientes con Enfermedad de Parkinson, Yaneth, R. y col. (1998)”.

En relación, a las alteraciones de tipo afectivo algunos estudios (Brown, & Wilson, 1972; Mayeux, Stern, & Sano, 1984) muestran que los pacientes con EP tienden a dividirse en dos grupos: pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas (principalmente depresión) y sin dichas alteraciones⁴⁶.

⁴³ J. Love, Rusell y col. Op cit. p. 203

⁴⁴ Kaplan H, Sadock B. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Ed; 1987

⁴⁵ Kleman GI, Weissman M. The course morbidity and cost of depression. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 831

⁴⁶ Yaneth, Rodríguez A. y col. Depresión en Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Psicología. Vol.15, no.1, 1998. p.59

La depresión en la EP ha sido objeto de numerosos estudios (Gotham, Brown, & Marsden, 1986), iniciados en 1817 por James Parkinson que en su informe original refirió al paciente parkinsoniano como un “infeliz sufriente” (Levin, & Katzen, 1995). Recientemente, los cambios en el estado de ánimo se ha evaluado sistemáticamente utilizando escalas de depresión estandarizadas y entrevistas estructuradas basadas en criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)⁴⁷.

Se ha observado que los pacientes con EP son más disfóricos y pesimistas y refieren menos sentimientos de culpabilidad (Huber, Friedenber, Paulson, Shuttlewoth, & Christy, 1990). La ansiedad y la idea de suicidio es más prevalente en pacientes con EP deprimidos, aún cuando el intento de suicidio es menos frecuente. Los déficits cognoscitivos especialmente aquéllos que involucran lóbulos frontales son más frecuentes en pacientes con EP deprimidos que en pacientes no deprimidos (Cummings, 1992) en (Yaneth y col, 1998)⁴⁸.

Los factores relacionados a la depresión parecen correlacionarse con la severidad de los déficits cognoscitivos y la severidad de los síntomas de depresión (Starkstein, Preziosi, Bolduc, & Robinson, 1990) en (Yaneth y col, 1998). Los pacientes con EP de inicio temprano presentan un porcentaje más alto. El sexo femenino y mayor daño del hemisferio izquierdo, bradicinesia y alteraciones de

⁴⁷ Yaneth, Rodríguez y col. Op cit. p. 60

⁴⁸ Id.

la marcha son algunos factores de riesgo asociados a la presencia de depresión (Cummings, 1992)⁴⁹ en (Yaneth y col, 1998).

“La alta prevalencia de depresión en la EP, la asociación con características neurológicas y bioquímicas de la enfermedad, y su falta de asociación consistente con la duración y severidad de la EP en conjunto sugieren que la depresión en la EP no es solamente una reacción a la incapacidad propia de la enfermedad, sino que es una combinación de alteraciones endógenas y reactivas”⁵⁰.

- Alteraciones cognitivas

En la EP se presentan diversas alteraciones que se consideran como parte del proceso mismo de la enfermedad; estas pueden presentarse bajo la forma de deterioro cognoscitivo y demencia, alteraciones psiquiátricas, trastornos del sueño o una combinación de cualquiera de ellas⁵¹.

“El síndrome demencial se caracteriza por un compromiso de múltiples funciones cognitivas (memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, juicio) esto debido a una enfermedad crónica o progresiva cerebral que produce una discapacidad y limita al paciente para la realización de sus actividades habituales, sociales o laborales. Las alteraciones cognitivas van a menudo

⁴⁹ Id.

⁵⁰ Yaneth, Rodriguez y col. Op cit. p. 65

⁵¹ Teresa, Corona y cols. Nueva vida para el enfermo de Parkinson. Manual. Servicios de salud mental. México, 1997, p.7

acompañadas de trastornos de la personalidad y de alteraciones de la motivación y del control emocional”⁵².

“La EP se asocia con demencia entre un 30-40%⁵³ de los casos. En los enfermos de Parkinson el compromiso neuropsicológico se caracteriza por enlentecimiento psicomotor, alteraciones de la flexibilidad cognitiva, trastornos visuoespaciales, reducción del aprendizaje, reducción de la fluencia verbal y compromiso del pensamiento abstracto”⁵⁴.

Inevitablemente, la comorbilidad de la EP con la demencia presenta un inconveniente para el enfermo y cuidadores⁵⁵. En las enfermedades degenerativas, no son reversibles sus daños. La demencia se considera como una enfermedad terminal, por tanto se justifica un tratamiento paliativo para esta, para procurar el máximo bienestar para esta⁵⁶.

La persona afectada por EP y demencia, no puede llevar a cabo con agilidad actividades recreativas debido a la apraxia, agnosia, y los rasgos afásicos le impiden una comunicación normal, por tanto

⁵² Jaime Kulisevsky y col. Enfermedad de Parkinson. Tratamientos complementarios en la Enfermedad de Parkinson. Ed. Ars Médica. Barcelona, 2004, p. 27

⁵³ Id.

⁵⁴ Id.

⁵⁵ German PS, Rovner BW, Burton LC, Brant LJ, Clark R. The role of mental morbidity in the nursing home experience. Gerontologist 1992; 32: 152

⁵⁶ Jaime Kulisevsky y col. Op cit. p. 27

la comunicación con su entorno se torna limitada⁵⁷. Por ello la enorme importancia de estimular a la persona mediante un ambiente familiar y rehabilitación para integrarlo a su medio para que interactúe en medida de lo posible con este.

- Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño representan una de las mayores fuentes de malestar entre los pacientes con Parkinson⁵⁸.

Las alteraciones del sueño más prevalentes en el enfermo de Parkinson son: el sueño fragmentado (despertares nocturnos)⁵⁹. Es frecuente también la somnolencia diurna y los ataques súbitos de sueño. Los enfermos de Parkinson presentan un sueño poco reparador y un tiempo total de sueño REM reducido. Se ha señalado que el sueño o somnolencia diurna excesiva se presenta en el 51% de pacientes con esta enfermedad⁶⁰.

⁵⁷ Id

⁵⁸ Adalgabar A, Sharma J. Sleep disorders in Parkinson's disease. Int J Clin Pract 2003; 57:781

⁵⁹ Pappert EJ, Goetz CG, Niederman FG, Raman R, Leurgans S. Sleep fragmentation, and altered dream phenomena in PD. Mov Disord 1999; 14: 117

⁶⁰ Hobson DE, Lang AE, Martin WRW et al. Excessive day time sleepiness and sudden Honest sleep in Parkinson's disease: a Surrey by the Canadian Movement disorder Group. JAMA 2002;287:455

El tratamiento de los trastornos del sueño es difícil y debe ir dirigido específicamente a cada manifestación⁶¹.

En este trastorno es sumamente importante valorar la calidad de sueño que presentan estos pacientes debido a que pudieran tener accidentes por la privación de sueño, cuyas causas de este pueden ser multifactoriales. Los accidentes en gran medida son automovilísticos o delicadas caídas por sueño súbito. Es importante que tanto el cuidador primario como el enfermo de Parkinson, atiendan este trastorno, debido que afecta a ambos tanto directa como indirectamente. Existen medicamentos que mejoran notablemente este problema y por tanto la calidad de vida para quién la padece.

- Trastornos en la sexualidad

Teresa Corona y Cols, mencionan que los trastornos sexuales en la EP se observan frecuentemente en un 60% aproximadamente, siendo la impotencia la característica más reconocida en esta enfermedad. Los pacientes manifiestan pérdida de interés y dificultades para tener relaciones sexuales. Esto tiene que ver con los cambios físicos y de aspecto (inexpresión facial, sialorrea, entre otras) que le hacen sentir poco atractivo. Además de problemas tales como disfunción sexual y depresión. Esta última por padecer el efecto propio de la enfermedad⁶².

⁶¹ Adalgabar A, y col. Op cit. p.781

⁶² Teresa, Corona. Op cit. p.8

- Hábitos intestinales y urinarios

“El estreñimiento es casi inevitable, debido a que el músculo intestinal trabaja con lentitud”⁶³.

A menudo es efecto secundario de los medicamentos que se suministran⁶⁴.

El músculo de la vejiga también se contrae con lentitud y menor eficacia. Puede presentarse frecuentemente incontinencia urinaria, de urgencia, retención urinaria o micción en poca cantidad⁶⁵.

2.1.4 Tratamiento

- Farmacológico

El tratamiento del parkinsonismo se basa en la corrección del desequilibrio existente en los ganglios basales entre los sistemas dopaminérgicos y colinérgicos (Ver anexo N° 14). Se emplean dos grupos principales de fármacos, fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica entre la sustancia negra y el cuerpo estriado, y fármacos anticolinérgicos que inhiben la actividad colinérgica en el cuerpo estriado. Dentro del primer grupo se encuentran: 1) Precursores de la dopamina, 2) Agonistas de la dopamina, 3) Fármacos que estimulan la liberación de dopamina, 4)

⁶³ John, M. S. Pearce. Guías Médicas Salud y Bienestar. La Enfermedad de Parkinson. Ed. Ediciones B Grupo Zeta. Barcelona, 1999, p.25

⁶⁴ Teresa, Corona. Op cit. p.5

⁶⁵ Id

Fármacos que estimulan la liberación de dopamina, 5) Inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO_B)⁶⁶.

La levodopa (L-dopa) es un ejemplo de agente precursor de la dopamina y es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica para reponer el contenido de dopamina del cuerpo estriado. En el tratamiento del parkinsonismo no se emplea la propia dopamina, debido a que ésta es incapaz de atravesar la barrera hematoencefálica. La L-dopa se administra por vía oral. Alcanzando concentraciones plasmáticas máximas después de 1 a 2 horas, y solamente un 1% llega al encéfalo, debido a su metabolización periférica. Las grandes dosis de la L-dopa produce efectos adversos como lo son: náuseas y vómitos, efectos secundarios psiquiátricos, efectos cardiovasculares y discinesias⁶⁷.

El tratamiento con L-dopa es eficaz inicialmente, en un 80% de los pacientes y puede llegar a restaurar una función motora a casi normal. Sin embargo, pese a que la L-dopa restaura niveles de dopamina a corto plazo, el tratamiento no tiene efecto sobre el proceso patológico degenerativo subyacente. A medida que progresa la degeneración neuronal, disminuye la capacidad del cuerpo estriado para amortiguar los efectos de la fluctuación de niveles de L-dopa. Este problema afecta a la mayor parte de los pacientes en los primeros 5 años, y se manifiesta por el llamado <<deterioro por agotamiento de dosis>>, acortamiento de la

⁶⁶ James, Dawson S., y col. Lo esencial en farmacología. Ed. Elsevier. 2da ed. Madrid, 2003, p. 90

⁶⁷ Id.

duración del efecto de cada dosis de L-dopa, y por el efecto de on-off (encendido y apagado). Fluctuaciones rápidas en el estado clínico que alterna entre un aumento de la movilidad, con mejoría general de los síntomas parkinsonianos, y un aumento de la rigidez y de la hipocinesia. Este último efecto aparece bruscamente y durante cortos periodos de tiempo, que varían entre unos pocos minutos y unas pocas horas, y tiende a empeorar a medida que se prolonga el tratamiento”⁶⁸.

Federico Micheli menciona respecto este punto que, con el correr del tiempo es probable que estas fluctuaciones ON – OFF, comprometan totalmente o parcialmente la vida social, laboral de la persona con Parkinson y representan una verdadera tragedia para él y su cuidador primario. Estos efectos colaterales se presentan con más precocidad en los pacientes que desarrollan la enfermedad en su juventud⁶⁹.

Micheli en relación al tratamiento de la levodopa, la decisión de tomar un tratamiento farmacológico en un paciente parkinsoniano se debe tomar en forma personalizada ya que no existen recetas que se adapten a todos los pacientes. Lo que debe regir la decisión del tratamiento es brindarlo en el momento adecuado a la condición del paciente. Existe cierta controversia sobre cuál es el fármaco de elección para el comienzo de la terapia, ya que, la levodopa es el más potente, se especula que podría ser una de las causas de las complicaciones en largo plazo y por esta razón investigadores

⁶⁸ Id.

⁶⁹ Federico, Micheli. Op cit. p. 170

proponen el comienzo con agonistas dopaminérgicos. En los últimos años ha crecido la idea de que la levodopa probablemente no sea tóxica y que hasta tal vez pueda tener efectos neuroprotectores. La levodopa puede ser analizada de acuerdo con la respuesta motora en términos de una respuesta de duración *media* y de duración *prolongada*. La primera se evidencia en los primeros años de tratamiento, comienza unos 20-30 minutos luego de la administración de la medicación oral y se mantiene a lo largo de unas 3-4 horas luego de las cuales la sintomatología vuelve a insinuarse. La duración prolongada es aquella que sólo se pierde luego de unos 7 a 10 días de suspendida la medicación y sobre cuyo efecto se hace evidente la respuesta de duración media⁷⁰.

- Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico es una opción reservada, que tiene que cumplir con ciertos criterios para su realización, algunos como la edad, riesgo- beneficio, cuando el tratamiento farmacológico no ha logrado mejorar la sintomatología. También antes de la cirugía se evalúa la dimensión cognitiva y psiquiátrica, debido a que los ganglios basales no solo controlan las funciones motoras, sino las cognitivas, conductuales y de los movimientos oculares⁷¹.

Rolando J. (2005) menciona que los candidatos a un procedimiento quirúrgico son aquellos pacientes con deterioro funcional pronunciado, sin trastornos cognitivos, en pacientes sin respuesta al

⁷⁰ Federico, Micheli. Op cit. p. 172

⁷¹ Luis R., Lépori. Op cit. p.138

tratamiento farmacológico y que han desarrollado complicaciones por el uso de la L-dopa. Esta contraindicada en quienes su estado clínico este sumamente afectado⁷².

La talamotomía se efectúa sobre el núcleo ventral intermedio es eficaz en el control del temblor contralateral. La lesión del globo pálido mejora en forma significativa las discinesias y en menor medida la bradicinesia, la rigidez y el temblor, sobre todo bilateral. Los efectos adversos son los trastornos cognitivos, disfagia, disartria, parestesias, etc. La estimulación palidal o subtálmica previene algunas complicaciones por su reversibilidad y permite el tratamiento bilateral⁷³ (Ver anexo N° 15).

Es importante hacer mención que los beneficios de la cirugía, solo atenúan los síntomas, por lo cual se requiere que la persona continúe con su tratamiento farmacológico con L-dopa⁷⁴.

Luis Lépori, respecto al implante de un neuroestimulador dice que consiste en la colocación de una serie de electrodos que se conectan mediante cables debajo de la piel a un generador de pulso, igualmente implantado en el abdomen o pecho (Ver anexo N° 16). La estimulación cerebral profunda es capaz de inhibir el temblor de reposo, la bradicinesia y la rigidez del paciente con Parkinson. Dado que a la pérdida de neuronas dopaminérgicas en

⁷² Rolando J. Giannaula y col. Movimientos anormales. Enfermedad de Parkinson. En: Ignacio Casas Parera y cols. Manual de Neurología. Ed. Grupo Guía S.A. 2da ed. Buenos Aires, 2005. p. 55

⁷³ Id.

⁷⁴ Id.

la sustancia negra induce una sobreactividad glutamatérgica excitatoria desde el núcleo subtálmico al globo pálido interno, el decremento de esta vía daría lugar a una mejoría de los síntomas parkinsonianos⁷⁵.

La ventaja que tiene la estimulación cerebral profunda en relación a la palidotomía, talamotomía, es que no se produce lesión en el tejido encefálico.

2.1.5 Intervenciones de enfermería

- Trastornos de la marcha (Torres, 2001)

Las personas con EP presentan una discapacidad progresiva. El impacto socioeconómico para la familia y/o cuidador es considerable. La discapacidad y la pérdida de funciones neurológicas originan limitaciones para las actividades de la vida diaria y el autocuidado que pueden mejorar con rehabilitación⁷⁶.

Uno de los problemas más significativos en la EP es la movilidad, por tanto la importancia que tiene el realizar la rehabilitación como un tratamiento alternativo y sumamente importante para reducir los problemas musculoesqueléticos a corto plazo.

⁷⁵ Luis R., Lépori. Op cit. p.146

⁷⁶ Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality life in patients with Parkinson's disease. J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;66: 431

Por ello se sugiere realizar los siguientes ejercicios previa valoración en general de estado de salud – enfermedad, así como cuando se sienta “bien” la persona previa valoración de signos vitales (Frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial, temperatura) diariamente antes y después de cada sesión. Posteriormente se indicará a la persona que vista con ropa cómoda, zapatos confortables, y se procederá a realizar un plan de ejercicios por día, en sesiones cortas, con música agradable, un ambiente tranquilo y siempre en compañía de un cuidador primario o experto en el área.

El equipo que se requiere son: colchón, sobrepesos de 2.5 a 2kg, espejo grande, entre otras.

Los ejercicios que a continuación se muestran son para la marcha iniciando con los ejercicios de preparación, previo calentamiento con ejercicios de estiramiento.

Las movilizaciones deben iniciar por el cuello y seguir con hombros, brazos, codos, muñecas, dedos, tronco, caderas, rodillas y tobillos⁷⁷.

⁷⁷ Oscar O., Torres Carro. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 19

- Ejercicios de preparación⁷⁸

Cuello: Flexión, extensión, lateralización y rotación a la derecha y a la izquierda.

Hombros: Elevación y descenso, rotación en ambos sentidos.

Brazos: Extensión de los brazos al lado del cuerpo y realizar rotación en ambos sentidos.

Codos: extensión y flexión, movimientos de rotación con las palmas de las manos hacia arriba y hacia abajo.

Muñeca: Flexión, extensión y rotación en ambos sentidos.

Dedos: Flexión, extensión y rotación.

Tronco: Flexión, extensión, lateralización hacia la derecha e izquierda y rotación en ambos sentidos.

Caderas: Flexión, extensión; ejercicios sin y con sobrepesos, transfiriendo objetos; translación.

Cambios de postura: De sentado a parado.

Tobillos: Flexión y extensión plantar, rotación en ambos sentidos.

(Ver anexo N° 17)

⁷⁸ Id.

• Requerimientos posturales durante la marcha⁷⁹

1. Mantener la base de sustentación amplia.
 2. La distancia del paso derecho debe ser aproximadamente igual a la del pie izquierdo.
 3. Los movimientos de los brazos deben alternarse con el de las piernas.
 4. Las puntas de los pies deben colocarse hacia los bordes externos, no menos de 15 grados con relación a la línea media de cada pie.
 5. El centro de gravedad se traslada armónicamente de una pierna a la otra en forma de zigzag.
 6. La distancia entre los pasos y la línea media imaginaria por donde se desplaza debe ser siempre la misma (Ver anexo N° 18).
- Se inicia con la persona de pie frente a un espejo, con la base de sustentación amplia, se realizan repeticiones en 3 sesiones diarias, con 20 minutos de transferencias hacia cada pierna como mínimo, es decir, balancear el cuerpo sin desplazar los pies del suelo hacia una pierna y la hacia otra, esto con los brazos extendidos (Ver anexo N° 19).

⁷⁹ Oscar O. Torres. Op cit. p. 49

- Realizar flexión y extensión de cadera (péndulo, para lograr la amplitud total de la articulación de la cadera) estando de pie sin y con sobrepesos; es recomendable elevar la pierna que sirve de apoyo para que el movimiento de péndulo se realice libremente. Repetir 10 veces cada ejercicio (Ver anexo N° 20).

- Pararse en la punta de los pies con y sin sobrepeso, logrando la máxima amplitud articular de los tobillos. Repetir 10 veces cada ejercicio (Ver anexo N° 21).

- Movimientos de máxima amplitud de los brazos con y sin sobrepesos. Es necesario tener presente que el hemicuerpo más afectado tendrá mayor limitación para realizar estos ejercicios, por lo que deberá llevarse un control estricto sobre la calidad del cumplimiento del objetivo que se persigue (Ver anexo N° 22).

Realizar la marcha en forma de zigzag trasladando el centro de gravedad de una pierna a otra, en diferentes condiciones como:

- Marcha sobre terreno con pistas visuales

- Marcha sobre terreno blanco (arena)

- Marcha sobre terreno irregular (piedras)

- Marcha sobre terreno con obstáculos

- Marcha sobre terreno con ascensos y descenso (Ver anexo N° 23)

- Ejercicios de postura⁸⁰

Es característico que los pacientes con Parkinson presenten inestabilidad, desequilibrio y disminución de los reflejos posturales, por lo que contar con una base de sustentación adecuada (aproximadamente igual al ancho de los hombros) durante la transferencia de la postura garantiza la estabilidad deseada.

- Garantizar inicialmente el patrón correcto de la postura de sentado A .

- Proyectar el tronco hacia delante hasta lograr que los glúteos comiencen a separarse del asiento (B 1) .

- Apoyar fuertemente las manos sobre las rodillas y empujar el cuerpo hasta lograr la postura de pie total (B 2) .

- Asumir la correcta postura de pie (C) .

- Observar el proceso lógico para lograr estar de pie y los diferentes movimientos de la transferencia de postura (Ver anexo N° 24).

⁸⁰ Oscar O. Torres. Op cit. p. 35

- Terapia de lenguaje

“La EP, comprenden alteraciones y limitaciones en la comunicación; sin embargo, es el lenguaje hablado el que sufre mayor limitación. La clasificación en las alteraciones del habla en se han clasificados en: la fonación, que incluyen la disminución del volumen espiratorio, con la consecuente afectación de la intensidad y la vocalización, alteraciones de la resonancia por dificultades en la movilidad velopalatina, así como las alteraciones de la prosodia y la articulación del lenguaje, que correlaciona en ese orden con la intensidad de la enfermedad y que por lo tanto son secundarias al grado de hipocinesia y de rigidez del paciente. El conjunto de estas alteraciones provoca un lenguaje hipofónico, monótono, farfullante y atropellado que se torna ininteligible en los estadios avanzados de la enfermedad, mas del 70% de los pacientes parkinsonianos sufren de estas afectaciones en los estadios iniciales de la enfermedad, la hipofonía y el lenguaje monótono mejora con la estimulación dopaminérgica pero usualmente los trastornos de la prosodia y la articulación se tornan refractarios”⁵⁹.

Utilizando técnicas de concientización del control motor y combinando procedimientos standard de rehabilitación logofoniátrica se pueden obtener excelentes resultados en la mejora de este problema⁸¹.

⁸¹ Oscar, Torres Carro y cols. Rehabilitación del lenguaje en la Enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Neurociencia 2001; 2(4): 241

- Ejercicios para la movilidad de los labios (Ver anexo N° 25)⁸²

1. Abrir y cerrar la boca lo más posible.
2. Sonría lo más posible y luego coloque la boca en la posición normal.
3. Haga proyección de los labios en forma tubular adelante y vuelva a la posición inicial.
4. Desde la posición tubular de los labios, muévalos en todas direcciones (arriba, abajo, derecha, izquierda, circular por la derecha, circular por la izquierda).
5. Combinación de movimientos de los labios (boca abierta, con sonrisa, en posición tubular). Los movimientos deben realizarse con la mayor amplitud posible.

- Ejercicios para la voz⁸³

- Haga vocalizaciones en tonos estables, alargando al máximo la pronunciación cada vocal. Estas actividades deben ejecutarse después de haber inspirado profundamente.
- Lectura de palabras con sílabas previamente analizadas.

⁸² Oscar, Torres Carro. Op cit. p. 67

⁸³ Id.

- Medidas preventivas para disminuir el riesgo de caídas en el paciente con Parkinson

Al pensar en un paciente con EP se tiene que pensar en que ciertamente se trata de una persona que en promedio tiene 65 años a más y por tanto tiene enfermedades o padecimientos que contribuyen a que tenga accidentes. Uno de los más comunes son las caídas, que son un enorme problema en estos pacientes.

“Las causas de las caídas son múltiples, y pueden ser consecuencia de múltiples factores que afectan la marcha y el balance de las personas mayores”⁸⁴.

“La actividad de Enfermería que se debe realizar en este punto, es orientar a la persona a cerca de los ejercicios posturales y de la marcha. Los cuidados son identificar los factores de riesgo para caerse como: las alteraciones visuales, auditivas, vestibulares, enfermedades agudas como la deshidratación, anemia, cuadros febriles. Los fármacos, sedantes, hipnóticos, antihipertensivos y diuréticos.”⁸⁵

⁸⁴ Carmen I., Orozco González. Caídas. En: Rosalía Rodríguez y col. Práctica Geriátrica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2da ed. México, 2007, p. 145

⁸⁵ Antonia, Campolongo. Op cit. p. 44

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Enfermedad de Parkinson y depresión.

- Indicadores de la variable

- Ministración de medicamentos e indicaciones de la misma en apoyo al Temblor en reposo.

- Vigilar cambios en la postura.

- Valorar la dificultad del movimiento.

- Orientar al cuidador primario y paciente a cerca de los cambios en las actividades de la vida diaria.

- Valorar datos de dificultad alimenticia.

- Vigilar datos de dificultad respiratoria.

- Apoyo a la marcha.

- Fomentar la comunicación.

- Valorar el estado de ánimo (depresión, demencia).

- Rehabilitación en cualquier etapa de la Enfermedad.
- Prevención de accidentes.
- Ejercicios de expresión facial.
- Vigilar datos de síntomas urinarios y constipación fecal.
- Brindar oportunidades de aprendizaje al cuidador primario y paciente con Enfermedad de Parkinson.
- Prevención de infecciones.

3.1.2 Definición Operacional de la variable

La Enfermedad de Parkinson (EP) descrita en 1817 por James Parkinson, es un padecimiento crónico neurodegenerativo de la sustancia negra de los ganglios basales que son el centro del control motor. Es una enfermedad que afecta a los individuos mayores de 65 años en promedio, apareciendo tanto en hombres y mujeres sin influir la localización geográfica o socio-económica. El Parkinson, no es una enfermedad contagiosa y hasta hoy en día se han realizado supuestos para establecer los factores que pudieran contribuir a padecerlo, como son: los de tipo Genético que se refiere a que en un porcentaje bajo, realmente sea de tipo familiar; el

Envejecimiento Prematuro, por los cambios morfofisiológicos que afecten la estructura y producción de dopamina; y los factores tóxicos como el uso de neurotóxicos como pesticidas, drogas, por citar algunos.

La EP se caracteriza primordialmente por el temblor en reposo que se manifiesta por movimientos involuntarios continuos en manos en forma de cuenta monedas. En su etapa Inicial la enfermedad es unilateral, en la Segunda la afección es bilateral o de la línea media del cuerpo sin alteración en el equilibrio, en la Tercera es bilateral con inestabilidad postural, en la Cuarta etapa la incapacidad es grave aunque puede conseguir caminar y ponerse de pie, en la Quinta etapa esta obligado a permanecer en cama. Mientras que el proceso evolutivo de la enfermedad continua, en cada una de sus etapas se agregan manifestaciones clínicas determinantes como la rigidez, bradicinesia, alteraciones de la postura, de la marcha, alteración de las habilidades manuales, del habla, para la alimentación, expresión facial, disfunciones autonómicas, cognitivas, tales como depresión y demencia; entre otras.

En cuanto al tratamiento, se utilizan los anticolinérgicos, que mejora notablemente el temblor en sus etapas iniciales; sin embargo, cuando la incapacidad dificulta en mayor grado la realización de las actividades cotidianas se utiliza la Levodopa, exacerbando su uso hasta esta etapa, debido a que si se utiliza tempranamente disminuye su efecto hasta agotarlo. Cabe mencionar que el uso de la L-dopa Carbidopa no es la cura de la enfermedad, solo mejora los síntomas como el temblor primordialmente. Así mismo a lo largo

de la evolución de la enfermedad, se van agregando fármacos que mejoran la sintomatología de esta como los antidepresivos que son muy importantes para evitar el deterioro de las funciones mentales y otros que se utilizan para mejorar el sueño – descanso, ansiedad, sialorrea y más.

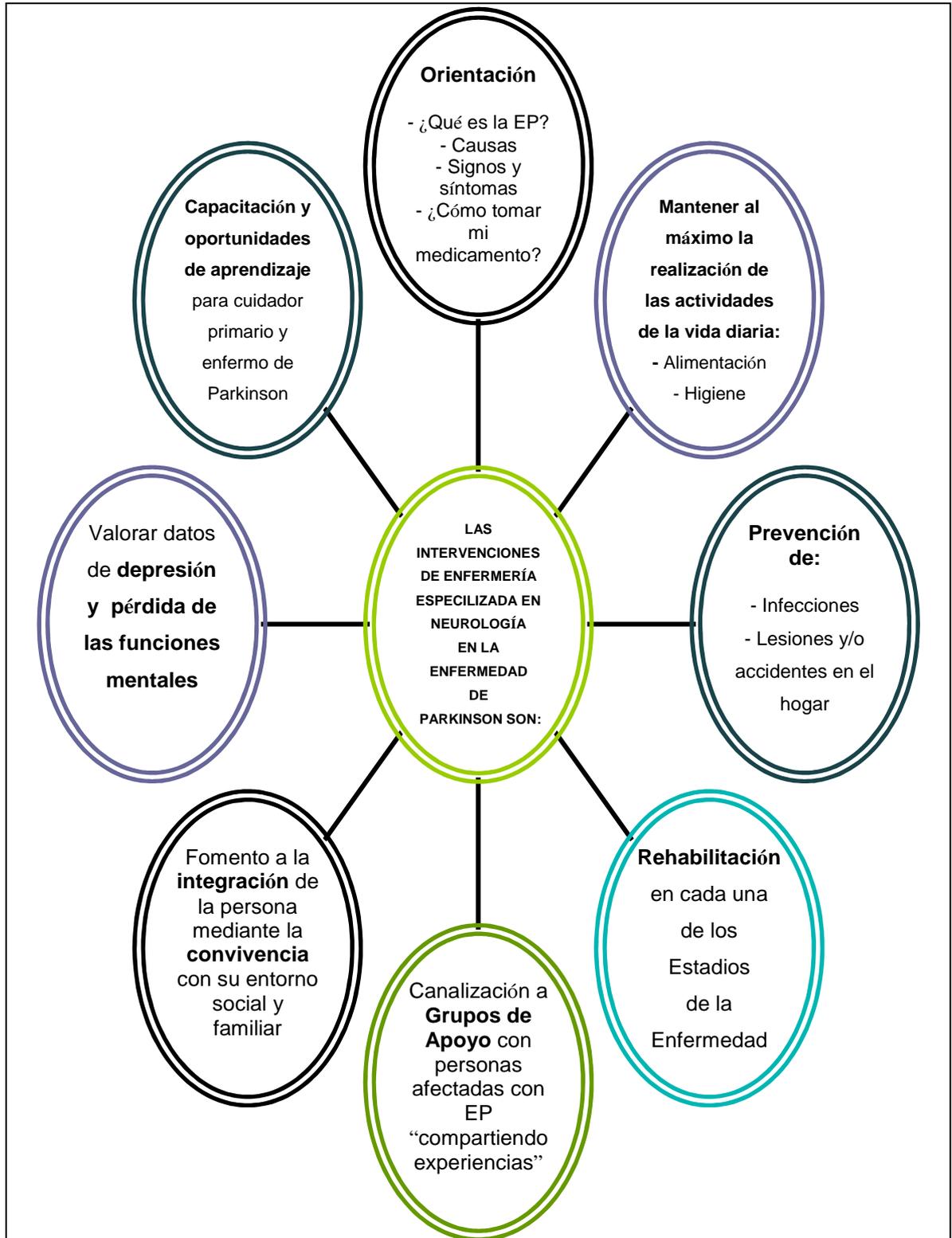
Otro tipo de tratamiento es el quirúrgico por medio de la palidotomía que es a través de la lesión de una zona específica del cerebro llamado globo pálido o bien, mediante la colocación de un electroestimulador cerebral u otras técnicas como son la talamotomía ventral o el trasplante de tejido nervioso cuyo uso de esta última aún se encuentra en discusión. Es de hacer mención, que para la realización de estas técnicas quirúrgicas se debe de contar con los criterios establecidos para la cirugía como la edad, riesgo – beneficio y la economía para costear la cirugía como es el caso de un electroestimulador cerebral. Finalmente, estas intervenciones mejoran considerablemente la calidad de vida de quien la padece por cierto tiempo; pues, no existe hasta hoy en día cura para la EP.

El tratamiento más eficaz y que acompaña al enfermo de Parkinson durante su padecimiento es el multidisciplinar, desde las etapas tempranas hasta la etapa final en que desemboque la enfermedad. Áreas multidisciplinarias como la Enfermería, Medicina, Psicología, por citar algunas de la gran gama de ramas que existen, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la EP.

En caso particular con Enfermería Neurológica, por que como disciplina del área de la salud que se encarga del cuidado, es sumamente importante orientar a la persona con EP y cuidador primario, desde la etapa en que se encuentre e irle acompañando en cada una de ellas para tomar medidas preventivas, educativas, de rehabilitación, prevención de riesgos y daños para la salud, complicaciones, signos y síntomas de alarma, hasta las etapas finales de la enfermedad.

Cabe mencionar que la adecuada orientación y rehabilitación que brinde Enfermería será clave fundamental en el progreso de la enfermedad.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.



3.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA

3.2.1 Tipo de tesina

El tipo de tesina que se pretende realizar es documental, diagnóstica, analítica, descriptiva, transversal y no experimental.

Es diagnóstica por que se pretende realizar un diagnóstico situacional de las intervenciones de enfermería especializada, a fin de proponer esa atención con todos los pacientes de Enfermedad de Parkinson en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, México, D. F.

Es descriptiva por que se pretende describir ampliamente el comportamiento de las intervenciones de enfermería especializada en Neurología.

Es analítica por que para estudiar las intervenciones de enfermería Neurológica, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal porque esta tesina se realizó en un periodo corto de tiempo. Es decir, en los meses de abril, mayo y junio de 2008.

3.2.2 Diseño de tesina

El diseño de esta Tesina de tipo documental se ha elaborado en los siguientes aspectos:

- Asistencia a un seminario-taller de elaboración de tesinas en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.
- Búsqueda de un problema de investigación de enfermería especializada, relevante para la Enfermería Neurológica.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para buscar el Marco Teórico Conceptual y Referencial de las intervenciones de Enfermería Neurológica.
- Elaboración de los objetivos general y específicos de esta Tesina.
- Búsqueda de los indicadores de las intervenciones de enfermería especializada en Neurología.
- Elaboración de las conclusiones y Recomendaciones, los Anexos y Apéndices, glosario de Términos y las Referencias Bibliográficas.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco Teórico. En cada ficha se anota el Marco Teórico Conceptual y el Marco Teórico Referencial, de tal suerte

que con las fichas fue posible ordenar y clasificar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la Enfermería Especializada.

3.2.2 Observación

Con esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la enfermería especializada en Neurología en la atención de los pacientes con Enfermedad de Parkinson, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, “Manuel Velasco Suárez”, México, D.F.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

En servicio

Comúnmente la atención de los enfermos de Parkinson, es de tipo domiciliaria y acuden desde zonas alejadas del país al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, “Manuel Velasco Suárez”, (INNN MVS) para su tratamiento médico. Posterior a su tratamiento, regresan a sus estados de origen.

Retomando el aspecto anterior, resulta de gran importancia el brindar orientación para mejorar su cuidado y oportunidades de aprendizaje para realizarlo de acuerdo a sus recursos; esto podrá ser mientras esperan su consulta o bien, mediante la programación de la consultoría de Enfermería Neurológica al terminar su cita.

Otra razón por la cual asisten al INNN “MVS”, es para la realización de la cirugía, que mejora la sintomatología como el temblor. Es en este sentido, en donde la enfermera especialista en Neurología, explicará a la persona sus dudas a cerca de los cuidados postquirúrgicos, señales de alarma y cuidados en el hogar, todo lo anteriormente basado en conocimientos en el área.

En docencia

Es de vital importancia difundir lo que es la EP entre los profesionales de la salud y población abierta, para ampliar de esta manera el nivel cultural y de conciencia de lo que significa esta enfermedad, de manera que se brinde orientación al cuidador

primario y persona con EP, a cerca de su padecimiento, de la importancia que tiene la familia y/o cuidador primario en la consecución de los cuidados y medidas educativas, preventivas para sobrellevar la enfermedad de esta manera, se podrá retrasar en medida de lo posible las alteraciones, tales como la rigidez y otras.

En el caso del temblor, las medidas a tomar serán aquellas encaminadas al control terapéutico por parte de su médico Neurólogo y la enfermera especialista en Neurología, quien enseñará a la persona y cuidador primario, la forma adecuada de ingerir su medicamento, le mostrará la forma de llevar un control; es decir, un diario de cómo se ha sentido, en que momento el llamado efecto OFF, esta presente y los ON.

De tal modo que la enfermera especialista en Neurología sea quién oriente, a cerca de los cambios que se podrán suscitar con el paso del tiempo y realice intervenciones encaminadas a satisfacer los requerimientos de la persona y su cuidador primario.

En administración

En cuanto a la funciones de administración de Enfermería Neurológica, se podrán diseñar manuales de enfermería, videos, capacitación de recursos humanos de Enfermería, en primer nivel de atención a cerca de este padecimiento, para que ellos puedan orientar y canalizar a estas personas, con las especialistas en Enfermería Neurológica para que puedan recibir a consultorías por éstas, de manera holística.

En investigación

Se ha hecho notar que investigaciones de enfermería relacionadas con este padecimiento, son insuficientes, por lo cual se destaca la importancia de realizarlas para mejorar la calidad de vida de quienes la padecen, ya que es un importante problema de salud, que en años venideros según estadísticas del INEGI, el índice de casos podría incrementarse debido a la inversión de la pirámide poblacional dando como resultado el incremento de los índices de población afectada por la EP, entre otras enfermedades crónicas neurodegenerativas en el adulto mayor.

La investigación en esta línea será de gran importancia para tener una muestra representativa de nuestra población mexicana en diversas áreas de localización. Esto debido a que no son las mismas características económicas y geográficas, en las diversas zonas del país, en relación a los países extranjeros. Por esta razón la importancia de conocer las características y requerimientos que tiene nuestra población en México.

De esta forma se proporcionaran intervenciones de enfermería especializada, desde etapas tempranas de la enfermedad y se tendrán propuestas de enfermería basadas en investigaciones (evidencia) para su mejorar su cuidado.

Por todo lo anterior, se destaca la importancia de esta Tesina para captar el interés en este padecimiento debido a la multiplicidad de síntomas y de afecciones que produce, para brindar un tratamiento integral para su atención, lo que representa un reto para la

Enfermería Neurológica y su cuidado, del cual depende mucho la orientación, así como la Rehabilitación.

4.2 RECOMENDACIONES

Para el Estado psicoemocional

- Orientar al cuidador primario y enfermo de Parkinson a cerca de su padecimiento, así como resolver dudas a cerca de éste, aclarando que no es una enfermedad contagiosa.

- Explicar al paciente y cuidador primario, la importancia que tiene continuar en medida de lo posible la realización de sus actividades de la vida diaria.

- Identificar tempranamente síntomas depresivos y de ansiedad, en el recién diagnosticado con Parkinson, para canalizarle con el profesional y brindarle un tratamiento adecuado.

- Evitar en el paciente el sentimiento de incapacidad, apoyándolo e incorporándolo en la cooperación de actividades.

Para los Medicamentos

- Explicar al paciente y cuidador primario, la forma en que se debe ingerir la Levodopa, ya que interfiere su absorción las proteínas. Se sugiere tomarla 2 horas antes del alimento.

- Diluir los medicamentos con poco agua, en caso de no poder tragarlos, esto facilitara su ingesta.

- Llevar un registro escrito de los medicamentos que se estén suministrando. Anotar la dosis, fecha de inicio y nombre. Se puede diseñar este utilizando un calendario y marcándolo.
- Utilizar un pastillero y colocarle el nombre del medicamento y hora de ingesta, en caso de que la persona salga de paseo.

Para la Alimentación

- Destacar la importancia de que continúe su alimentación, higiene y actividades cotidianas, por si mismo, ya que esto le ayudara a no sentirse improductivo, así como brindarle los recursos y adecuaciones pertinentes para hacerlo.
- Valorar la cavidad oral para detectar datos de dificultad alimenticia, (disfagia), como la adoncia que provoca la mala nutrición, debido a la limitada variedad y consistencia de los alimentos para masticarse.
- Acudir periódicamente con un odontólogo, para valorar las condiciones de la prótesis dental (en caso de tenerla) y la dentición aún permanente.
- Observar y atender tempranamente manifestaciones francas mismas de la EP para alimentarse, como datos de incapacidad para llevar el alimento a la boca sin derramarlo, dificultad para formar el bolo y deglutirlo, la presencia de sialorrea, entre otros.

- Tener un horario establecido de alimentación con un rango de tres comidas al día, favoreciendo de esta manera a la digestión, evitando así mismo la hipoglucemia.
- Planear un menú semanal de alimentación con las preferencias alimenticias de la persona con Parkinson y cuidador primario, así mismo acorde a los ingresos económicos de la familia.
- Evitar que el enfermo de Parkinson coma solo, es muy importante que coma en compañía de alguien, así se evita el aislamiento social.
- Proporcionar cubiertos (cucharas, tenedores, cuchillos) con agarraderas, mango ancho y ligeros para facilitar su manejo al comer.
- Colocar la comida en un plato de plástico adherible a la mesa, para evitar que se derrame al no calcular la distancia de este y de la mano.
- Adecuar debajo del plato adherible, un recipiente con agua caliente, de manera que mantenga la comida tibia, durante el tiempo que invierta en comer.
- Fomentar la ingesta de líquidos al menos de 1 ½ a 2 litros de agua, repartidos a lo largo del día, evitando de esta manera el estreñimiento, así como de alimentos ricos en fibra, frutas y legumbres como la papaya, pera, zanahoria, nopal, entre otros.

- Instalar agarraderas en los vasos, para evitar que se resbalen de las manos, facilitando de esta manera que pueda beber agua cada vez que lo desee.

- Colocar cuando se requiera chupones en los envases para beber líquidos o bien utilizar popotes.

- Utilizar tazas térmicas con agarraderas, para proporcionar líquidos a gusto de la persona y temporada.

- Utilizar abrelatas eléctrico, para facilitar el abrirlo o bien, elegir a la compra latas de anillo para jalar.

- Adecuar en la tabla para picar alimentos, agarraderas y una base antiderrapante.

- Instalar en la estufa estabilizadores de ollas, que consisten en dos tubos delgados que sobresalen de las parrillas, para atorar el mango de las ollas, evitando de esta manera accidentes como quemaduras al momento de intentar menear el contenido de los recipientes.

- Proporcionar alimentos como carnes en trozos pequeños, facilitando su masticación, pues, cabe mencionar que antes de ser enfermos de Parkinson son personas adultas mayores, y en consecuencia, pueden tener dificultad para la masticación por falta de dentición.

- Enseñar la maniobra de Hemlich que es un procedimiento de urgencia para desalojar la vía aérea de un objeto que la obstruya evitando así la asfixia. Esta consiste en colocarse detrás de la persona con señales de asfixia, con una mano empuñada a dos dedos arriba de la cicatriz umbilical, posteriormente colocar la otra mano sobre la empuñada, tirar con precisión y suficiente fuerza hacia dentro y hacia arriba.
- Evitar beber alcohol ya que puede aumentar el riesgo de caídas, debidas a la incapacidad para mantener el equilibrio combinadas con el alcohol.

Para la Higiene

- Recordar la importancia que tiene el baño y la higiene personal, en la apariencia y salud en general.
- Utilizar a la hora del baño unas sandalias antiderrapantes, que solo sean de introducir el pie en ellas, evitando que requiera de abrocharse o abotonarse.
- Colocar un tapete antiderrapante que siempre este cada vez que salga de bañarse.
- Colocar una silla o banco fijo al piso de la regadera para que pueda sentarse a asear con la paciencia y velocidad que requiera, evitando de esta manera las prisas y accidentes.

- Colocar un tubo largo horizontal, que le ayude a levantarse del banco para poder enjuagar su cuerpo.
- Cambiar las llaves de la regadera por unas de palanca, facilitando que pueda abrirlas en cualquier momento, incluyendo cuando este enjabonada la mano.
- Facilitar el aseo corporal mediante la adaptación de una esponja en forma de manopla con una pequeña bolsa para colocar el jabón, facilitando el enjabonamiento continuo y evitar las caídas constantes del jabón.
- Utilizar un cepillo suave de mango grueso, antiderrapante y largo, para lavar las zonas distales como las piernas o difíciles como la espalda.
- Recomendar la importancia del aseo de genitales y el secado del cuerpo en la prevención de infecciones.
- Mantener una adecuada higiene oral, mediante el lavado de dientes o prótesis, con un cepillo suave para evitar producir lesiones a la mucosa.
- Asear la cavidad oral con un cepillo dental eléctrico, mejorando la calidad del cepillado y el tiempo invertido al realizarlo.
- Asear las manos utilizando un despachador de jabón, así se evitara que este se caiga continuamente de las manos al lavarse.

- Evitar utilizar rastrillos para rasurarse, es mejor utilizar una rasuradora eléctrica, que evitara en enorme medida lesiones dérmicas.
- Adaptar en el asiento de baño unas abrazaderas que mejoren la estabilidad al levantarse y sentarse del asiento.
- Mantener un horario para miccionar y defecar, en caso de utilizar pañal, establecer horarios para su cambio, para evitar lesiones dérmicas.

Para Vestirse y desvestirse

- Evitar vestirse de pie, siempre es mejor hacerlo sentado en una silla.
- Facilitar el vestirse en caso de los pantalones iniciando con el lado que más cueste trabajo, subiéndolo hasta las rodillas, posteriormente el otro miembro, luego subirlo hasta donde más se pueda, posteriormente se levanta la persona y se sube el pantalón hasta la cintura, se abotona y sube el cierre. En el caso de una falda también se sugiere estos pasos, o bien, hacerlo sentada en una silla e iniciando desde introducirla por la cabeza.
- Utilizar cierres con una argolla que ayude a subirlo o bien cierres de velcroff (adhesivos).

- Usar de preferencia camisas que tengan pocos botones o utilizar un gancho que ayude a jalar el botón por el ojal de la blusa o camisa para abotonarse.
- Comprar zapatos que no tengan correas, preferentemente que solo se introduzca el pie, facilitando la autonomía para calzarse por si mismo.
- Colocar los calcetines o medias apoyándose en una banquita los talones.

Para la Movilidad

- Utilizar bastones para mejorar la deambulaci3n, estos ya sean de un apoyo o de cuatro. En caso que se dificulte a3n mas la marcha, se recomienda una andadera, estos aditamentos deben ir a la altura de la cintura.
- Evitar girar en si mismo de manera r3pida, siempre hay que girar de manera lenta y ampliando el espacio, as3 se evitara n serias ca3das.
- Caminar con la espalda recta y sincronizadamente, pierna derecha, balanceando brazo contrario.
- Procurar que al entrar en el autom3vil para transportarse, primero se siente de lado, posteriormente se gire e introduzca primero un pie y luego el otro.

- Realizar continuamente ejercicios en una silla fija, levantándose y sentándose repetitivamente, con la espalda recta y los pies desplazados a los lados a la altura de los hombros, esto mejorara considerablemente la postura, fuerza y equilibrio.

- Comprar los alimentos del supermercado siempre con apoyo de un carrito de súper, mejorando el equilibrio durante la marcha.

- Evitar que en la casa se tengan los muebles cerca unos de otros, pues la dificultad para girar y esquivar objetos es sumamente compleja. Es mejor que el hogar tenga espacios libres para deambular con facilidad.

- Evitar colocar cables u objetos en el suelo, pues se pueden provocar accidentes, no solo en el enfermo de Parkinson, sino en todos los habitantes de la casa.

- Colocar barandales a las escaleras, esto es una medida de seguridad para todos los que habitan en el hogar.

- Redondear las puntas de los muebles o terminaciones filosas, pues en caso de caída, la lesión será menor al no chocar contra un objeto punzocortante.

- Mantener una buena iluminación dentro del hogar, esto facilitara la movilización y percepción de peligros, al enfermo de Parkinson.

- Fijar al suelo perfectamente la alfombra en caso de tenerla, pues, al dejar rebordes se provoca un alto riesgo de caídas.

Para el Sueño y descanso

- Mantener la cama a unos 80cm sobre el nivel del piso, de manera que los pies toquen el piso y las rodillas se mantengan flexionadas. Esto ayudara a que la persona con Parkinson se pueda sentar con facilidad en la cama.
- Colocar un barandal cerca de la cama que propicie el impulso de la persona para poder levantarse de esta, de igual manera para sentarse lentamente.
- Dormir en una cama pequeña y con un colchón ortopédico, preferentemente, para facilitar los giros en esta.
- Colocar pijamas de seda o satén, si el problema es girar en la cama, ya que al ser tejidos resbalosos mejoraran la movilidad para girar en la cama.

Para la Recreación – Rehabilitación

- Caminar por lo menos 30 minutos al día, esto repartidos durante todo el día, previa valoración general para poderlo realizar.
- Insertar con un hilo varios macarrones como si fuera un collar, favoreciendo a mantener el control del tacto fino, posteriormente deshacerlo con la mano contraria con que se armo.

- Colocar lentejas una por una en un recipiente con un diámetro de 2cm, esto para mejorar la coordinación y el tacto fino.

- Amasar plastilina con ambas manos y luego una por una. También se pueden formar figuras, esta mejora la coordinación así como ejercita los músculos de la mano.

- Realizar un collar de clips, escribir cartas, poemas, lo que implique coordinación. Que es todo aquello que se realiza comúnmente como lavado de utensilios de comida, colocarse un suéter, entre otros.

5. ANEXOS Y APENDICES

- ANEXO N° 1: GANGLIOS BASALES O NÚCLEOS BASALES
- ANEXO N° 2: CUERPO ESTRIADO, NÚCLEO AMIGDALINO Y CLAUSTRO
- ANEXO N° 3: TERMINOLOGÍAS PARA DESCRIBIR LOS NÚCLEOS BASALES
- ANEXO N° 4: LA SUSTANCIA NEGRA O NIGRA
- ANEXO N° 5: CRITERIOS CLÍNICOS DEL BANCO DE CEREBROS DE LA SOCIEDAD DE ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL REINO UNIDO
- ANEXO N° 6: ESCALA DE HOEHN & YAHR
- ANEXO N° 7: ESTADIOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
- ANEXO N° 8: INICIO CLÁSICO DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
- ANEXO N° 9: TEMBLOR EN “CUENTA MONEDAS”
- ANEXO N° 10: AMPLITUD Y FRECUENCIA DEL TEMBLOR
- ANEXO N° 11: POSTURA FLEXIONADA
- ANEXO N° 12: BRADICINESIA
- ANEXO N° 13: BRADICINESIA: LLAMADO BLOQUEO O FREEZING
- ANEXO N° 14: DESEQUILIBRIO EXISTENTE EN LOS GANGLIOS BASALES ENTRE LOS SISTEMAS DOPAMINÉRGICOS Y COLONÉRGICOS
- ANEXO N° 15: PALIDOTOMÍA

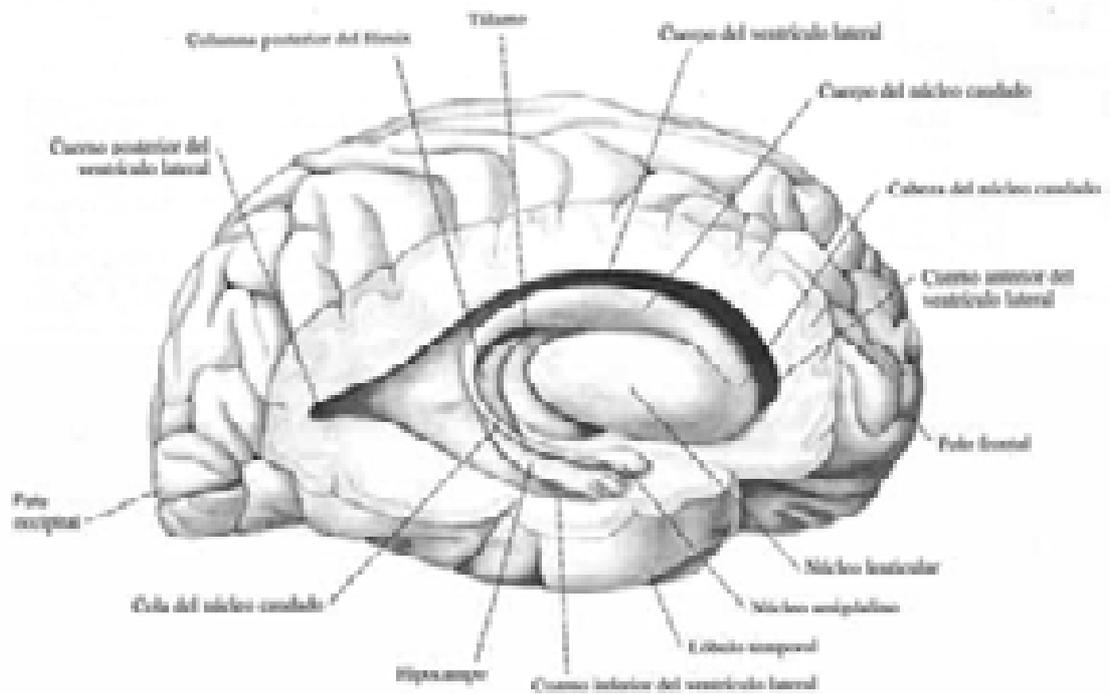
- ANEXO N° 16: ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA
- ANEXO N° 17: EJERCICIOS DE PREPARACIÓN
- ANEXO N° 18: DISTANCIA ENTRE LOS PASOS Y LA LÍNEA MEDIA IMAGINARIA
- ANEXO N° 19: BASE DE SUSTENTACIÓN
- ANEXO N° 20: EL PENDÚLO
- ANEXO N° 21: PUNTA DE LOS PIES CON Y SIN SOBREPESO
- ANEXO N° 22: MOVIMIENTOS DE MÁXIMA AMPLITUD DE LOS BRAZOS CON Y SIN SOBREPESOS
- ANEXO N° 23: MARCHA SOBRE DIVERSOS TERRENOS
- ANEXO N° 24: PROCESO LÓGICO PARA LOGRAR ESTAR DE PIE Y LOS DIFERENTES MOVIMIENTOS DE LA TRANSFERENCIA DE POSTURA
- ANEXO N° 25: EJERCICIOS PARA LA MOVILIDAD DE LOS LABIOS

APÉNDICES

APÉNDICE N° 1: ALTERACIONES EN LA ESCRITURA

ANEXO N° 1

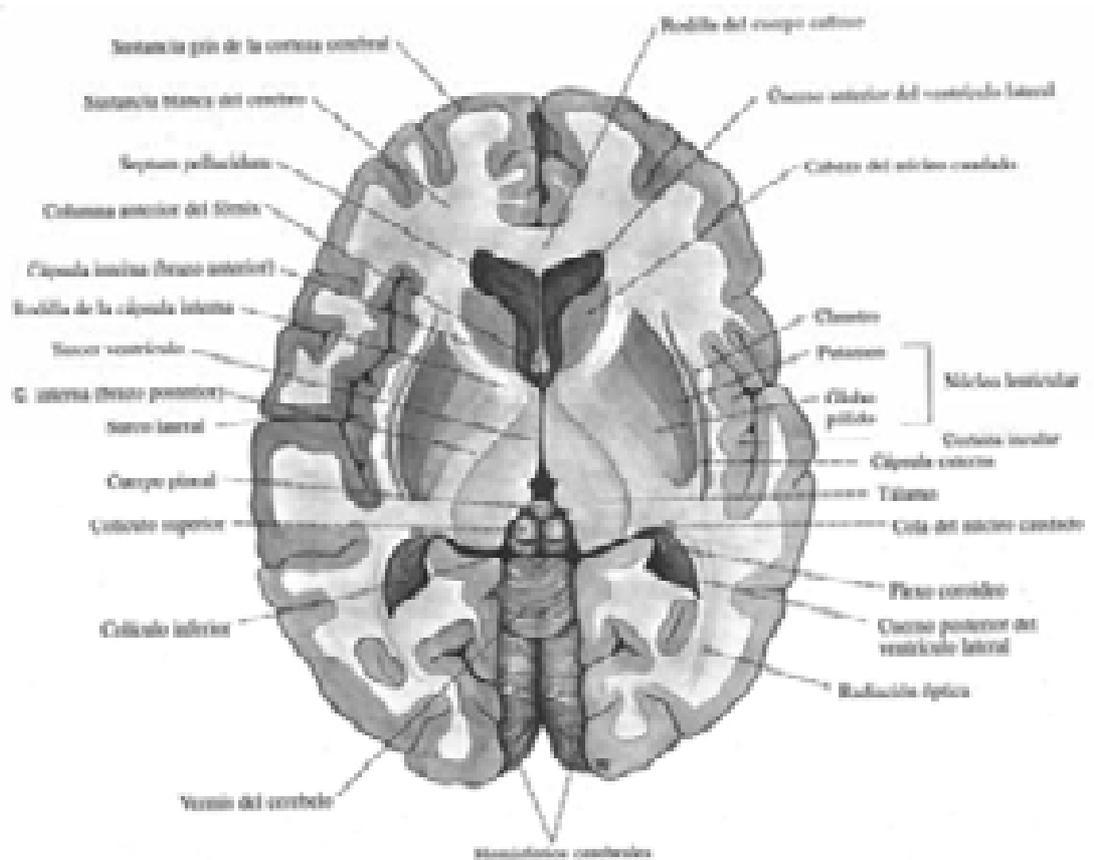
GANGLIOS BASALES O NÚCLEOS BASALES



FUENTE: SNELL, Richard. Neuroanatomía clínica. Ed. Médica panamericana. 5ta ed. Madrid, 2003. p. 317

ANEXO N° 2

CUERPO ESTRIADO, NÚCLEO AMIGDALINO Y CLAUSTRO



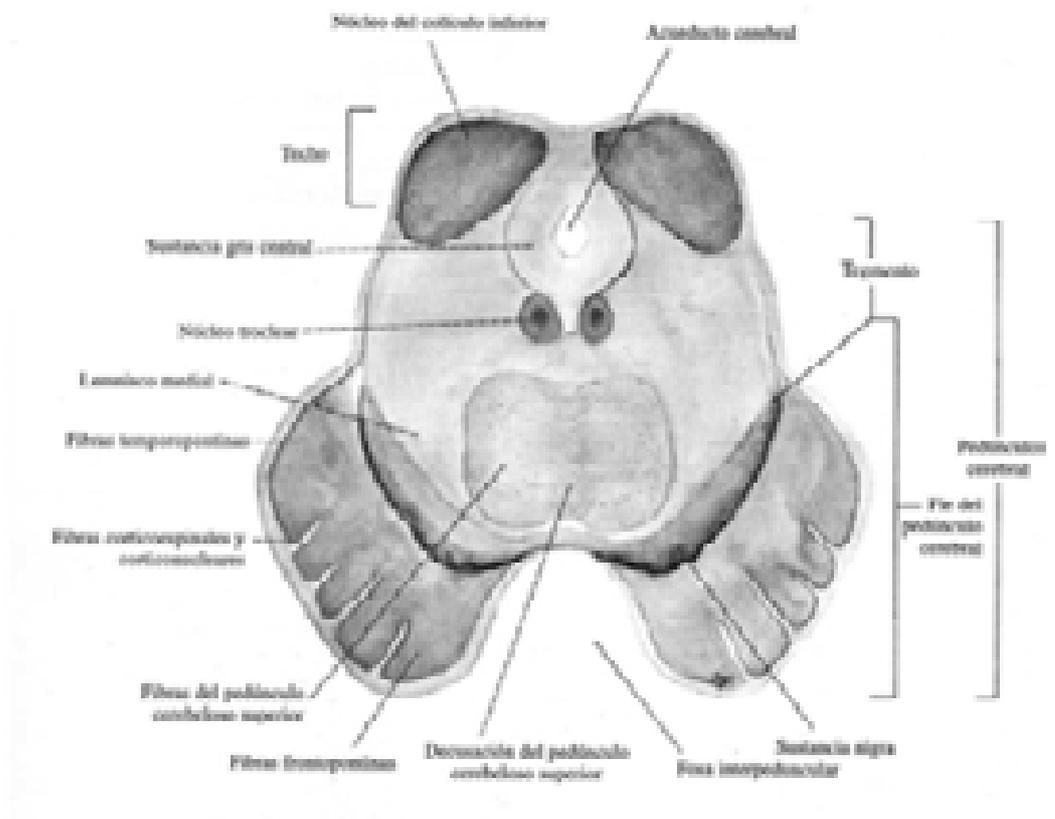
FUENTE: Misma del Anexo N° 1.

ANEXO N° 3
TERMINOLOGÍAS PARA DESCRIBIR LOS NÚCLEOS BASALES

Estructura neurológica	Núcleo (núcleos) basal
Núcleo caudado	Núcleo caudado
Núcleo lenticular	Globo pálido más putamen
Claustro	Claustro
Cuerpo estirado	Núcleo caudado más núcleo lenticular
Neostriado (estriado)	Núcleo caudado más putamen
Cuerpo amigdalino	Núcleo amigdalino

FUENTE: SNELL, Richard. Neuroanatomía clínica. Ed. Médica panamericana. 5ta ed. Madrid, 2003, p.316

ANEXO N° 4 LA SUSTANCIA NEGRA



FUENTE: SNELL, Richard. Neuroanatomía clínica. Ed. Médica panamericana. 5ta ed. Madrid, 2003, p.206

ANEXO N° 5

*CRITERIOS CLÍNICOS DEL BANCO DE CEREBROS DE LA
SOCIEDAD DE ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL REINO
UNIDO*

Paso 1. Diagnóstico de síndrome parkinsoniano

Bradicinesia (lentitud en la iniciación de los movimientos voluntarios con progresiva reducción en la velocidad y amplitud de las acciones repetitivas). Por lo menos uno de los siguientes:

Rigidez muscular

Temblor en reposo de 4-6 Hz

Inestabilidad postural no causada por compromiso visual, vestibular, cerebeloso o propioceptivo

Paso 2. Criterios de exclusión

Historia de accidentes cerebrovasculares repetido o progresión escalonada de los signos parkinsonianos

Historia repetida de traumatismos de cráneo

Historia de encefalitis

Crisis oculógiras

Tratamiento neuroléptico al inicio de los síntomas

Más de un pariente afectado

Remisión sostenida

Síntomas unilaterales luego de tres años de evolución

Parálisis supranuclear de la mirada

Signos cerebelosos

Compromiso autonómico precoz

Demencia precoz con trastornos mnésicos, lenguaje y praxias

Signo de Babinski

Presencia de tumor cerebral o hidrocefalia comunicante en la TC

Falta de respuesta a dosis adecuadas de levodopa (si se excluye malabsorción)

Exposición al MPTP

Paso 3. Criterios que apoyan el diagnóstico de EP

(Se requieren tres o más para un diagnóstico definitivo de EP)

Comienzo unilateral

Temblor en reposo

Cuadro progresivo

Asimetría persistente comprometiendo más el lado por donde comenzó

Respuesta excelente (70-100%) a la levodopa

Severa corea inducida por levodopa

Respuesta a la levodopa por más de 5 años

Curso clínico de 10 años o más

ANEXO N° 6

ESCALA DE HOEHN & YAHR

Estadio 1

Signos y síntomas en un solo lado

Síntomas leves

Síntomas molestos pero no incapacitantes

Presencia de síntomas con temblor en alguna extremidad

Amigos que notan cambio en la postura, expresión facial y marcha

Estadio 2

Síntomas bilaterales

Mínima discapacidad

La marcha y la postura están afectadas

Estadio 3

Enlentecimiento significativo de los movimientos corporales

Dificultad para mantener el equilibrio tanto de pie como al andar

Disfunción generalizada moderadamente grave

Estadio 4

Síntomas graves

Todavía puede andar un cierto recorrido

Rigidez y bradicinesia

No puede vivir solo

El temblor puede ser menor que en los estadios anteriores

Estadio 5

Estado caquético

Invalidez total

No puede andar ni mantenerse de pie

Requiere cuidados de una enfermera

ANEXO N° 7
ESTADIOS CÍNICOS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON



FUENTE: NETTER, Frank y cols. Medicina Interna. Ed. Masson. Barcelona, 2003, p.1137

ANEXO N° 7
ESTADIOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON



FUENTE: NETTER, Frank y cols. Medicina Interna. Ed. Masson. Barcelona, 2003, p. 1139

ANEXO N° 8
INICIO CLÁSICO DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE
PARKINSON



FUENTE: LÉPORI, Luis R., Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2000, p. 87

ANEXO N° 9
TEMBLOR EN “CUENTA MONEDAS”



FUENTE: Misma del Anexo 8.

ANEXO N° 10
AMPLITUD Y FRECUENCIA DEL TEMBLOR



FUENTE: LÉPORI, Luis R. Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2000, p. 89

ANEXO N° 11
POSTURA FLEXIONADA



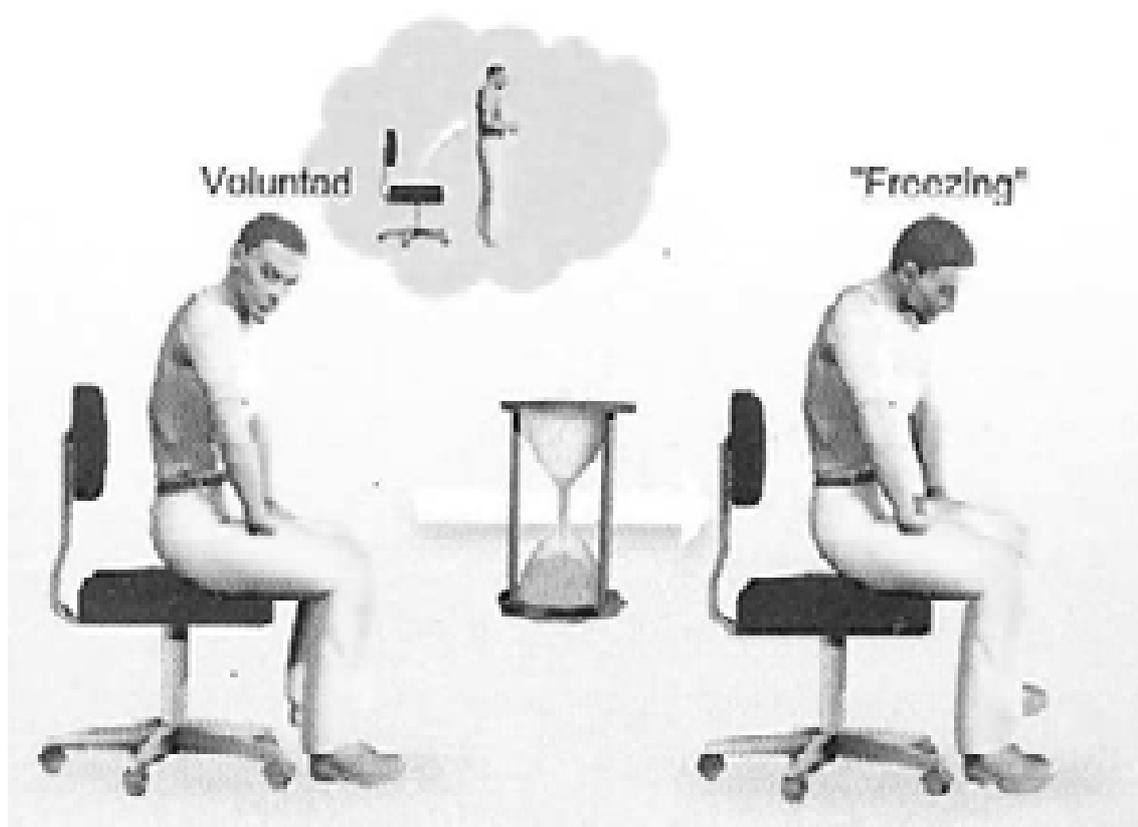
FUENTE: PEARCE, John M. S. Guías Médicas salud y bienestar,
La Enfermedad de Parkinson. Ed. Ediciones B Grupo Z. Barcelona,
1999, p. 22

ANEXO N° 12
BRADICINESIA



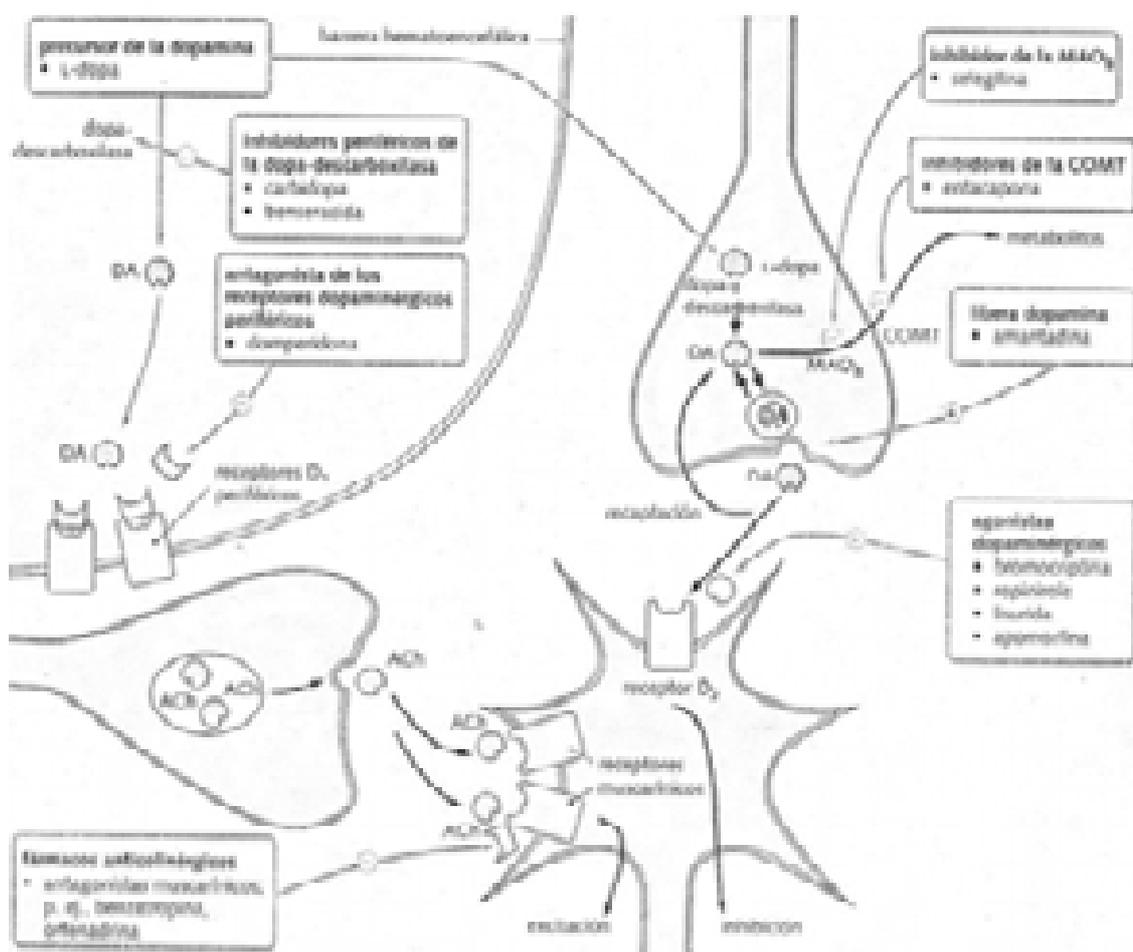
FUENTE: PEARCE, John M. S. Guías Médicas salud y bienestar, La Enfermedad de Parkinson. Ed. Ediciones B Grupo Z. Barcelona, 1999, p. 41

ANEXO N° 13
BRADICINESIA: LLAMADO BLOQUEO O FREEZING



FUENTE: LÉPORI, Luis R. Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2000, p. 91

ANEXO N° 14
 DESEQUILIBRIO EXISTENTE EN LOS GANGLIOS BASALES
 ENTRE LOS SISTEMAS DOPAMINÉRGICOS Y COLINÉRGICOS



FUENTE: DAWSON, James D. Lo esencial en farmacología. Ed. Elsevier. 2da ed. Madrid, 2003, p. 90

ANEXO N° 15 PALIDOTOMÍA



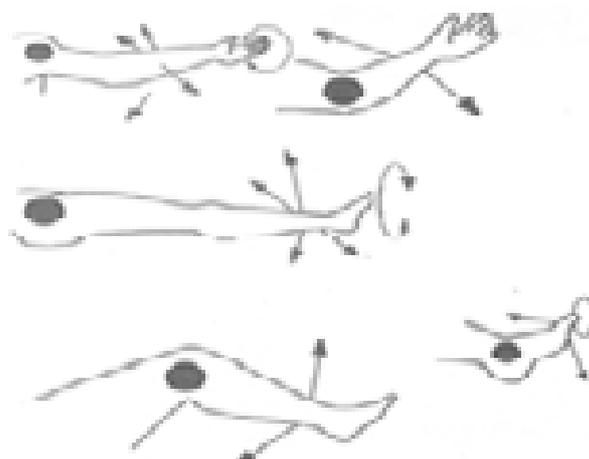
FUENTE: LÉPORI, Luis R. Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2000, p. 143

ANEXO N° 16
ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA



FUENTE: LÉPORI, Luis R. Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2000, p. 147

ANEXO N° 17
EJERCICIOS DE PREPARACIÓN



FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 20

ANEXO N° 18
DISTANCIA ENTRE LOS PASOS Y LA LÍNEA MEDIA IMAGINARIA

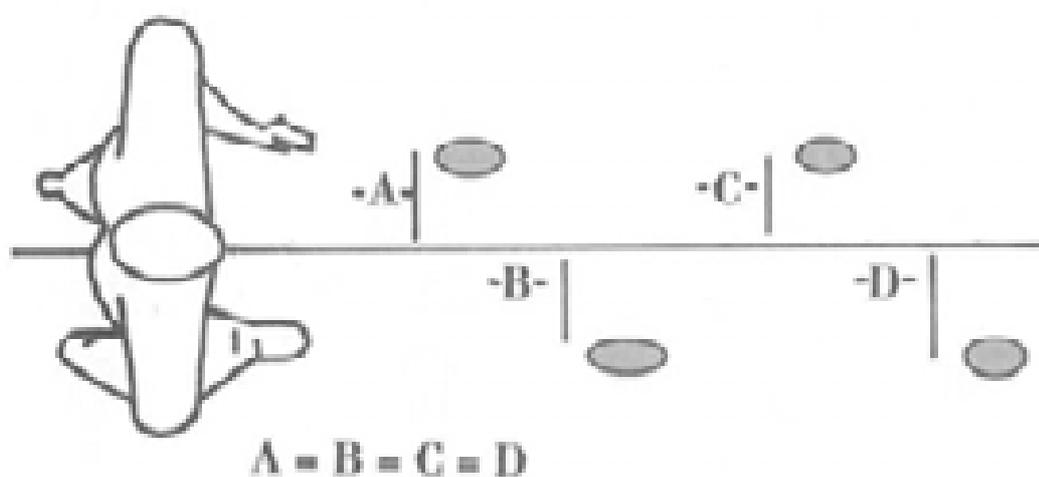
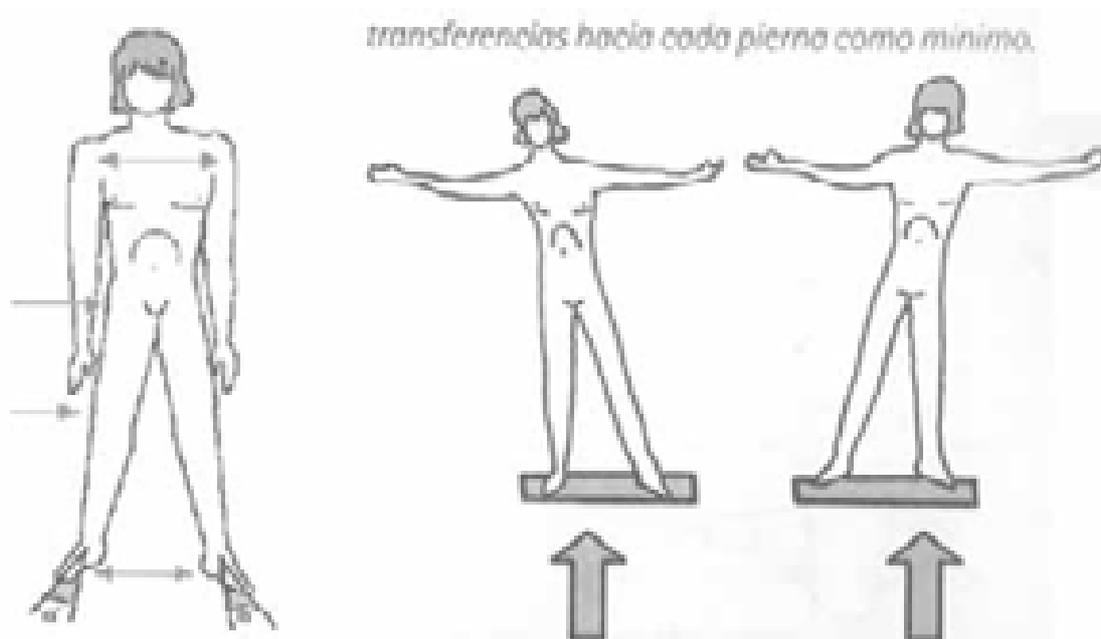


Diagrama que muestra la ubicación óptima de los futuros pasos.

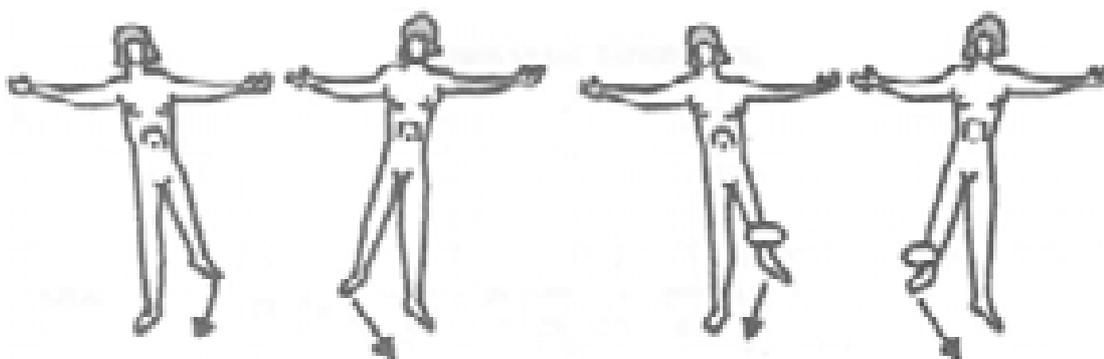
FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p.49

ANEXO N° 19
BASE DE SUSTENTACIÓN



FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 50

ANEXO N° 20 EL PENDÚLO



Realizar flexión y extensión de cadera (péndulo) estando de pie sin y con sobrepesos; es recomendable elevar la pierna que sirve de apoyo para que el movimiento de péndulo se realice libremente.

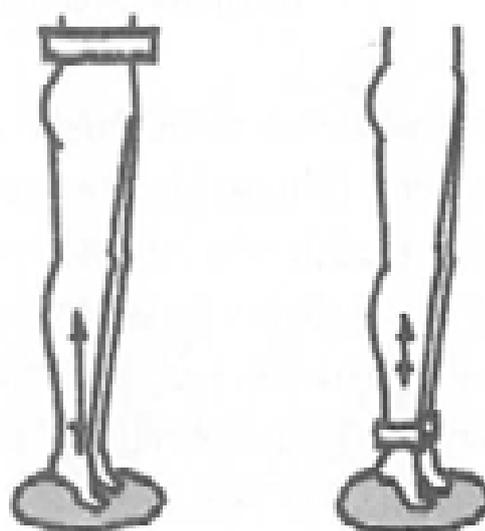


FUENTE: Torres Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 51

ANEXO N° 21
PUNTA DE LOS PIES CON Y SIN SOBREPESO

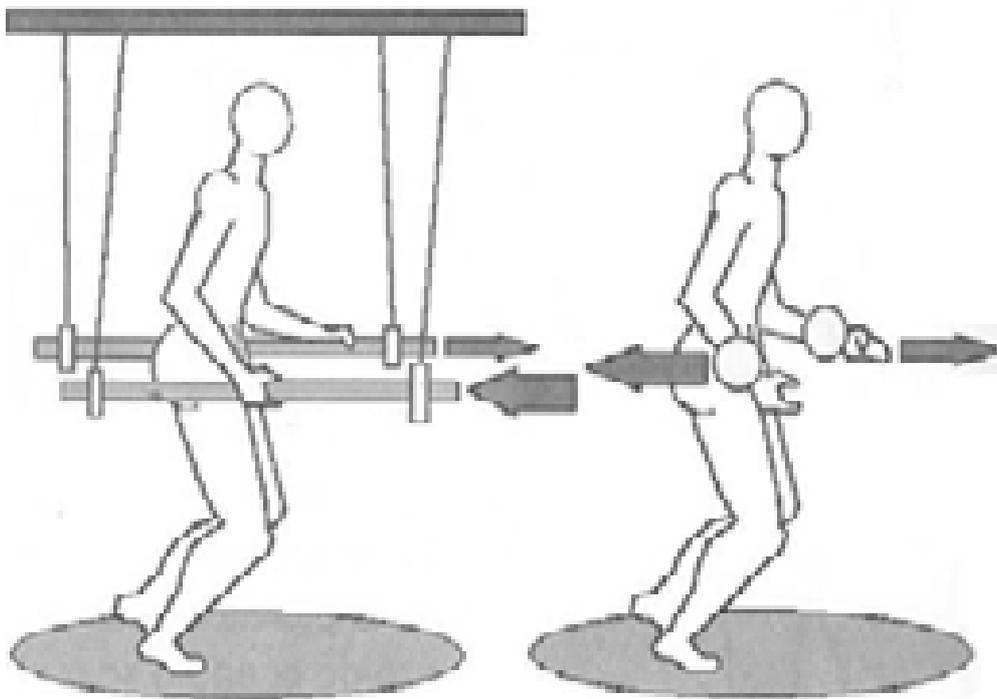
Repetir 10 veces cada ejercicio

Pararse en la punta de los pies con y sin sobrepeso, logrando la máxima amplitud articular de los tobillos.



FUENTE: Misma del Anexo 20.

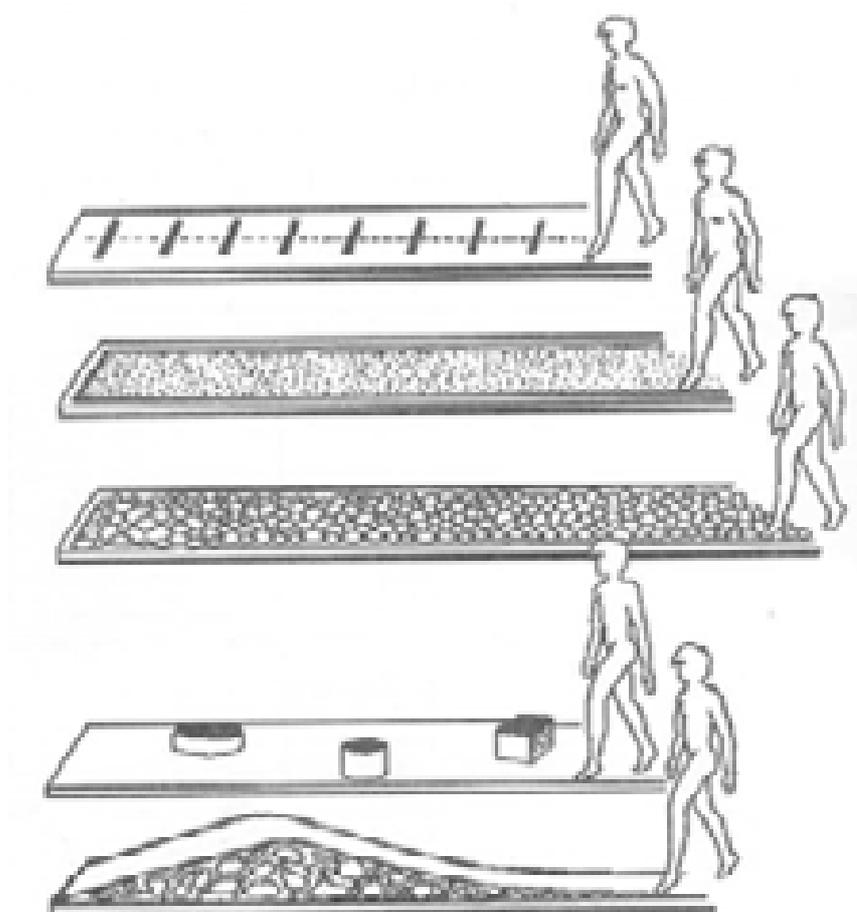
ANEXO N° 22
MOVIMIENTOS DE MÁXIMA AMPLITUD DE LOS BRAZOS CON Y
SIN SOBREPESOS



Ejemplos de ejercicios de "Bracco"

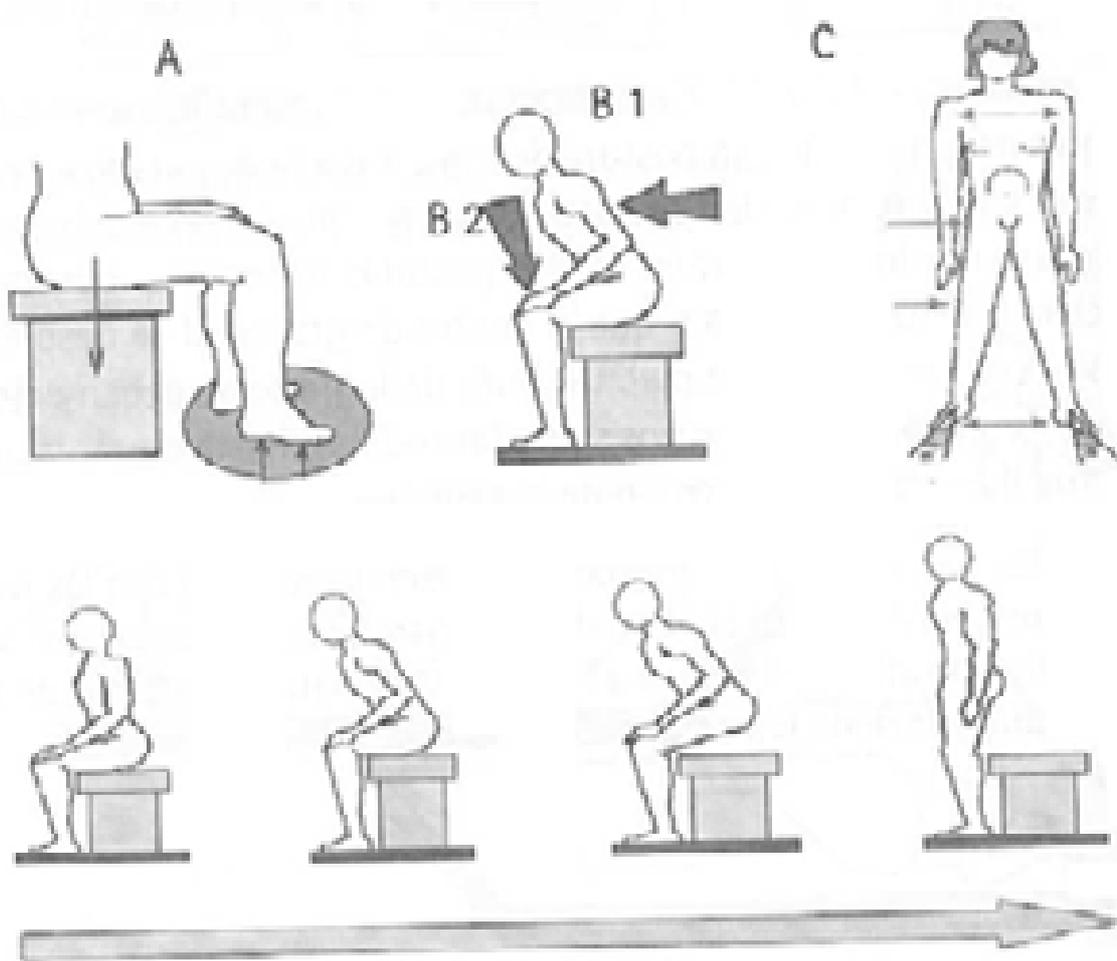
FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 52

ANEXO N° 23
MARCHA SOBRE DIVERSOS TERRENOS



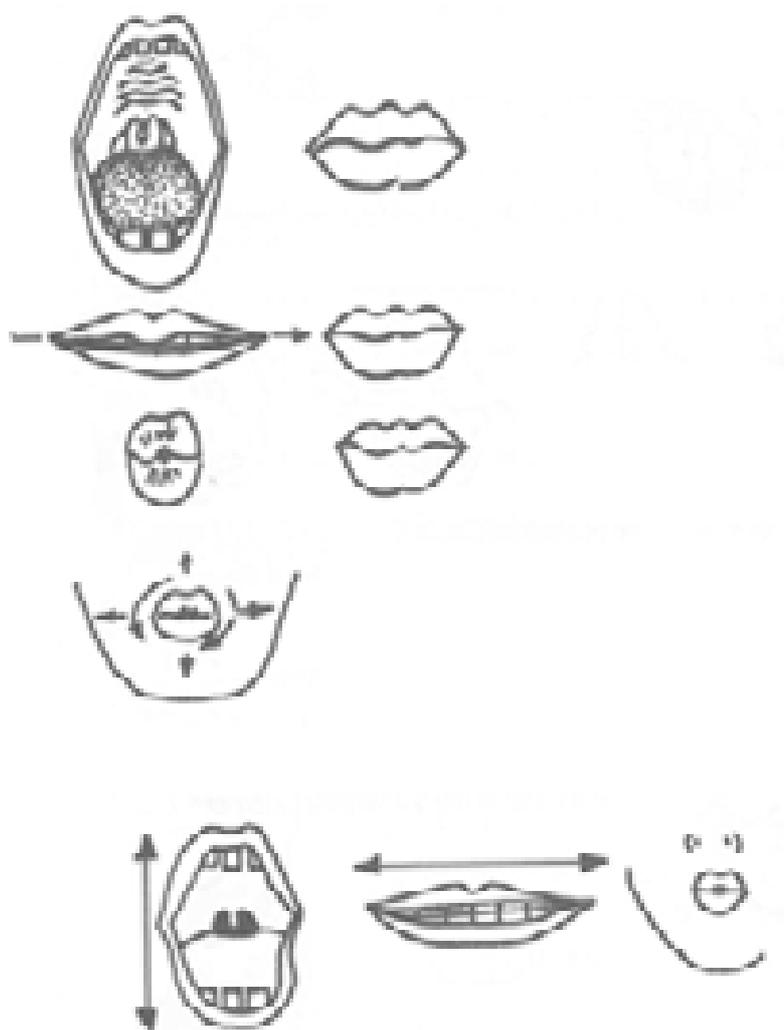
FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 54

ANEXO N° 24
PROCESO LÓGICO PARA LOGRAR ESTAR DE PIE Y LOS
DIFERENTES MOVIMIENTOS DE LA TRANSFERENCIA DE
POSTURA



FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p. 3

ANEXO N° 25
EJERCICIOS PARA LA MOVILIDAD DE LOS LABIOS



FUENTE: TORRES Carro, Oscar O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, p.67

APÉNDICE N° 1
ALTERACIONES EN LA ESCRITURA



FUENTE: Por CASS, Garrea Beatriz. Alteraciones en la escritura. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, "Manuel Velasco Suárez", Grupos de Apoyo. México, 2005.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Son las actividades del diario vivir, como comer, bañarse, usar el inodoro, vestirse, levantarse, acostarse, caminar, administrar dinero, ir de compras o salir, preparar los alimentos, entre otras. Que en el caso de los enfermos con Parkinson, con el progreso de la enfermedad se verán obstaculizados para realizar estas actividades, que de simple vista son sencillas, pero en estadios avanzados se verán complejas de realizar.

ALTERACIÓN AUTONÓMICA: Es aquella que afecta al sistema nervioso autónomo y se manifiesta con estreñimiento, seborrea, baja de la tensión arterial, alteraciones en la termorregulación, esto en etapas tardías de la enfermedad.

ALTERACIÓN COGNITIVA: Frecuentemente, los enfermos de Parkinson, presentan alteraciones cognoscitivas como parte de la evolución de la enfermedad y pueden incluir lentitud del pensamiento y la alteración para llevar a cabo ciertas tareas de planeación o secuenciación.

ANTICOLINERGICOS: Relacionado con el bloqueo de los receptores acetilcolínicos que resulta de la inhibición de la transmisión de los impulsos nerviosos parasimpáticos. Actúa compitiendo con el neurotransmisor acetilcolina por los puntos receptores de las uniones sinápticas. Los anticolinérgicos disminuyen el espasmo del músculo liso de la vejiga, bronquios e

intestino; relajan el esfínter del iris; disminuyen la secreción gástrica, bronquial y salivar; reducen la transpiración y aceleran la conducción de los impulsos vagales. Actúan reduciendo los síntomas Parkinsonianos.

BRADICINESIA: Significa lentitud de movimientos, o dificultad para iniciar y mantener secuencias motoras. Es un trastorno de la autogeneración de movimientos y puede modificarse mediante estímulos externos.

CALIDAD DE VIDA: Es la calidad de vivencia que de la vida tienen las personas. La calidad de vida es la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, cultura, valores, expectativas, normas, influido de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y con su entorno.

CRÓNICO: Se refiere a la enfermedad o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo, en comparación con la evolución de los procesos agudos y dan lugar a incapacidades totales o parciales con el paso del tiempo.

CUIDADOR PRIMARIO: Se refiere a la persona que se encarga del cuidado y/o apoyo del enfermo, puede ser este cuidador un familiar, un enfermero (a), vecino, amigo.

DEGENERATIVO: Es un proceso en el que existe deterioro de una estructura, en este caso hay un proceso degenerativo de la

sustancia negra de los núcleos basales, que contribuyen al control del movimiento voluntario.

DEMENCIA: Es un trastorno mental orgánico progresivo caracterizado por alteración y cambios conductuales en la personalidad, confusión, desorientación, estupor, deterioro de la capacidad y función intelectual, agnosia, apraxia; y juicio.

DEPRESIÓN: En la Enfermedad de Parkinson, se presentan síntomas afectivos, como lo es la depresión que se caracteriza por una profunda pérdida de interés en actividades y eventos cotidianos. Se observa principalmente por los cambios en el estado de ánimo, los pacientes pueden estar tristes melancólicos, desanimados o irritables.

DISCINESIA: Es un trastorno de la capacidad para realizar movimientos voluntarios, entre estos se incluyen la masticación repetitiva, movimientos oscilatorios de la mandíbula o gesticulación facial.

DISFAGIA: Es la dificultad para deglutir, habitualmente relacionada con trastornos motores u obstructivos del esófago. En las personas con Enfermedad de Parkinson se debe a la afección de las funciones cerebrales superiores, que controlan el movimiento voluntario y en estadios avanzados la rigidez de los músculos, incluyendo encargados de la masticación.

DISTONIA: Es un movimiento anormal caracterizado por la contracción sostenida de grupos musculares, en ocasiones

antagónicos que resulta en posturas anormales de torsión y que pueden afectar una o varias partes del cuerpo.

DOLOR: Los enfermos de Parkinson son más sensibles al dolor, esto se debe a los problemas musculares y radiculares (raíces nerviosas). El dolor es una sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las raíces nerviosas sensoriales.

DOPAMINA: Neurotransmisor encefálico cuya deficiencia a nivel de la vía nigro-estriatal, es causante de la Enfermedad de Parkinson.

DOPAMINÉRGICOS: Son fármacos que actúan directamente en receptores dopamina, y por tanto no requieren de metabolismo celular para ejercer sus efectos. No obstante, a pesar de sus ventajas teóricas, aún no se demuestra que los agonistas dopaminérgicos sean más efectivos para mejorar los síntomas parkinsonianos que la levodopa.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Son todas aquellas oportunidades de aprendizaje, para modificar en medida de lo posible, los hábitos, conductas, que provocan desviaciones a la salud, De manera que se oriente a la persona y cuidador primario, a cerca de las mejores alternativas para cuidarse.

ENFERMEDAD: Es un proceso de afección del estado de salud, que se manifiesta con la aparición de signos y síntomas, característicos de algún padecimiento, siendo estos de inicio agudo

o crónico. Agudo, se refiere a que solo es por un cierto tiempo y crónicos, son los que evolucionan con el paso del tiempo.

ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO: Consiste en la implantación de un electrodo estimulador que trabaja mediante la estimulación eléctrica de estructuras diana en el cerebro - el Núcleo Subtalámico (STN) o el Globo Pálido interno (GPi) que controlan el movimiento y las funciones musculares. Un electrodo con cuatro polos minúsculos se implanta quirúrgicamente en el cerebro y es conectado mediante una extensión que va por debajo de la piel un neuroestimulador implantado cerca de la clavícula. El estímulo eléctrico se puede ajustar de manera no invasiva hasta alcanzar las necesidades individuales de cada paciente.

ESTRÉS: Es aquella situación de agresión emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo. En el cuidador y paciente con Parkinson el estrés incrementa su intensidad, por los cambios que se darán conforme progresa la enfermedad. También, a la persona con Parkinson, las cuestiones como el hecho de firmar un documento, iniciar un movimiento, le causan estrés.

FACIE DE MASCARA: En la Enfermedad de Parkinson, la cara de la persona toma un aspecto inexpresivo, que inclusive parece apático, con los ojos fijos y la boca ligeramente abierta.

FASE OFF: Estado de mal funcionamiento clínico en relación a la ausencia de efecto farmacológico en el tratamiento parkinsoniano,

este se presenta debido a un prolongado tratamiento de levodopa, provocando que cada vez que se consume su efecto sea más corto.

FASE ON: Estado de mejor funcionamiento clínico de efecto farmacológico en el tratamiento parkinsoniano. Este tratamiento con Levodopa, dura por lo menos 5 años óptimamente, posteriormente su efecto puede disminuir o se inician movimientos anormales conocidos como periodos OFF.

FESTINACIÓN: Es un trastorno de la continuación del movimiento casi siempre observado en la marcha. Se caracteriza por una serie de pasos pequeños, cortos y rápidos que se aceleran progresivamente siguiendo el momentum gravitacional hasta que el paciente encuentra un obstáculo.

GANGLIOS BASALES o NUCLEOS BASALES: Se aplica el término a un conjunto de masas de sustancia gris ubicadas dentro de cada hemisferio cerebral. Se trata del cuerpo estriado, el núcleo amigdalino y el claustro.

HIPERSOMNIA: En las personas con Parkinson, la presencia del sueño diurno, es cada vez mas frecuente, reflejando la baja calidad del sueño nocturno, o bien, un problema neurológico que ya tienen. Las consecuencias de este problema son comúnmente el riesgo de sufrir algún riesgo o daño, al quedarse intempestivamente dormidos.

HIPOCINESIA: También se usan las denominaciones de hipocinecia, hipocinecia, acinecia, y bradicinesia. Indistintamente se refiere a una disminución lentitud (bradicinecia) en los movimientos voluntarios y restricción en su amplitud (hipocinesia, causando por ejemplo micrografía). Además, en relación a los movimientos involuntarios normales (parpadeo, mímica facial, entonación de la voz, movimientos asociados de los brazos en la marcha) éstos disminuyen.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA: Es la producida por un cambio súbito en la posición del cuerpo, generalmente al pasar de estar acostado o parado, y generalmente dura solo unos pocos segundos o minutos. La que más comúnmente afecta a los enfermos de Parkinson es la posprandial.

HOEH & YAHR: Es una clasificación que se utiliza para establecer de manera clínica, en que estadio de los cinco señalados se encuentra el enfermo de Parkinson. Iniciando desde que la afección es unilateral, hasta que la persona está obligada a permanecer en cama o silla de ruedas.

LENGUAJE: Es la pronunciación de sonidos vocales articulados que forman palabras para expresar las propias ideas, pensamientos o sentimientos.

LEVODOPA: Fármaco antiparkinsoniano, precursor de la dopamina, se convierte en esta a nivel sistémico y de nivel de sistema nervioso central. Se recomienda su ingestión con el estómago vacío, con

toma de agua o jugos, ya que la carga de proteínas en la dieta compite con su absorción.

MICROGRAFÍA: Es la disminución en la amplitud de la escritura, siendo una característica en los Enfermos de Parkinson.

NEURODEGENERATIVO: Es una combinación de aspectos clínicos y patológicos. La aparición insidiosa y el desarrollo lentamente de déficits neurológicos constituyendo la manifestación de la pérdida selectiva de poblaciones neuronales.

NEUROLOGÍA: Es una especialidad de la medicina - enfermería, que se encarga de estudiar los problemas del sistema nervioso central (encéfalo – medula espinal) y sistema nervioso periférico. Brindando tratamiento, a quienes padecen alguna afección.

NEUROTRASMISOR: Es una sustancia química, que utilizan las células nerviosas para transmitir información a otras células.

PALIDOTOMÍA: Procedimiento quirúrgico en donde se lesiona una parte del cerebro llamada globo pálido, con el propósito de mejorar los síntomas como temblor, rigidez y bradicinesia.

PARKINSON: Es un proceso cróniconeurodegenerativo y progresivo, que afecta a la sustancia negra de los ganglios basales encargados del control y la coordinación del movimiento, así como del tono y la postura, afecta personas entre los 65 años en promedio.

PREVENCIÓN: Son aquellas medidas educativas y de intervención, para prevenir riesgo a la salud. En el Parkinson, una de las principales prevenciones es contra accidentes, que si bien con el hecho de que son personas adultas mayores y además tienen alteraciones en el equilibrio, esto propicia aún más un alto riesgo de lesiones.

REFLEJOS POSTURALES: Son los que se requieren para mantenerse en posición erecta. En el Parkinson se presenta como la incapacidad de caminar hacia delante con el tronco y la cabeza erecta, descompensando el eje gravitacional de los pies, provocando serias caídas.

REHABILITACIÓN: Es un conjunto de procedimientos interdisciplinarios, dirigidos a alcanzar el máximo potencial físico, psicológico, social y laboral, de una persona después de una enfermedad incapacitante, crónica o de alguna lesión.

RESONANCIA MAGNÉTICA: Es un eco u otro sonido producido por percusión de un órgano o cavidad del organismo. Se utiliza para mostrar en que condiciones se encuentra el cerebro del enfermo de Parkinson, no como diagnóstica, pero si para descartar alguna otra enfermedad

RESPIRACIÓN: Es el proceso de intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono en el sistema pulmonar. La frecuencia varía con la edad y el estado de la persona.

RIGIDEZ: Es el endurecimiento muscular intenso, se presenta en todas direcciones del rango de movimiento pasivo y del movimiento activo, en los enfermos de Parkinson la resistencia hallada tiene un carácter de detención en rueda dentada. Es un signo característico de disfunción extrapiramidal.

SIALORREA: Se refiere a la producción excesiva de saliva. Este representa un gran problema para quien lo presenta con una alta frecuencia. Es un trastorno de las fases deglutorias; es decir, un tipo de disfagia. Esta también puede ser secundario a la postura flexionada de la cabeza y la pobre movilidad de los labios.

SUSTANCIA NEGRA o NIGRA: Un centro del control del movimiento en el cerebro, en donde la pérdida de células nerviosas productoras de dopamina, desencadena la Enfermedad de Parkinson. Se llama sustancia negra debido a que las células localizadas en esa zona tienen un color oscuro.

TALAMOTOMÍA: Es la lesión de los núcleo talamitos, generalmente el ventral intermediomedial, que se realiza a través de la cirugía estereotáxica, para el tratamiento del temblor u otros movimientos anormales.

TEMBLOR: El temblor consiste en la contracción alternante de grupos musculares opuestos que causan movimiento rítmico de 4-6 ciclos por segundo. En la Enfermedad de Parkinson, la característica es que es temblor en reposo.

TERAPIA: Es el tratamiento de una enfermedad o proceso, mediante la administración de medicamentos, ejercicios específicos para mejorar la sintomatología, psicoterapia y soporte, a través de un equipo multidisciplinario.

TOMOGRAFÍA: Es una técnica radiológica consistente en la obtención de una imagen que representa en detalle la sección de una estructura u órgano a un determinado nivel. Sirve como herramienta para mostrar como esta el cerebro del enfermo de Parkinson y en todo caso para descartar alguna otra enfermedad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDEGABAR, A, Sharma J. Sep disorders in Parkinson's disease. Int J Clin Pract 2003; 57: 781-787 pp.

AMINOFF, J. Michael, y cols. Manual de Neurología clínica. Ed. Manual Moderno. 6a ed. México, 2006, 385 pp.

BEARE – MYERS. Enfermería principios y práctica. Ed. Médica panamericana. Tomo III. Madrid, 1993, 1337 pp.

BOTTCHER, Thomas y cols. Netter medicina interna. Ed. Masson. Barcelona; México, 2003, 1175 pp.

BRUNNER Y SUDDARTH. Tratado de Enfermería Medico-quirúrgica. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2002, 2313 pp.

CAMPOLONGO P., Antonia. Equipo multidisciplinar en la Enfermedad de Parkinson. Ed. Grupo Ars Médica. Barcelona, 2006, 54 pp.

CORONA, Teresa y cols. Nueva vida para el enfermo de Parkinson. Manual. Servicios de salud mental. México, 1997, 15 pp.

DAWSON S., James. Lo esencial en farmacología. Ed. Elsevier. 2da ed. Madrid, 2003, 241 pp.

DE LA CRUZ C., Juan C., y col. Nutrición en el paciente con problema neurológico. En: Humberto Arenas Márquez y col. Nutrición enteral y parenteral. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2007, 650 pp.

DE LA TORRE, Domingo C. La enfermedad de Parkinson. Fisioterapia en geriatría. En Internet: www.efisioterapia.net. Madrid, 2003, 8 pp.

DeWit C., Susan, Fundamentos de Enfermería Medicoquirúrgica. Ed. Harcourt. 4ta ed. Barcelona, 1999, 1125 pp.

DUANE E. Haines. Principios de neurociencia. Ed. Elsevier. 2da ed. Madrid, 2003, 582 pp.

FORNER B., Maite. Cuidados enfermeros. Directora Chita López Izuel; coordinadoras Marta Riu Camps, Maite Forner Bscheid. Ed. Masson. Barcelona, 2005, 321 pp.

GIANNAULA J. Rolando, y col. Movimientos anormales. Enfermedad de Parkinson. En: Ignacio Casas Parera y cols. Manual de Neurología. Ed. Grupo Guía S.A. 2da ed. Buenos Aires, 2005, 292 pp.

HOBSON DE, Lang AE, Martin WRW et al. Excessive day time sleepiness and sudden Honest sleep in Parkinson's disease: a Surrey by the Canadian Movement disorder Group. JAMA 2002;287:455-463 pp.

JONES, D. y R. B. Godwin-Austen. Enfermedad de Parkinson. En: María Stokes. Rehabilitación Neurológica. Ed. Harcourt. Vol.2. Madrid, 2000, 440 pp.

KAPLAN H, Sadock B. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Ed; 1987.

KATZUN, Bertram G. Farmacología básica y clínica. Ed. Manual Moderno. 7ma ed. México, 1999, 1310 pp.

KLEMAN GI, Weissman M. The course morbidity and cost of depression. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 831-4.

KULISEVSKY, Jaime y col. Enfermedad de Parkinson. Tratamientos complementarios en la Enfermedad de Parkinson. Ed. Ars Médica. Barcelona, 2004, 53 pp

LOVE, Rusell J., y col. Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje. Ed. Médica Panamericana. 3ra ed. Madrid, 1998, 343 pp.

LÉPORI, Luis R. Parkinson. Ed. ECSA. Buenos Aires, 2005, 162 pp.

MICHELI, Federico. Neurología. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2000, 522 pp.

MUÑOZ, David. Convergencia patogénica de las enfermedades neurodegenerativas. En: José Manuel Martínez Lage y col. Envejecimiento cerebral y enfermedad. Ed. TRIACASTELA. Madrid, 2001, 421 pp.

NAVARRO, Gómez María V. Enfermería médico-quirúrgica. Necesidad de comunicación y seguridad. Ed. Masson. Barcelona, 2005, 235 pp.

NETTER, Frank H. y cols. Medicina Interna. Ed. Masson. Barcelona, 2003, 1175 pp.

OBESO, José A. Origen, mecanismos y perspectivas terapéuticas de la enfermedad de Parkinson. En: José Manuel Martínez Lage y col. Envejecimiento cerebral y enfermedad. Ed. Triacastela. Madrid, 2001, 421 pp.

OROZCO G., Carmen Imelda. Caídas. En: Rosalía Rodríguez y col. PRÁCTICA GERIÁTRICA. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2da ed. México, 2007, 684 pp.

ORTEGA, Larrea Susana; TAJES, Arregui María L. Manual de enfermería médico-quirúrgica: patrón cognitivo-perceptivo. Ed. grupo editorial universitario. España, 2004, 432 pp.

PAPERT, EJ, Goetz CG, Niederman FG, Raman R, Leurgans S. Sleep fragmentation, and altered dream phenomena in PD. Mov Disord 1999; 14: 117-121 pp.

PEARSE, John M. S. Guías Médicas Salud y Bienestar. La Enfermedad de Parkinson. Ed. Ediciones B Grupo Zeta. Barcelona, 1999, 80 pp.

PRYSE–Phillips, William E. M.. Neurología clínica. Ed. Manual Moderno. 2da ed. México, 1996, 738 pp.

PS, German, Rovner BW, Burton LC, Brant LJ, Clark R. The role of mental morbidity in the nursing home experience. Gerontologist 1992; 32: 152-154 pp.

RIESTRA R., Alonso y col. Enfermedad de Parkinson, Parkinsonismo, síndromes parkinsonianos y temblor. En: Rosalía Rodríguez y col. PRÁCTICA GERIÁTRICA. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2da ed. México, 2007, 684 pp.

RODRÍGUEZ A., Yaneth, y col. Depresión en Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Psicología. Vol.15, no.1, 1998. 59-64 pp.

SCHRAG A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality life in patients with Parkinson's disease. J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;66: 431-435 pp.

SNELL, Richard. Neuroanatomía clínica. Ed. Médica panamericana. 5ta ed. Madrid, 2003, 548 pp.

STOKES, María. Rehabilitación Neurológica. Ed. Harcourt. Vol. 2. Madrid, 2000, 440 pp.

TORRENTERA C., Miriam. Enfermedad de Parkinson. En: Rosalía Rodríguez y col. PRÁCTICA GERIATRICA. Ed. McGraw-Hill. 2da ed. México, 2007, 684 pp.

TORRES, Carro O. Parkinson manual de entrenamiento motor. Ed. MVS. La Habana, 2001, 103 pp.

TORRES, Carro O. y cols. Rehabilitación del lenguaje en la Enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Neurociencia 2001; 2(4); 241-244 pp.