



**UNIVERSIDAD  
DE  
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE UN PACIENTE FEMENINO  
DE LA OCTAVA DÉCADA DE VIDA CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD  
FÍSICA SECUNDARIA A PARKINSON”**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA

**HANNIA MAURA HERNANDEZ TAPIA**

ASESORA DE TESIS

**LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY**

**Coatzacoalcos, Veracruz.**

**Agosto 2024**



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.

# DEDICATORIA

Se lo dedico a quienes me inspiraron y a quienes me ayudaron a llegar.

A mis padres, mis héroes, quienes han sido mis guías, mis mentores y mi fuente de inspiración a lo largo de toda mi vida, ellos quienes siempre me enseñaron el valor de la educación y la importancia de trabajar duro para alcanzar mis metas.

Este logro se los dedico a ustedes **Asunción Hernández Jara Y Maritza Tapia Vargas.**

## **AGRADECIMIENTO.**

Quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad de Sotavento por su invaluable apoyo en mi formación académica.

De igual manera mi reconocimiento y gratitud a la labor de mis docentes, quienes me transmitieron a lo largo de estos años múltiples conocimientos.

Por último, pero siempre en primer lugar, extendiendo palabras de gratitud a mis padres, a quienes les agradezco su apoyo incondicional y todo el trabajo que han hecho para ayudarme en todo momento, también a quienes les deseo larga vida para disfrutar de la cosecha que han sembrado en mi educación.

# INDICE

<b>I.INTRODUCCION</b> .....	<b>4</b>
<b>II. JUSTIFICACION</b> .....	<b>6</b>
III. OBJETIVO .....	8
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	8
IV. METODOLOGIA .....	9
V. MARCO TEORICO .....	11
5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA .....	11
5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO .....	12
5.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	14
5.4 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL METODO UTILIZADO .....	16
5.5 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	18
5.5.1 VALORACIÓN .....	18
5.5.2 DIAGNOSTICO.....	19
5.5.3 PLANEACIÓN .....	21
5.5.4. EJECUCIÓN .....	22
5.5.5 EVALUACIÓN .....	23
VI. PROBLEMÁTICA DE SALUD .....	24
VII. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO .....	34
VIII. VALORACIÓN CLINICA DE ENFERMERIA .....	35
IX. DESARROLLO DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	40
X.EVOLUCIÓN .....	50
XI.PLAN DE ALTA .....	51
XII.CONCLUSIONES .....	55
XIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA .....	56
XIV. GLOSARIO.....	61

## I.INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso neurodegenerativo complejo de aparición en la edad adulta y que constituye la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente por detrás de la demencia tipo Alzheimer. Su etiología es desconocida y, en términos generales, la causa subyacente sería la combinación de factores ambientales y genéticos.

Se caracteriza clínicamente por la presencia de la tríada motora, acinesia o lentitud de movimientos, temblor de reposo y rigidez; por ello ha sido clásicamente considerada y estudiada como un trastorno motor. Sin embargo, en las últimas décadas, ha aumentado el reconocimiento de manifestaciones no motoras como la apatía, el deterioro cognitivo o los síntomas disautonómicos, entre otros. Estos síntomas han recibido especial atención por parte de neurólogos e investigadores debido a su elevada frecuencia e impacto en la calidad de vida de los pacientes y familiares, siendo actualmente considerados parte integral de la enfermedad (15).

En el año 2016 se estimó que 6,1 millones de personas en el mundo sufrían la enfermedad, lo que representó un aumento de más del doble en comparación con la cifra de 1990 (2,5 millones). En el 2040 se estima que habrá alrededor de 17 millones de afectados. Esto hace que la enfermedad de Parkinson sea de todas las enfermedades neurológicas, la de más rápido crecimiento a nivel mundial según el estudio de carga global de la enfermedad.

Este aumento puede explicarse por diversos factores, incluyendo el envejecimiento de la población, la exposición a factores de riesgo ambientales (como ciertos tóxicos y la disminución a escala global del tabaquismo) y mejoras en el diagnóstico y reporte de casos de la enfermedad, además de aumento de la supervivencia de los pacientes debido a la disponibilidad de tratamientos efectivos (21).

En la actualidad, en México no se cuenta con estudios epidemiológicos acerca de la prevalencia o incidencia de la enfermedad; sin embargo, se estima de

forma mundial que esta se presenta entre el 1 y 2% de la población mayor de 60 años de edad. De acuerdo al conteo de población y vivienda realizado en 2005; por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el 8.1% de la población en México se encuentra en este grupo de edad, lo que implicaría una prevalencia aproximada de 83,000 y 166,600 personas con EP en México (20).

La persona que presenta esta enfermedad ve alterada, sobre todo, su funcionalidad: las actividades cotidianas las realiza con mayor dificultad y el vestirse, bañarse, abotonarse, rasurarse, peinarse, darse vuelta en la cama, utilizar los cubiertos, cocinar, manejar, etc., le toman más tiempo y puede llegar a resultarle imposible; esto hace que el individuo se aíse y se haga dependiente, asimismo su estado de ánimo se ve muy disminuido.

Por lo general, vivir con alguien que tiene enfermedad de Parkinson afecta también a muchas otras personas. El familiar sano, ahora designado como el “cuidador”, podría tener que desempeñar muchos papeles, como proveedor, la función de acompañamiento y atender sus propias necesidades.

Sin embargo, el apoyo familiar es un pilar fundamental, siendo necesario que los familiares reciban información y formación sobre las características de la enfermedad, sus síntomas y los tratamientos disponibles. Todo ello encaminado a adquirir una serie de herramientas y estrategias que permitan abordar las necesidades, consecuencias y cambios que la enfermedad va a provocar y mejorar la calidad de vida en la persona con enfermedad de Parkinson (17).

## II.JUSTIFICACIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en el mundo después de la enfermedad de Alzheimer. Se caracteriza por ser una enfermedad de curso lento, manifestada por lo general alrededor de los 60 años de edad, existiendo también casos de inicio, alrededor de los 50 años. Incluso existen reportes de caso de extrema peculiaridad, de inicio temprano, cuya aparición tiene inicio alrededor de los 20 años (12).

Actualmente, esta patología afecta de 4.1 a 4.6 millones de personas y se ha estimado que para el año 2030 esta cifra será duplicada, lo que conducirá a un mayor problema de salud pública (25).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha informado que la discapacidad y la muerte a causa de Parkinson están aumentando “más rápido” que cualquier otro trastorno neurológico. De hecho, las estimaciones actuales sugieren que, en 2019, la enfermedad provocó un aumento del 81 por ciento desde el año 2000 y causó 329 000 muertes, lo que supone un incremento de más del cien por ciento desde el año 2000 (8).

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), informó que la enfermedad se presenta de 150 a 200 casos por 100,000 habitantes por año; en México, 50 de cada 100,000 habitantes pueden padecerla (19).

En base a los datos del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) de la Dirección General de Epidemiología de México en 2022, se estima la EP con una incidencia anual en México de 8.2 por ciento en el 2014; 10.4 por ciento en el 2015; 11.4 por ciento en el 2016; 12.7 por ciento en el 2017 y 10.8 por ciento en 2018 por cada 100, 000 habitantes. Los estados con mayor incidencia fueron Sinaloa (27.6%), Colima (23.5%) y Durango (20%); y con menor incidencia Querétaro (4.6%), Zacatecas (3.8%) y Guanajuato (3.3%).

La incidencia anual por edad fue, de 3.5 por ciento en adultos menores de 60 años; 26.9 por ciento en aquéllos entre 60 y 64 años y de 65.9 por ciento por cada 100 000 habitantes en mayores de 65 años. Calculamos que la incidencia de EP aumentó de 6.7 por ciento en 2014 a 14.9 por ciento por cada 100 000 habitantes en el 2023 (16).

Con el registro preliminar de 178 casos de Parkinson contabilizados en el primer trimestre de 2023, el estado de Veracruz se ubica en segundo lugar nacional con más personas que padecen esta afección degenerativa del cerebro. Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, informó que existe mayor prevalencia en hombres, pero en el estado la diferencia es mínima: de los 178 casos, 90 corresponden a varones y 88 a mujeres. Reportes anteriores exponen que, en 2021, en la entidad hubo 603 casos y en 2022, 795, de los cuales, 465 correspondieron a hombres y 330 a mujeres (24).

Estos datos ayudaron a determinar la elaboración del siguiente trabajo, ya que la Enfermedad de Parkinson se ha convertido en un problema de Salud Pública, destacando que es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente, debido al aumento de la población mayor de 50 años, afectando tanto a hombres como a mujeres de manera acelerada. Aunado también a las altas cifras en nuestro Estado de Veracruz. Todos estos aspectos son de gran relevancia, ya que es una enfermedad que, si bien no es nueva, se le ha dado poca importancia a la hora de capacitar al Personal de Enfermería que labora en instituciones de salud, y personal o familiares que trabaja con el paciente en casa.

Por estas razones, el presente trabajo requiere poner en práctica las fases del Proceso de Atención de Enfermería, que constituya una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y comunidad, a fin de proporcionar Cuidados de Calidad y sirva para futuras investigaciones.

### III.

## OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo General

Elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) individualizado, para fortalecer los conocimientos de enfermería en el cuidado y las necesidades de un paciente adulto con la enfermedad de Parkinson.

### 3.2. Objetivos Específicos.

- Analizar y Conocer la Profilaxis, Diagnóstico e intervenciones de enfermería en el paciente adulto con la enfermedad de Parkinson.
- Identificar situaciones de salud que están poniendo en riesgo la calidad de vida de los pacientes con Parkinson.
- Demostrar datos estadísticos a nivel mundial, nacional y estatal sobre la problemática de Salud Pública de Parkinson.
- Conocer los signos y síntomas que presentan los pacientes con Parkinson e identificar de acuerdo con el caso clínico documentado, los patrones de salud alterados en el paciente.
- Brindar de forma adecuada y oportuna las intervenciones de enfermería de acuerdo con el Plan de atención de enfermería.

#### **IV.METODOLOGÍA**

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud (22).

La enfermería es una de las profesiones más antiguas del mundo y ha evolucionado a lo largo del tiempo desde un papel principalmente doméstico y religioso hasta una profesión altamente respetada y calificada en la actualidad.

Desde los primeros tiempos, las personas han cuidado de sus enfermos, y las mujeres han sido especialmente importantes en esta tarea. Las enfermeras del pasado eran a menudo mujeres que cuidaban de los enfermos en sus propios hogares u hospitales religiosos. A medida que la medicina se hizo más avanzada, las enfermeras comenzaron a trabajar en estrecha colaboración con los médicos, ayudando a administrar medicamentos y tratamientos a los pacientes.

A mediados del siglo XIX, Florence Nightingale se convirtió en una figura clave en la evolución de la enfermería moderna. Nightingale fue una de las primeras enfermeras en trabajar en hospitales militares, y sus innovadoras técnicas de atención del paciente y organización del personal cambiaron la forma en que se trataba a los enfermos. También fue una defensora de la educación en enfermería, estableciendo la primera escuela de enfermería de Londres en 1860.

Durante el siglo XX, la enfermería se convirtió en una profesión altamente especializada, y las enfermeras comenzaron a desempeñar papeles importantes en la investigación médica y en el desarrollo de nuevos tratamientos. Además,

surgieron nuevas especialidades de enfermería, como la enfermería pediátrica, la enfermería de cuidados intensivos y la enfermería geriátrica.

En la actualidad la enfermería es una de las profesiones más importantes en la atención sanitaria, y las enfermeras desempeñan un papel clave en el Diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes. Las enfermeras tienen una formación altamente especializada y están altamente cualificadas para tratar una amplia variedad de enfermedades y trastornos médicos. Además de tener una presencia importante en el desarrollo y la implementación de políticas de salud pública, gracias a su expansión en el ámbito de la investigación (1).

## **V.MARCO TEÓRICO.**

### **5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.**

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamentan (5).

A medida que la Enfermería se proyecte hacia una visión del mundo unitario, es importante criticar y explorar algunas dinámicas del avance de la enfermería profesionalmente como una disciplina de salud distintiva de los procesos de curación- cuidado. Globalmente, la atención de la salud debe responder a las necesidades de la humanidad que se preocupan por la curación, trascendiendo los hospitales, las prácticas industriales institucionales y los sistemas burocráticos controlados por el dominio curativo. Conforme la Enfermería se aproxima al futuro, es importante clarificar las diferencias entre la disciplina de la Enfermería y la profesión de Enfermería (26).

Es importante mencionar, que el rol prioritario de enfermería es el brindar cuidados y con ello satisfacer las necesidades básicas de las personas, por ello el profesional de enfermería debe ser muy observador y cauteloso en el instante que ponga en práctica el conocimiento científico, aprendo a lo largo de sus estudios académicos. Es decir, que la naturaleza dialéctica de la disciplina y su materialización de cuidado, dejen atrás el ejercicio profesional intramuros, técnico, sumiso, invisible y fragmentario, logrando así en la actualidad, el interés emancipatorio de las ciencias de enfermería (10).

La enfermería en sus inicios se basaba en un alto componente práctico. Sin embargo, en la actualidad exige un fundamento teórico-científico que sustenta el cuidado. En este contexto de la Enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la

construcción filosófica del saber (desarrollo conceptual), el ser (cuidado), y el que hacer (forma como se proporciona el cuidado) de la Enfermería como base para facilitar la comprensión de la Disciplina Profesional.

La gestión y ejecución de los cuidados de enfermería deben estar sustentadas y justificadas en evidencia científica y, por lo tanto, se hace necesario que las/os enfermeras/os desarrollen investigación para contribuir a la adquisición de competencia disciplinares. Estas competencias reposan sobre una combinación de habilidades prácticas y cognitivas interrelacionadas, conocimientos, motivación, valores actitudes, emociones y otros elementos sociales y comportamentales que pueden ser movilizados conjuntamente para actuar de manera eficaz (9).

## **5.2 El cuidado como objeto del estudio.**

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (2).

El objetivo e Intención de la Enfermería desde la perspectiva de la teoría de la enfermería como cuidado es que la disciplina de conocimiento y la práctica profesional sea atender a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado. La intención general de la enfermería es conocer a las personas durante el cuidado, y apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas.

El cuidado es un servicio que ofrece la enfermería y vive en el contexto de la situación enfermera. La situación de enfermería es el lugar donde todo se conoce y realiza en enfermería y se conceptualiza como «la experiencia vivida y compartida donde los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian a la persona». La situación de enfermería es lo que está en la mente de la enfermera siempre que su intención sea «cuidar». Es dentro de la situación de enfermería que

la enfermera atiende llamadas de cuidados o extiende la mano a la persona cuidada, con la práctica de la enfermería y el conocimiento práctico de la enfermería colocados en este contexto relacional. La situación de enfermería supone la expresión de unos valores, intenciones y acciones de dos o más personas que eligen vivir una relación de cuidado (6).

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

Los cuidados son una unidad «exquisitamente entrelazada» de aspectos de la disciplina y la profesión enfermeras. Como disciplina, la enfermería es una forma de conocer, ser, valorar y vivir en el mundo, y se considera una unidad de conocimiento dentro de una unidad mayor. La disciplina enfermera atiende al descubrimiento, creación, desarrollo y refinamiento del conocimiento necesario para la práctica de los cuidados. La profesión de la enfermería atiende a la aplicación de este conocimiento en respuesta a las necesidades humanas (5).

En la actualidad la enfermera (o) puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad. Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la

atención. Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera paciente (11).

### **5.3 Proceso de atención de enfermería.**

El proceso de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Las Características del Proceso son:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo
- Es sistemático
- Es dinámico e interactivo.
- Es flexible
- Tiene una base teórica y se puede aplicar en cualquier modelo de enfermería.

Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen y son las siguientes: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Los objetivos se centran en:

- Constituir una estructura que pueda cubrir de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.
- Como profesión se centra en la respuesta humana del individuo.

- Pretende que el paciente participe en su propio cuidado, brindándole la atención de forma continua y de calidad.
- Aumenta la satisfacción del personal de enfermería, así como su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, convirtiéndola en experto, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente (11).

Las teorías o modelos de enfermería están basadas en cuatro aspectos o elementos fundamentales: Persona, Salud, Entorno y Cuidado. Uno de los modelos de cuidados de mayor aceptación tiene en nuestro entorno el de Virginia Henderson, ya que es totalmente compatible con el Proceso Enfermero (PE), cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Además, es posible integrar, junto con el Modelo de Cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de formación, permitiendo a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidado y en nuestra realidad asistencia (7).

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, ofrece una definición de la enfermería, otorgándole a la enfermera un rol complementario/ suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

Las necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (3).

#### **5.4. Elementos fundamentales del método utilizado.**

**Objetivo de los cuidados.** Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

**Usuario del servicio.** La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

**Papel de la enfermería.** Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza,

conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

**Enfermera como sustituta.** Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

**Enfermera como ayudante.** Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

**Enfermera como acompañante.** Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

**Fuente de dificultad.** También denominada área de dependencia alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

**Intervención de la enfermera.** El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

**Consecuencias de la intervención.** Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas (2).

## **5.5 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.**

### **5.5.1 Valoración.**

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases:

1. Recogidas de datos. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La obtención de los datos se realizará: Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física) e Indirectamente (familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.). Los métodos para la recogida de datos son la Entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

2. Validación o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3. Organización de los datos. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

La agrupación de los datos obtenidos en la valoración por necesidades considera una adecuada organización:

- Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta (datos subjetivos).
- Datos para considerar (aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos –personales, familiares, económicos...-→ de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades.
- Manifestaciones de Independencia. Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.
- Manifestaciones de Dependencia. Insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud. Se debe asociar a las fuentes de dificultad (Fuerza - Conocimiento -Voluntad) sobre las que se deberá trabajar con Intervenciones enfermeras para normalizar la situación (2).

### **5.5.2 Diagnóstico.**

Es el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico

enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales o Potenciales/de Riesgo.

- Real. Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- Riesgo. Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración (2).

Los pasos para un Diagnóstico son:

- Priorizar: Pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación.
- Verificar que la valoración ha sido realizada de forma sistemática y global, para lo que se deben haber cubierto las fases de la valoración y los datos han debido ser agrupados siguiendo el modelo enfermero y por sistema corporales.
- Realizar una lista de problemas reales y potenciales identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así el esfuerzo en las áreas problemáticas.
- Buscar las EVIDENCIAS (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico, considerar cada problema buscando la presencia de las características definitorias asociadas.

- Nombrar los problemas con las ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS que mejor se ajusten a las evidencias encontradas.
- Determinar las causas del problema (r/c) es clave, puesto que serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las intervenciones específicas.
- Si se detectan Factores de Riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como DIAGNÓSTICO DE RIESGO (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.
- Involucrar al individuo/familia en los problemas detectados informando sobre ellos, deben ser parte fundamental en su resolución y tienen el derecho legal a esta información.
- Evaluar los recursos con los que cuenta el individuo/familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales, es una información que influirá notablemente en el diseño del plan de cuidados.
- Considerar y evaluar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento de la persona (forma en que se enfrenta habitualmente a los problemas) (2).

### **5.5.3 Planificación.**

La Planificación consta de diversos pasos:

1. Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas.  
Problemas que amenacen la vida del individuo; Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios; Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona; Problemas a resolver por enfermería; Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar

2. Establecimiento de Resultados. Se establecerán objetivos de forma clara, de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo. ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

3. Selección de Intervenciones y Actividades. En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones y en los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

4. Registro del Plan de Cuidados. Es el elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional (2).

#### **5.5.4 Ejecución.**

Es la puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos:

1. Preparación. Revisar las intervenciones propuestas para determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica; valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas; reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios y preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

2. Realización de las actividades. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales calificados a los que designa y supervisa en su actividad.

3. Registro. El registro de las Intervenciones y respuesta del individuo (2).

#### **5.5.5. Evaluación.**

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del Diagnóstico enfermero.
- Diagnóstico: el DE es exacto y adecuado.
- Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados (2).

## **VI. Problema de salud de la persona.**

### **Definición**

La enfermedad de Parkinson (EP) es un desorden neurodegenerativo frecuente y complejo caracterizado por la presencia de síntomas motores y no motores, relacionados con el daño de múltiples estructuras del sistema nervioso central y periférico.

La primera descripción detallada como una entidad nosológica definida data de 1817 y fue realizada por el médico Londinense James Parkinson en un grupo de seis pacientes, quien la denominó “parálisis agitante” y sería refinada más adelante por Jean Martin Charcot, quien acuñó el epónimo de enfermedad de Parkinson.

Desde la descripción original, hace más de doscientos años, se mantienen vigentes los aspectos principales relacionados con las manifestaciones motoras de la enfermedad.

La EP idiopática es una condición neurodegenerativa, caracterizada clínicamente por la presencia de un fenotipo motor “típico” (parkinsonismo), con respuesta sostenida y consistente a la levodopa, además de síntomas no motores que muchas veces están presentes años o décadas antes que el fenotipo motor. El inicio de los síntomas motores es usualmente asimétrico y dicha simetría se mantiene a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Los síntomas no motores incluyen trastornos del sueño (fragmentación, somnolencia diurna y trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos o TC-Mor), síntomas cognitivos (disfunción ejecutiva, déficit en evocación, demencia y alucinaciones), trastornos del ánimo, disfunción autonómica (hipotensión ortostática, disfunción urogenital, estreñimiento e hiperhidrosis), así como trastornos senso-perceptivos (el más prominente es la hiposmia) y dolor.

Histopatológicamente, las características principales de la enfermedad son pérdida neuronal moderada a grave en la sustancia nigra pars compacta (SNPC) y presencia en la mayoría de los casos de depósitos de alfa-sinucleína en forma de cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy. Desde el punto de vista patológico, también se ven afectadas otras áreas del sistema nervioso y varios sistemas de neurotransmisores, lo que explica muchos de los síntomas no motores de la enfermedad (20).

### **Patogenia y Fisiopatología**

Los pesticidas, la residencia en el campo y la agricultura se asocian fuertemente a la EP. Una alta ingesta de hierro, anemia crónica, trauma craneoencefálico grave y trabajos de alta complejidad cognitiva también se han visto asociados. Los principales factores protectores son la hiperuricemia, tabaquismo y café mientras que la vitamina E, el alcoholismo, el té, los AINES y el ejercicio físico vigoroso tienen una asociación menor. Estos factores sumados a factores genéticos podrían ser la explicación de la mayoría de los casos de EP, dado que las causas genéticas por sí solas contribuyen en un 5-10% de los casos, lo cual podría explicar la aparición de la enfermedad antes de los 50 años (13).

El origen del proceso de degeneración que sufren las neuronas dopaminérgicas podría estar en la disfunción mitocondrial, agregación de la alfa sinucleína, alteraciones de la autofagia, estrés del retículo endoplásmico (RE) o la desregulación de la homeostasis intracelular de calcio. La disfunción mitocondrial se ha evidenciado en la disminución de la actividad del complejo I de la cadena transportadora de electrones, un mecanismo similar mediado por el MPT que es una toxina ambiental que causa parkinsonismo y muerte de neuronas dopaminérgicas del SN parte compacta; Además, las mutaciones de genes asociados a EP como la parkina y PINK1 generan propensión al daño por estrés oxidativo y deterioran la homeostasis mitocondrial. La sinucleína está involucrada en el tráfico, exocitosis de las vesículas sinápticas y liberación de

neurotransmisores; las mutaciones en el gen SNCA que codifica la proteína alfa sinucleína producen un mal plegamiento y agregación de esta proteína con la consecuente formación de fibrillas similares a amiloides, conocidos como cuerpos de Lewy, que se acumulan y podrían tener un efecto neurotóxico.

Las alteraciones en la autofagia también justificarían las inclusiones intracelulares de proteínas como la  $\alpha$ -sinucleína; además, la sobreexpresión inhibe el mecanismo de autofagia al inhibir la Rab1a, proteína esencial para la formación de autofagosoma y hace que se bloquee su propia degradación.

Por último, la desregulación de la homeostasis del calcio origina la activación de enzimas que desencadenan una cascada apoptótica en las neuronas (13).

### **Manifestaciones clínicas y diagnósticas**

El diagnóstico de la EP es eminentemente clínico. Los criterios más ampliamente aceptados fueron introducidos por la UK Parkinson Disease Society-Brain Bank, los cuales incluyen cuatro signos cardinales: bradicinesia-acinesia, temblor en reposo, rigidez e inestabilidad postural.

Los Criterios clínicos para el diagnóstico de EP son:

- Diagnóstico de parkinsonismo: Bradicinesia y, al menos uno de los siguientes, Rigidez, Temblor en reposo de 4 a 6 Hz, Inestabilidad postural (no causado por alteraciones visuales, vestibulares, cerebolasas o disfunción propioceptiva).
- Excluir otras causas de parkinsonismo.
- Criterios que apoyan el diagnóstico de EP (al menos 3 de los siguientes): inicio unilateral, temblor del reposo, trastorno progresivo, afectación asimétrica con mayor afectación unilateral desde el inicio, excelente

respuesta a la levodopa, corea inducido por levodopa, respuesta a la levodopa durante 5 años, curso clínico superior a 10 años.

La bradicinesia es la característica más frecuente en la EP. Esto se refiere a la lentificación progresiva de los movimientos y abarca las dificultades en la planeación, iniciación y ejecución de tareas requieren movimientos secuenciales y simultáneos.

Inicialmente el paciente percibe mayor lentitud en sus reacciones o al realizar tareas de la vida diaria, en especial aquellas en las que se ve involucrada la motricidad fina. Es posible distinguirla de otras condiciones con lentificación de los movimientos como la depresión, espasticidad o la paresia, haciendo pruebas que impliquen algún movimiento repetitivo que se haga lo más rápido y amplio que el paciente sea capaz (abrir y cerrar la mano, golpear al índice). Con el pulgar o marcar el paso con el pie en el piso), las cuales en el paciente con EP mostrarán una lentificación o disminución de la amplitud progresiva hasta llegar a detenerse por completo.

La bradicinesia también se manifiesta por disartria con monofonía e hipofonía, hipomimia (poca expresión facial, conocida como facies de jugador de póker, sialorrea por dificultad para tragar, pérdida de movimientos espontáneos, micrografía, disminución del parpadeo y del braceo durante la marcha.

El temblor en reposo de los paciente con EP suele ser inicialmente unilateral, con la frecuencia de 3-6 HZ, amplitud variable, cesa al realizar movimientos voluntarios o durante el sueño, y afecta generalmente la parte distal de la extremidad (signo del contador de monedas, movimientos repetitivo de frotamiento del pulgar sobre el índice), aunque otras partes del cuerpo como los labios, la barbilla, la mandíbula y las piernas también pueden afectarse, sin llegar a comprometer el cuello, la cabeza o la voz. En algunos pacientes es posible

encontrar temblor postural, conocido como temblor reemergente, el cual aparece poco después de que el paciente extiende la mano.

La rigidez deber ser evidencia en el aumento de la resistencia durante los diferentes movimientos pasivos de la extremidad (flexión, extensión o rotación alrededor de una articulación), conocida como signo de la rueda dentada y pue ser reforzada mediante la maniobra de Froment (movimiento de la extremidad contralateral a la examinada). Puede aparecer tanto proximal como distal y está asociada con dolor, especialmente de hombro. La rigidez de cuello y tronco lleva a una posición flexionada que cuando es extrema se conoce como camptocormia.

Un grupo de síntomas en la EP no son motores, estos se han tratado de explicar a través de la disfunción de neuronas no dopaminérgicas que conllevan a la degeneración del bulbo olfatorio, alteraciones del centro del sueño en el tronco cerebral y de los núcleos medulares que controlan las funciones autonómicas, acumulación de cuerpos de Lewy en las estructuras límbicas y la neo corteza. Estas alteraciones pueden aparecer incluso antes que los síntomas motores, ocasionando con más frecuencia manifestaciones como el estreñimiento, hiposmia/anosmia, trastorno de la conducta durante el sueño REM y depresión, aunque también se ha asociado en menor medida el síndrome de piernas inquietas, apatía, fatiga y ansiedad. Otros trastornos del sueño incluyen el insomnio, somnolencia diurna excesiva y alteraciones del ciclo vigilia-sueño.

La disfunción autonómica se refleja en alteraciones de la micción sudoración, hipotensión ortostática, disfunción sexual y xerostomía. Los síntomas gastrointestinales abarcan la ageusia, disfagia, reflujo, vómito e incontinencia.

Los síntomas neuropsiquiátricos incluyen anhedonia, alucinaciones, ideas delirantes, conducta obsesiva, confusión, delirio y ataques de pánico. Algunos pacientes pueden presentar manifestaciones sensibles como dolor y parestesias.

En el paciente con síntomas parkinsonianos se debe buscar otras causas diferentes a la EP cuando hay historia de accidente cerebrovascular a repetición, daño cerebral repetido, uso de drogas antipsicóticas o antidopaminérgicas, encefalitis o crisis oculogiras no tratadas, tumor cerebral o hidrocefalia demostradas por neuroimagen, exposición a una neurotoxina conocida, cuando hay más de un miembro de la familia afectada, si ha habido remisión clínica prolongada, respuesta negativa a dosis elevada de levodopa, afectación estrictamente unilateral después de tres años del comienzo de la clínica, u otros síntomas neurológicos como: parálisis supra nuclear de la mirada, signos cerebelosos, deterioro autonómico severo en fases tempranas, signo de babinski, demencia o trastornos del lenguaje y memoria severos en fases tempranas.

Luego de diagnosticar la EP el siguiente paso es clasificar a los pacientes según la escala de Hoehn y Yahr, la cual valora la progresión, gravedad de la enfermedad y puede ser utilizada para evaluar la mejoría con el tratamiento, aunque solo tiene en cuenta los síntomas motores:

<b>Estadio 1</b>	<b>Estadio 1.5</b>	<b>Estadio 2</b>	<b>Estadio 2.5</b>	<b>Estadio 3</b>	<b>Estadio 4</b>	<b>Estadio 5</b>
Síntomas unilaterales solamente	Síntomas unilaterales y axiales	Síntomas bilaterales, sin alteraciones de equilibrio	Síntomas bilaterales leves, con mejoría en Pull test*	Enfermedad bilateral leve a moderada con inestabilidad postural; físicamente independiente	Incapacidad grave, aun capaz de caminar o permanece de pie sin ayuda.	Permanece en silla de ruedas o en cama ni no tiene ayuda.

\*Test de retropulsión o anteropulsión.

### **Tratamiento de los síntomas motores.**

Existen diferentes opciones farmacológicas disponibles para el tratamiento inicial de la EP, las cuales dependen del compromiso funcional del paciente en las actividades laborales o cotidianas y la percepción de este frente a su enfermedad.

En pacientes sin compromiso funcional se pueden considerar los inhibidores de la monoaminoxidasa tipo B (iMAO-B), amantadina o anticolinérgicos. En los de compromiso funcional se debe tener en cuenta la edad y estado cognitivo: en aquellos de mayor edad ( $\geq$  años 65 años) se debe evitar la levodopa como terapia inicial o usar a dosis bajas, prefiriendo las agonistas dopaminérgicas.

A pesar de un buen manejo y del control de los síntomas de la EP durante los primeros años de iniciado el tratamiento farmacológico, muchos pacientes desarrollan complicaciones a largo plazo y es por esta razón que el tratamiento de las fases tardías de la EP requiere de diferentes estrategias para el manejo de los síntomas motores y no motores.

**Levodopa:** es el fármaco más importante utilizando en el tratamiento de EP, es un precursor de la dopamina que no sufre la rápida degradación de ésta en el tracto gastrointestinal pero que sí se degrada en la circulación sistémica, por lo cual se prescribe junto a inhibidores de la descarboxilasa (carbidopa o benserazida), logrando disminuir las dosis necesarias y los efectos secundarios al permitir una mayor distribución en el sistema nervioso central.

**Agonistas dopaminérgicos:** este grupo de medicamentos genera una estimulación directa sobre los receptores de dopamina, destacándose entre ellos el ropinirol, pramipexol y rotigotina. Los agonistas de la dopamina están asociados a menos fluctuaciones motoras y discinesias en comparación con levodopa y se los considera ahorradores de levodopa por que retrasan la necesidad de emplear este medicamento y por lo tanto la aparición de discinesias asociadas al tratamiento.

**Inhibidores de la monoaminoxidasa tipo B (iMAO-B):** la selegilina y rasagilina inhiben de manera irreversible la MAO-B, mientras que la safinamida es

un inhibidor y reversible de la MAO-B, ambos mecanismos evitan la degradación de la dopamina. Estos medicamentos han sido usados en el tratamiento sintomático inicial de la EP, pero la mejoría en los síntomas solo es leve por lo que termina siendo necesario asociarlos a otros medicamentos. Los iMAO-B generan pocos efectos adversos, pueden mejorar la calidad de vida, retrasan la necesidad de levodopa y, en el caso de la rasagilina, podrían estar asociados a un efecto neuroprotector.

**Amantadina:** este medicamento con propiedades antivirales bloquea los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) de glutamato, tiene acción anticolinérgica y aumenta las concentraciones de dopamina. Logra efectos leves y transitorios en los síntomas de la EP por lo que anteriormente se usaba como monoterapia con periodos cortos, pero actualmente se suele asociar al tratamiento con levodopa cuando han aparecido fluctuaciones motores o discinesias.

**Anticolinérgicos:** a este grupo pertenece el trihexifenidilo, la benzotropina y el biperideno que están indicados en los pacientes con temblor que no responde a levodopa o agonista dopaminérgicos, y en pacientes jóvenes sin compromiso cognitivo que presentan temblor incapacitante con poca bradicinesia y rigidez. Se debe empezar a dosis bajas y aumentar progresivamente para evitar los efectos adversos que son comunes en estos medicamentos (xerostomía, visión borrosa, midriasis, fotofobia, confusión y alucinaciones) principalmente en pacientes de mayor edad.

**Inhibidores de la Catecol-O-metiltransferasa (i-COMT):** la tolcapona y entacapona evitan el metabolismo de L-dopa a 3-o-metildopa, con lo cual aumenta la vida media plasmática de la levodopa cuando se dan simultáneamente con esta. Estos medicamentos se usan principalmente en el tratamiento de las fluctuaciones motoras asociadas al tratamiento con levodopa, aunque su inicio conjunto con levodopa no retrasa la aparición o disminuye la frecuencia de discinesias (13).

## Tratamiento de los síntomas no motores

Al igual que con los síntomas motores, los síntomas no motores tienen diferentes opciones de tratamiento, las cuales dependen de las comorbilidades del paciente, la gravedad de los síntomas, los medicamentos usados para tratar los síntomas motores y la aparición de complicaciones o efectos adversos derivados de éstos:

<b>Demencia</b>	<b>Rivastigmina, donepezil, galantamina, memantina.</b>
<b>Ansiedad</b>	Tratar los períodos "Wearing off", benzodiazepinas, modificar AD
<b>Depresión</b>	Pramipexole, ATC
<b>Apatía</b>	Metilfenidato, levodopa, AD
<b>Alucinaciones y psicosis</b>	Modificar: IMAO-B, anticolinérgicos, amantadine, AD Clozapina, Quetiapina
<b>Hipotensión ortostática</b>	Métodos no farmacológicos* Midrodine, fludrocortisona
<b>Insomnio</b>	Higiene del sueño levodopa, zolpidem, trazodona
<b>Sialorrea</b>	Anticolinérgicos
<b>Disfunción vesical</b>	Ejercicios de pisos pélvico, Anticolinérgicos
<b>Somnolencia diurna excesiva</b>	Modafinilo modificar o ajustar AD
<b>TCSR</b>	Clonazepam
<b>Disfunción eréctil</b>	Sildenafil Apomorfina
<b>Dolor</b>	Ajustar terapia, AINES, antidepresivos

\*Medias de comprensión, ingesta de agua, evitar el alcohol y fragmentar las comidas. AD: agonista dopaminérgico; ATC: antidepresivo tricíclico; iM AO-B: inhibidor de la monoaminoxidasa tipo B; AINES: antiinflamatorios no esteroideos; TCSR: trastorno de conducta del sueño REM.

## **Tratamiento quirúrgico**

Actualmente, la estimulación cerebral profunda (ECP) es la terapia más extendida para el tratamiento quirúrgico de la EP, aunque antes de esto la talamotomía, palidotomía y subtalamotomía eran las únicas opciones que tenían los pacientes con EP avanzada, pero fueron reemplazadas por la ECP., al mostrar menos complicaciones y necesidad de repetición, posibilidad de terapia bilateral y mejoraría las funciones motoras y no motores iguales o mayores.

Sin embargo, las intervenciones neuroablativas podrían ser consideradas en pacientes que no responden a la ECP o han tenido complicaciones por ésta, teniendo en cuenta que son menos costosas y no necesitan el seguimiento estricto de la ECP. En esta terapia de estimulación eléctrica se implanta un o más electrodos en regiones cerebrales específicas, los cuales se conectan a un marcapaso subcutáneo implantado en el pecho desde donde se modula eléctricamente los patrones de despolarización, repolarización y conducción del potencial de acción de las neuronas (13).

## **Otras terapias**

La terapia génica, terapia celular para trasplantes autólogos, trasplantes de células nigrales dopaminérgicas fetales y el uso de factores neurotróficos son posibilidades terapéuticas que llevan ya varias décadas sido evaluadas, pero se han descrito resultados variables cuando son aplicados en paciente con EP, razón por la cual es necesario aún mayor experiencia clínica.

Se debe tener en cuenta también los tratamientos no farmacológicos que incluyen la terapia física, ocupacional, del habla, de la deglución, psicológica, el entrenamiento en la marcha y equilibrio que son particularmente importantes en las fases avanzadas de la EP, razón por la cual se necesita de un equipo interdisciplinario para lograr un abordaje integral de los pacientes en EP (13).

## VII. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 75 años de edad, originaria de la ciudad de Chinameca, Veracruz. Con antecedente de Parkinson e hipertensión arterial de 14 años de evolución, con medicación para control de signos y síntomas y control con el neurólogo con cita mensual. Con cuidados individualizados en casa.

**Alergias:** Negadas.

**Transfusiones:** Negadas.

**Cirugías:** Artroplastia total de rodilla hace 20 años.

**Toxicomanías:** Negadas.

**Inmunizaciones:** Influenza anualmente

**Infectocontagiosas:** Niega.

**Enfermedades crónicas:** Parkinson diagnosticado hace 14 años, en tratamiento con Oxcarbazepina de 300mg, tomar un cuarto de tableta cada 12 horas, Biperideno 2mg, tomar una tableta cada 12 horas. Hipertensión arterial diagnosticada hace 30 años, en tratamiento con Metoprolol 100mg, tomar 1 tableta cada 24 horas.

**Exámenes complementarios:** No presenta.

### VIII. Valoración clínica de enfermería.

Datos Sociodemográfico					
Estado Civil	Estado Profesional	Vive	Tipo de vivienda	Genero	Edad
Casada	Licenciatura en enfermería.	Chinameca, Veracruz.	Casa propia	femenino	75 años.

DATOS DE SALUD							
Talla	Peso	IMC	Signos Vitales				
			T/A 1°Toma	Temp.	FC	FR	SaO2
			123/75 mmHg	36°6 C	65 xmin.	15xmin	96%

14 necesidad de Virginia Henderson		
Necesidades	Aspectos que valorar	Resultados
Oxigenación	Nivel de oxigenación (mediante el pulsímetro u oxímetro de pulso) donde se valora el tipo de nivel de oxigenación (Normal, hipoxia leve, hipoxia moderada e hipoxia grave).	El paciente cuenta con una oxigenación normal dentro de los parámetros establecidos en los niveles de oxigenación.
Nutrición	En el ámbito de la nutrición (de acuerdo con el tipo de peso, talla e IMC); en la hidratación de acuerdo con el aspecto de la orina se	El paciente se encuentra dentro del peso normal, clasificado por I.M.C. sus mucosas se encuentran hidratadas, ingiere líquidos

	<p>puede percibir (una buena hidratación se refiere una orina color paja o limonada; deshidratación aspecto como el jugo de manzana), así como se valora también la piel, mucosas orales.</p>	<p>para mantenerse en constante hidratación.</p>
<p>Eliminación</p>	<p>En la orina se evalúa características, olor, color y composición. En las heces se evalúa forma y consistencia de acuerdo con la escala de Bristol. Otros aspectos para evaluar son las lágrimas, el sudor.</p>	<p>El paciente y los familiares refieren que sus micciones son de color ámbar y café. En las evacuaciones de acuerdo con la escala de Bristol evacua como una salchicha compuesta por fragmentos.</p>
<p>Movilidad y posición</p>	<p>Movilidad se evalúa en buena (agarra de mano), regular (se tocan los dedos) y mala (no llega a mover nada). En el caso de la posición es dinámica (agacharse, correr, caminar) y en posición estática (no puede moverse).</p>	<p>La paciente tiene una movilidad regular, su posición es dinámica ya que al caminar requiere de apoyo ya sea de un familiar o de un aparato como andadera, movimientos son lentos pero persistentes.</p>
<p>Sueño y Descanso</p>	<p>En el ámbito de sueño se evalúa edad, antecedentes familiares y genéticos, entorno, estilo de vida,</p>	<p>Sus familiares refieren que duerme 8 horas, por la tarde regularmente toma siestas de 45 a 60 minutos,</p>

	sexualidad, horas para dormir. En el descanso se enfoca en físico, mental, sensorial, emocional y social.	su entorno es en armonía, siempre se encuentra rodeada de un familiar o un acompañante.
Vestimenta	Se enfoca si esta persona realiza esta actividad solo, si su ropa es adecuada a su edad, si utiliza algún	El paciente requiere de ayuda para poder vestirse. Refiere usar ropa cómoda para estar en casa y ropa formal para salir dependiendo la ocasión.
Termorregulación	Se mide mediante termómetro digital o de mercurio, De acuerdo la escala de termorregulación.	Presenta una temperatura corporal de 36.6° C, lo que nos indica que su termorregulación esta normal, tomada por termómetro digital.
Higiene	Se evalúa la bucal, corporal y la genital. Esto nos ayuda prevenir ciertas infecciones que pueden poner en riesgos nuestra salud.	El aseo bucal lo realiza dos veces al día, un baño diario en el cual se le asiste para llevarlo a cabo. Se realiza una buena higiene después de cada micción o evacuación.
Peligros	Riesgo de caída mediante la escala de Downton se evalúa por caídas previas, edad, medicamentos, déficit	El paciente de acuerdo con la Escala de Riesgo de Caída de Downton tiene alto riesgo ya que tiene

	<p>sensorial, estado mental y deambulaci3n.</p> <p>Riesgo de ulcera por presi3n de Braden evalúa percepci3n sensorial, exposici3n de la piel a la humedad, actividad f3sica, movilidad y nutrici3n, roce y peligros de lesiones cutáneas.</p>	<p>antecedentes de caídas previas, medicamentos anti parkinsonianos, su deambulaci3n es segura con ayuda y en ocasiones su estado mental puede ser confuso.</p> <p>En la escala de braden su riesgo es bajo ya que su percepci3n sensorial es ligeramente limitada, la exposici3n a la humedad es de manera ocasional, en su actividad f3sica deambula ocasionalmente con ayuda siempre de un familiar, acompaãante o un aparato de apoyo como andadera.</p>
Comunicaci3n	Efectiva, verbal, con seãales.	El paciente refiere por medio del habla todas sus necesidades, pero de igual manera el familiar es de gran importancia para comunicar alg3n riesgo que ponga en peligro su estado de salud.
Valores y Creencias	Religi3n. Espiritualidad	Profesa la religi3n cat3lica, no acude a una iglesia con frecuencia, pero si escucha

		la misa a través de la televisión de manera diaria.
Trabajar	Dedicación, profesión.	En la actualidad ya no ejerce su profesión. Su economía depende de su Jubilación de Petróleos Mexicanos.
Actividad Recreativa	Si realiza alguna actividad, como dibujar, caminar, algún ejercicio, manualidades.	La paciente lleva una rutinaria en la cual refiere ver televisión y escuchar música, su familiar le realiza de manera diaria ejercicios en sus extremidades superiores e inferiores.
Aprender	Sobre su estado físico, emocional y de salud.	El paciente recibe información sobre su estado de salud cada que acude a consulta, se le explica a detalle para que pueda entender. Se le aclaran sus dudas a él y sus familiares.

## **IX. DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL DOMINIO Y CLASE ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNOSTICO ENFERMERO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenina de 75 a.</li> <li>- APP: Parkinson 14 años de evolución.</li> <li>- Movilidad irregular</li> <li>- Camina con apoyo</li> <li>- Utiliza andadera para deambular</li> <li>- Movimientos lentos.</li> <li>- Requiere ayuda para vestirse, baño diario</li> <li>- Alto riesgo de caída según escala da Downton.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-APP: Parkinson 14 años de evolución.</li> <li>-Movimientos lentos.</li> <li>- Movilidad irregular</li> <li>- Camina con apoyo</li> <li>-Utiliza andadera para deambular</li> </ul>	Real	<p>Dominio 4 actividad/reposo</p> <p>Clase 2 actividad/ejercicio</p>	Deterioro de la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución del control muscular</li> <li>-Disminución de la fuerza muscular</li> <li>-Enfermedad neuromuscular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución de la amplitud de movimiento.</li> <li>-movimientos lentos</li> <li>- alteración de la marcha.</li> </ul>	<p>Deterioro de la movilidad física r/c disminución del control muscular, disminución de la fuerza muscular y Enfermedad neuromuscular m/p disminución de la amplitud de movimiento, movimientos lentos y alteración de la marcha.</p>

NIVEL: Segundo	ESPECIALIDAD: Neurología /medicina interna	SERVICIO: Medicina interna	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
			PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 4 actividad/reposo CLASE: 2 actividad/ejercicio		RESULTADOS (NOC)		INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)		DOMINIO: I salud fisiológica	CLASE: C Movilidad			
Deterioro de la movilidad física r/c disminución del control muscular, disminución de la fuerza muscular y Enfermedad neuromuscular m/p disminución de la amplitud de movimiento, movimientos lentos y alteración de la marcha.		Movilidad (0208)		Se mueve con facilidad (020814)	Gravemente comprometido 1	Mantener a: 2 Aumentar a: 3
				Marcha (020810)	Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3	
				Ambulación (020806)	Levemente comprometido 4 No comprometido 5	Mantener a: 2 Aumentar a: 3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA
<b>DOMINIO: 1 Fisiológico Básico Clase</b> <b>CLASE: A Control de Actividad</b>	<b>GPC Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson: Inicial y avanzada en el tercer nivel de atención.</b>
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Terapia de ejercicios: control muscular.</b>	
<p>-Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción)</p> <p>-Vestir al paciente con prendas cómodas.</p> <p>-Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.</p> <p>-Ayudar al paciente a colocarse en sedestación/bipedestación para el protocolo de ejercicios, según corresponda.</p> <p>-Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo</p> <p>-Aconsejar al paciente que se use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.</p> <p>-Ayudar al paciente al paciente en el traslado, cuando sea necesario.</p> <p>-Remitir a la fisioterapia y/o terapia ocupacional para los ejercicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento de enfermedad de Parkinson debe ser: Precoz, integral, a través de un equipo multidisciplinario, mantenerse a lo largo de la vida y contar con apoyo familiar y social.</li> <li>• En los pacientes con mayor edad que presentan como síntomas inicial rigidez o hipocinesia se puede predecir una mayor tasa de progresión motora.</li> <li>• La edad avanzada junto con rigidez inicial o hipocinesia puede ser usada como predictor deterioro cognitivo y demencia.</li> <li>• El objetivo es maximizar la funcionabilidad y minimizar las complicaciones secundarias. Incluye rehabilitación del movimiento, estímulos auditivos, ejercicios para mejorar la marcha. En estadios avanzados se debe mejorar buscar la rigidez y la marcha.</li> </ul>

<b>DATOS SIGNIFICATIVOS</b>	<b>AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>	<b>TIPO DE DIAGNOSTICO</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL DOMINIO Y CLASE ALTERADO</b>	<b>CATEGORÍA DIAGNOSTICA</b>	<b>FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>	<b>DIAGNOSTICO ENFERMERO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenina de 75 a.</li> <li>- APP: Parkinson 14 años de evolución.</li> <li>- Movilidad irregular</li> <li>- Camina con apoyo</li> <li>- Utiliza andadera para deambular</li> <li>- Movimientos lentos.</li> <li>- Requiere ayuda para vestirse, baño diario</li> <li>- Alto riesgo de caída según escala da Downton.</li> </ul>	<p>-APP: Parkinson 14 años de evolución.</p> <p>-Movilidad irregular</p> <p>-Camina con apoyo</p> <p>-Utiliza andadera para deambular</p> <p>-Movimientos lentos.</p>	Real	<p>Dominio 4 actividad y ejercicio</p> <p>Clase 2 actividad/ejercicio</p>	Deterioro de la ambulaci3n	<p>Fuerza muscular insuficiente</p> <p>Enfermedades neuromusculares</p>	Dificultad para caminar una requerida distancia.	<p>Deterioro de la ambulaci3n r/c</p> <p>Fuerza muscular insuficiente y enfermedades neuromusculares m/p dificultad para caminar una requerida distancia.</p>

NIVEL: Segundo	ESPECIALIDAD: Neurología/Medicina Interna	SERVICIO: Medicina interna	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
			PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 4 actividad/reposo CLASE: 2 actividad/ejercicio			RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)			DOMINIO 1 salud funcional	CLASE: C movilidad		
Deterioro de la ambulación r/c Fuerza muscular insuficiente y enfermedades neuromusculares m/p dificultad para caminar una requerida distancia.			Ambular (0200)	Camina con marcha eficaz (020002)	Gravemente comprometido 1	Mantener a: 1 Aumentar a: 3
				Se adapta a diferentes tipos de superficie (020016)	Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA
<b>DOMINIO: 1 Fisiológico Básico Clase</b> <b>CLASE: A Control de Actividad</b>	<b>GPC Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson: Inicial y avanzada en el tercer nivel de atención.</b>
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Terapia de ejercicio de ambulación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir al paciente con prendas cómodas</li> <li>• aconsejar al paciente a que use calzado que facilite la deambulaci3n</li> <li>• Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n.</li> <li>• Aplicar /proporcionar un dispositivo de ayuda(andadera)</li> <li>• Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n segura.</li> <li>• Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.</li> <li>• Animar al paciente a que este levantado seg3n le apetezca si es apropiado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El diagn3stico cl3nico de la enfermedad de Parkinson debe realizarse por un especialista en movimientos anormales o un neur3logo con experiencia en la misma.</li> <li>• El tratamiento de la enfermedad de Parkinson debe ser: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Precoz</li> <li>2. Integral</li> <li>3. A trav3s de un equipo multidisciplinario</li> <li>4. Mantenerse a lo largo de la vida</li> <li>5. Contar con apoyo familiar y social</li> </ol> </li> <li>• Con el prop3sito de dar cumplimiento a los criterios de inclusi3n y exclusi3n una metodolog3a estricta y multidisciplinaria debe ser llevada a cabo con la intervenci3n de un equipo integrado por neur3logos, psiquiatras, neuropsic3logos y neurocirujanos, todos con experiencia en el manejo de estos pacientes.</li> <li>• La edad avanzada junto con rigidez inicial o hipocinesia puede ser usada como predictor del deterioro cognitivo y demencia.</li> </ul>

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL DOMINIO Y CLASE ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNOSTICO ENFERMERO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenina de 75 a.</li> <li>- APP: Parkinson 14 años de evolución.</li> <li>- Movilidad irregular</li> <li>- Camina con apoyo</li> <li>- Utiliza andadera para deambular</li> <li>- Movimientos lentos.</li> <li>- Requiere ayuda para vestirse, baño diario</li> <li>- Alto riesgo de caída según escala da Downton.</li> </ul>	<p>-APP: Parkinson 14 años de evolución. -Movilidad irregular -Movimientos lentos. -Alto riesgo de caída según escala da Downton</p>	Riesgo	<p>Dominio 4 actividad/reposo</p> <p>Clase 2 actividad/ejercicio</p>	Riesgo de síndrome de desuso	<p>Parkinson</p> <p>Disminución del nivel de movimiento</p>	N/A	Riesgo de síndrome de desuso r/c Parkinson, disminución del nivel de movimiento

NIVEL: Segundo	ESPECIALIDAD: Neurología/medicina interna	SERVICIO: Medicina interna	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
			PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 4 actividad/reposo CLASE: 2 actividad/ejercicio		RESULTADOS (NOC)		INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)		DOMINIO 1 salud funcional	CLASE: C movilidad			
Riesgo de síndrome de desuso r/c Parkinson, disminución del nivel de movimiento.		Consecuencia de la movilidad: fisiológica (0204)		Fuerza muscular (020411)	Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 ninguno 5	Mantener a: 2 Aumentar a: 3
				Tono musclas (020412)		Mantener a: 2 Aumentar a: 3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA
<b>DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo</b> <b>CLASE: I Control neurológico</b>	<b>GPC Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Parkinson: Inicial y avanzada en el tercer nivel de atención.</b>
<b>INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Monitorización neurológico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha y la propiocepción, comparando ambos lados del cuerpo simultáneamente.</li> <li>• Monitorizar fuerza de agarre comparando ambos lados del cuerpo</li> <li>• Monitorizar temblor, comparando ambos</li> <li>• Notificar al médico los cambios en el estado del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las distonías matutinas pueden manejarse mediante dosis adicionales de levodopa o agonista dopaminérgico por la noche.</li> <li>• La aplicación de toxina botulínica puede considerarse en aquellos pacientes con distonía dolorosa que no responden a las estrategias farmacológicas.</li> <li>• Actualmente el estándar de oro de la estimulación cerebral profunda para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson es la implantación bilateral de electrodos en el núcleo subtalámico (NST),</li> <li>• El seguimiento del paciente por parte del neurólogo debe ser prolongado, con el conocimiento del paciente, la historia de su enfermedad, la respuesta a los medicamentos, las complicaciones secundarias a la administración crónica de los medicamentos, el entorno familiar y social del paciente.</li> <li>• La estimulación profunda mejora los síntomas motores cardinales de la enfermedad de Parkinson como los son el temblor, la rigidez y la bradicinesia.</li> </ul>

## **X.EVOLUCIÓN**

Paciente estable, con cuidados de enfermería en casa, con control mensual con su neurólogo y fisioterapeuta para valoración del desarrollo de su enfermedad, así mismo con revisión semanal de su médico general para valoración de estado fisiológico y control de signos vitales diarios y ejercicios de movilización.

Continúa con su tratamiento farmacológico:

- Oxcarbazepina de 300mg, tomar un cuarto de tableta cada 12 horas,
- Biperideno 2mg, tomar una tableta cada 12 horas.
- Metoprolol 100mg, tomar 1 tableta cada 24 horas.

Se educa al familiar acompañante sobre la enfermedad de Parkinson y su evolución; así mismo para mecánica corporal a la hora de ayudar a movilizar al paciente de manera correcta y más cómoda para ambos.

## XI. PLAN DE ALTA

Recomendaciones de acuerdo con las 14 necesidades de Virginia Henderson.

### **Cuidados de Enfermería:**

- 1. Oxigenación:** Se recomienda la constante vigilancia de la saturación oxigenación y frecuencia respiratoria de la paciente para detectar cualquier alteración de respiración y por ende de su oxigenación en la sangre, ya sea por movimiento involuntario musculo esquelético o neurológico. Se recomienda colocar al paciente en una posición que favorezca la respiración.
- 2. Nutrición e hidratación:** Se recomienda acudir al nutriólogo para llevar una dieta adecuada a su padecimiento, rica en fibra y que el agua sea la suficiente para favorecer el tránsito intestinal, debido a que los pacientes que padecen Parkinson suelen sufrir de estreñimiento como complicación en la progresión de su enfermedad.
- 3. Eliminación:** Se recomienda el correcto aseo del área genital del paciente, debido a que a su deficiencia motriz no es posible hacerlo por sí misma. Vigilar la consistencia y la frecuencia de las evacuaciones para detectar a tiempo cualquier anomalía de salud, para evitar compactación de heces por la falta de movilidad del paciente.
- 4. Movilidad y Posición:** El paciente requiere especial atención en la movilidad y traslado del mismo, debido a la pérdida de fuerza muscular. Se educa al familiar para evitar el riesgo de caídas, además de la mecánica corporal para su correcta movilización. Vigilar si la paciente adopta posiciones de rigidez, a la edad avanzada junto con rigidez inicial o

hipocinesia puede ser usada como predictor de deterioro cognitivo y demencia.

- 5. Sueño y Descanso:** Se recomienda que el paciente duerma de 8 a 10 horas, para mantener su descanso en óptimas condiciones, y procurar que tenga siestas de 30 min. A una 1 hora diaria durante el día. Recordemos que por sí solo, el adulto mayor suele tener alteraciones del sueño, esto se debe a que cambia su patrón de sueño. Cuando se realice algún tipo de actividad física o de movilización se recomienda tomar pequeñas pausas entre cada una, para evitar alteración en la respiración o la presión arterial.
- 6. Vestimenta:** Se recomienda que la paciente vista con ropa cómoda, holgada y propia a la época, porque los pacientes de Parkinson pueden presentar alteraciones en la termorregulación. Además de que sea ropa fácil de colocar y retirar para más comodidad del paciente y del cuidador.
- 7. Termorregulación:** Como se mencionó anteriormente, los pacientes con Parkinson pueden ver afectada su centro de termorregulación, por eso se recomienda vigilancia de signos vitales, entre los que destacan la temperatura corporal, mantener fresco en verano y abrigado en invierno.
- 8. Higiene:** Se debe apoyar al paciente a realizar sus actividades propias de autocuidado como lo son: el baño diario, el aseo de genitales, cambio de ropa, lavado bucal y limpieza de uñas y pliegues del cuerpo, para evitar cualquier rozadura o infección, tomando en cuenta que por la edad y padecimiento la paciente ya no lo puede hacer por sí misma.
- 9. Peligros:** Uno de los principales peligros de cuales se enfrenta un paciente geriátrico con la enfermedad subyacente de Parkinson, son el riesgo de caídas, y debido a los antecedentes de nuestra paciente, se recomienda

ampliamente el uso de barandales en cama, una cama baja y piso y tapetes antiderrapantes en baños y regaderas.

**10. Comunicación:** Se espera que los cuidadores tengan una correcta comunicación con el paciente, que sea amable y entendible para que se sienta en confianza de comunicar cualquier tipo de malestar e incomodidad y poder detectar a tiempo cualquier anomalía de salud o progreso de su enfermedad.

**11. Valores y creencias:** Se sugiere que la paciente no pierda su Fe, ya que como seres humanos, necesitamos creer en algo o aferrarnos a algo que nos ayude a sobre llevar los pesares o circunstancias de la vida. Una manera de apoyar en esta necesidad es leyéndole un pasaje bíblico, apoyar con algún tipo de oración o programa religioso, según ella pida o requiera, de acuerdo a su necesidad espiritual, siempre respetando su creencia, valores y convicciones.

**12. Trabajar:** Debido a la edad y condición patológica de nuestra paciente, resulta muy complicado que ella siga laborando de alguna manera, así que se le orienta al disfrute de su descanso y fin de su etapa laboral, aprovechando el fruto de los años de su trabajo como lo es su jubilación.

**13. Actividades recreativas:** En los adultos mayores, en ocasiones les resulta muy difícil ejecutar una actividad recreativa, debido a su fragilidad muscular y esquelética o cognitiva. En el caso especial de nuestra paciente, se recomiendan ejercicios o actividades que mantengan activa su mente, como la lectura, crucigramas, sopas de letras o programas televisivos, de acuerdo a su preferencia.

**14. Aprender:** Resulta muy difícil que en la etapa senil se aprenden cosas nuevas, debido al cansancio físico y deterioro cognitivo, pero se alienta a que al paciente se le den los datos más precisos y correctos sobre su condición para que mejore su autocuidado.

## **XII.CONCLUSIONES**

El proceso de Atención de Enfermería, nos permite tener un conocimiento más amplio y preciso sobre el padecimiento o patología aqueja a nuestro paciente, en esta ocasión nos permitió conocer aspectos epidemiológicos a nivel mundial, nacional, y estatal sobre la enfermedad de Parkinson, además de obtener conocimientos más amplios sobre su fisiopatología motora y no motora, lo que nos ayuda a identificar en que aspectos centrar cada fase de nuestra valoración y así mismo enfocar nuestros cuidados a la mejora de su salud, esto con ayuda de las intervenciones de NIC.

Como personal de salud es de suma importancia estar actualizado y a la vanguardia de los avances médicos, teóricos y de cuidados de cualquier tipo de enfermedad para poder proporcionar los cuidados idóneos a cada uno de los pacientes que vayamos tratando a lo largo de nuestra carrera profesional y prevenir cualquier complicación que desencadene una incapacidad o la muerte.

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ASISTENCIA MEDICA LEGAL. DESCUBRE LA FASCINANTE HISTORIA DE LA ENFERMERIA [INTERNET]. ASISMEDL.2023 [CITADO 20 JULIO 2024]. DISPONIBLE EN: <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/descubre-la-fascinante-historia-de-la-enfermer%C3%ADa>

2. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V., Ramos-Cedeño L., Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. [Internet]. Aquichàn Agosto 2009. [citado 27 julio 2024]; 9(2): 127-134. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en).

3. BELLIDO VJ, RIOS AA., & FERNANDEZ S,S. MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON. PROCESO ENFERMERO DESDE EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON Y LOS LENGUAJES NNN [INTERNET]. ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE JAEN. [RECUPERADO 13 DE FEBRERO DE 2024]. DISPONIBLE EN: <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

4. BENEGAS, E. FRECUENCIA DE ANTEPULSIÓN CEFÁLICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA, FACTORES Y SÍNTOMAS ASOCIADOS. SCIELO.2020.[RECUPERADO EL 18 ABRIL 2024] DISPONIBLE: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2413-43412020000100017#:~:text=La%20antepulsi%C3%B3n%20cef%C3%A1lica%20se%20define,de%20la%20columna%20cervical%20superior](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-43412020000100017#:~:text=La%20antepulsi%C3%B3n%20cef%C3%A1lica%20se%20define,de%20la%20columna%20cervical%20superior).

5. CABAL, EV. Y GUARNIZA , TM. ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA.[INTERNET]. DIANELT. REVISTA COLOMBIANA DE ENFERMERIA 2006.[RECUPERADO 13 FEBRERO 2024]. DISPONIBLE EN: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>

6. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. DICONARIO MEDICO.[RECUPERADO 2024] DISPONIBLE EN: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionariocancer/def/enfermedad-de-alzheimer>

7. CONNECT, E. TEORIA DE LA ENFERMERIA COMO CUIDADO: UN MODELO PARA TRANSFORMAR LA PRACTICA. [INTERNET]. ELSEVIER CONNECT 2022. [RECUPERADO 13 FEBRERO 2024] DISPONIBLE EN: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/teoria-de-la-enfermeria-como-cuidado-un-modelo-para-transformar-la-practica>

8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ENFERMEDAD DE PARKINSON. [INTERNET]. OMS 2023. [CITADO 9 AGOSTO 2023]. DISPONIBLE EN: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease#.text=La%20prevalencia%20de%20la%20enfermedad,de%20personas%20con%20esta%20enfermedad>.

9. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. [INTERNET]. DEL 2014. [CITADO OCTUBRE 2014]. DISPONIBLE EN: <https://dle.rae.es/>

10. FREIRE FG., GARCIA TL., MUÑIZ GG., REBOLLEDO MD., GARCIA MM., Y RODRIGUEZ OC. ENFERMERIA COMO DISCIPLINA CIENTIFICA Y HUMANISTICA. [INTERNET] REVISTA CIENTIFICA DE ENFERMERIA 2021. [CITADO 13 FEBRERO 2024] DISPONIBLE EN: <https://doi.org/10.14198/recien.20803>

11. GALVEZ, RE. Y SOLIS CL. EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.[INTERNET] CODEM 2007. [RECUPERADO 13 FEBRERO 2024] DISPONIBLE EN: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO CONGRESO GRAFICA AJUSTADA.pdf>

12. JUÁREZ- RODRÍGUEZ, PA. Y GARCÍA-CAMPOS ML. LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA. [INTERNET]. REVISTA DE ENFERMERÍA INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. [CITADO MEDIGRAPHIC, 2009]. DISPONIBLE EN: <HTTPS://WWW.MEDIGRAPHIC.COM/PDFS/ENFERMERIAIMSS/EIM-2009/EIM092J.PDF>

13. HURTADO, F. Y CARDENAS, N. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: ETIOLOGIA, TRATAMIENTOS Y FACTORES PREVENTIVOS. [INTERNET] UNIVERSITAS PSYCHOLOGICA 2016. [Recuperado el 09 de FEBRERO de 2024]. DISPONIBLE EN: <https://www.redalyc.org/journal/647/64750042012/64750042012.pdf>

14. IMSS. *PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN EL ANCIANO.*[INTERNET]. INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL 2011. COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD . MÉXICO : DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLINICA . DISPONIBLE EN: [https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER\\_0.pdf](https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER_0.pdf)

15. MARÍN , D., CARMONA VH., IBARRA QM., Y GAMEZ CM. ENFERMEDAD DE PARKINSON: FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. [INTERNET].SCIELO. [CITADO MARZO 2018]. DISPONIBLE EN: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v50n1/0121-0807-suis-50-01-00079.pdf>

16. MARTINEZ FR., SALAS CC., SANCHEZ FA. Y OBESO, J. ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON: UNA REVISION. [INTERNET]. REVISTA MEDICA DE LAS CONDES[CITADO 3 MAYO 2016]. DISPONIBLE EN: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372>

17. MARTINEZ RD., RODRIGUEZ VM., VELAZQUEZ AE., CERVANTES AA., GONZALEZ CA., CORONA, T. Y VELASQUEZ PL.[ INTERNET]. INCIDENCIA Y DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN MÈXICO. SCIELO 2022. [CITADO 15 AGOSTO 2022]. DISPONIBLE EN: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342020000600873](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600873)

18. MEXICO, GD. PARKINSON, SEGUNDA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA MAS FRECUENTE EN PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS. [INTERNET]. INSTITUTO NACIONAL DE LAS PEROSNAS ADULTAS MAYORES, DEPARTAMENTO DE SALUD, MEXICO, 2009. DISPONIBLE EN: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/parkinson-segunda-enfermedad-neurodegenerativa-mas-frecuente-en-personas-mayores-de-50-anos?idiom=es>

19. NAVARRA, CU. DICCIONARIO MEDICO. [INTERNET]. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. [CITADO 18 ABRIL 2024]. DISPONIBLE EN: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/acinesia>

20. SECRETARIA DE SALUD. LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. [INTERNET]SECRETARIA DE SALUD. [CITADO 11 ABRIL 2018] DISPONIBLE EN: <https://www.gob.mx/salud/articulos/62021>.

21. RODRIGUEZ VM., VILLAR VA., VALENCIA RC. Y CERVANTES A A. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN MEXICO.[INTERNET]. MEDIGRAPIC 2011 DISPONIBLE EN: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane112d.pdf>

22. SAAVEDRA MORENO, JS., MILLAN, PA. Y BURITICA HENAO, OF. INTRODUCCIÓN, EPIDEMIOLOGIA Y DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. [INTERNET] SCIELO 2019. [CITADO 24 JULIO 2019]. DISPONIBLE EN: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482019000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482019000500002&script=sci_arttext)

23. OMS. TRASTORNOS NEUROLOGICOS: DESAFIOS PARA LA SALUD PÚBLICA. [INTERNET] PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. PAHO. 2008. [CITADO 2008] DISPONIBLE EN: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008trastornos\\_Neurologicos.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008trastornos_Neurologicos.pdf)

24. SALUD, SD. (2010). ENFERMEDAD DE PARKINSON. GPC. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON INICIAL Y AVANZADA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. [INTERNET]. SECRETARIA DE SALUD , CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL . MÉXICO : CENETEC. [CITADO 2010]. DISPONIBLE EN: <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-153-08/RR.pdf>

25. SANCHEZ, M. CONOCES A ALGUIEN CON PARKINSON? VERACRUZ ES SEGUNDO LUGAR EN CASOS. [INTERNET]. DIARIO DE XALAPA. [CITADO 11 ABRIL 2023] DISPONIBLE EN: <https://www.diariodexalapa.com.mx/local/cifras-de-mal-de-parkinson-en-veracruz-en-2023-9897317.html#!>

26. SOLIS, O. CARACTERISTICAS NEUROPSICOLOGICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.[INTERNET]. REVISTA DE NEUROLOGIA, [CITADO 17 ENERO 2000]. DISPONIBLE EN: <http://aemep.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/Caracteristicas%20neuropsicologicas%20de%20la%20enfermedad%20de%20parkinson.pdf>

27. WATSON, J. CLARIFICANDO LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERIA COMO FUNDAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA PROFESIONAL. [INTERNET]. SCIELO 2017. DISPONIBLE EN: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gsdWKvGVzYJVjvYkPjv8Lkq/?lang=es&format=pdf>

#### **XIV. GLOSARIO DE TÉRMINO**

1. Acinesia: Falta, pérdida o cesación del movimiento (17).
2. Ageusia: Pérdida o disminución del sentido del gusto (17).
3. Alzheimer: Trastorno del cerebro que, por lo general, comienza al final de la edad madura o en la edad avanzada, y empeora con el paso del tiempo. Los síntomas incluyen pérdida de la memoria, confusión, problemas para pensar y cambios en el lenguaje, la conducta y la personalidad. También se llama demencia de Alzheimer (8).
4. Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer en la realización de actividades que habitualmente generan sensaciones placenteras (17).
5. Anosmia: Pérdida o disminución del sentido del olfato (17).
6. Anteropulsión cefálica: Alteración biomecánica en el plano frontal donde se interioriza la cabeza con respecto al tronco y existe hipotonía en la cadena muscular cervical posterior y una hiperextensión de la columna cervical. Superior (5).
7. Apatía: Indiferencia afectiva, ausencia de actividad espontánea. Se observan múltiples cuadros psicopatológicos (17).
8. Bradicinesia: Lentificación de los movimientos, especialmente de los movimientos voluntarios complejos. Es características de las alteraciones de los ganglios basales, especialmente del sistema nigroestriado, y propia de la enfermedad de Parkinson (17).

9. Crisis oculógiras: Convulsión tónica de desviación conjugada de la mirada que aparece en casos de encefalitis epidémicas o con un origen desconocido (17).

10. Evocación: Una de las fases del proceso de la memoria en la que, de forma espontánea o voluntaria, se hace presente algún material almacenado en la misma (17).

11. Demencia: Afección por la cual una persona pierde la capacidad de pensar, recordar, aprender, tomar decisiones y resolver problemas. Los síntomas pueden incluir cambios en la personalidad y problemas emocionales. Existen muchas causas de demencia como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, el cáncer de cerebro y las lesiones cerebrales. Por lo general, la demencia empeora con el paso del tiempo (8).

12. Disartria: Dificultad para la articulación de palabras, debido habitualmente a un daño neurológico central o periférico (17).

13. Discinesias: Alteración de los movimientos. Se utiliza especialmente para referirse a los movimientos anormales involuntarios, presentes en numerosas enfermedades neurológicas (17).

14. Disfagia: Dificultad para deglutir o tragar alimentos, provocada por la obstrucción mecánica del esófago o por trastornos motores de la faringe o del esófago, que impiden propulsar adecuadamente el bolo alimenticio por el esófago (17).

15. Encefalitis: Afección poco frecuente por la que se inflaman los tejidos del encéfalo. La causa de la encefalitis a menudo es una infección vírica, pero también tiene otras causas como bacterias o parásitos, cáncer, ciertos medicamentos o toxinas. Los signos y síntomas incluyen fiebre, dolores de cabeza, dolores en las articulaciones o los músculos, pérdida del apetito,

cansancio, debilidad, confusión, cambios de comportamiento, convulsiones y problemas para ver, hablar o moverse. Los bebés y niños pequeños a veces tienen náuseas, vómitos, rigidez del cuerpo, problemas de alimentación e irritabilidad. La mayoría de los pacientes tienen síntomas leves, pero en ocasiones son graves o potencialmente mortales. También se llama cerebritis (8).

16. Nosológica: Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades (5).

17. Espasticidad: Tipo de hipertonia muscular que se caracteriza por el aumento de la resistencia (velocidad-dependiente) directamente proporcional a la velocidad, que ofrece un músculo o grupo muscular a su estiramiento pasivo (17).

18. Fenotipo: Manifestación variable del genotipo de un organismo en un determinado ambiente (5).

19. Hidrocefalia: Acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos del cerebro (8).

20. Hiperhidrosis: es un aumento de la sudoración de determinadas áreas del cuerpo, resultado de un incremento en la secreción de las glándulas sudoríparas (17).

21. Hipertensión arterial: Presión arterial de 140/90 o más alta. Por lo general, la hipertensión no tiene síntomas. Puede dañar las arterias y causar un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, insuficiencia renal y ceguera. También se llama hipertensión arterial y presión arterial alta (8).

22. Ortostática: Posición de pie y erecta (17).

23. Hiperuricemia: Acumulación de ácido úrico (un subproducto del metabolismo) en la sangre. La hiperuricemia es un efecto secundario de algunos medicamentos contra el cáncer (8).

24. Hipofonía: Debilidad anormal en el volumen o timbre de la voz debido a una falta de coordinación de los músculos del habla (17).

25. Hipomimia: Disminución o ausencia de la expresión mímica, tanto en gestos como en movimientos, que acompañan a ciertos trastornos psicopatológicos, especialmente a los que cursan estados depresivos (17).

26. Hiposmia: Disminución o déficit del sentido del olfato (17).

27. Homeostasis: Estado de equilibrio entre todos los sistemas del cuerpo necesarios para sobrevivir y funcionar de forma adecuada. Para mantener la homeostasis y responder a los cambios internos y externos, el cuerpo ajusta de manera constante los valores de ácido, presión arterial, azúcar en la sangre, electrolitos, energía, hormonas, oxígeno, proteínas y temperatura. De esta manera se logra mantener esos valores dentro de los límites normales. También se llama equilibrio homeostático y homeostasia (8).

28. Idiopática: Describe una enfermedad de origen desconocido (8).

29. Incontinencia: Incapacidad de controlar el flujo de la orina desde la vejiga (incontinencia urinaria) o la salida de heces del recto (incontinencia fecal) (8).

30. Levodopa: Forma levógiara de la dihidroxifenilalanina que se emplea en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (17).

31. Micrografía: Disminución del tamaño de la escritura. Se puede observar en algunas enfermedades de los ganglios basales, como la enfermedad de Parkinson (17).

32. Palidotomía: La palidotomía es un procedimiento neuroquirúrgico que implica la destrucción selectiva de una parte del globo pálido, una estructura ubicada en los ganglios basales del cerebro (17).

33. Parálisis supranuclear de la mirada: es un trastorno del cerebro poco común, que afecta el movimiento, el equilibrio y el control para caminar (la marcha), el habla, la deglución, la visión, el estado de ánimo y comportamiento, y el pensamiento (8).

34. Paresia: La paresia, en el campo de la Medicina, se refiere a una debilidad parcial o ligera en uno o más músculos. Este término se diferencia de la parálisis, que es una pérdida total de la función muscular. La paresia puede afectar cualquier parte del cuerpo y es un síntoma común de una variedad de condiciones neurológicas y musculares (17).

35. Parestesias: Sensaciones anormales de tacto, como ardor o picadura, que se presentan sin estímulo exterior (8).

36. Profilaxis: Intento de prevenir las enfermedades (8).

37. Reflujo: Flujo de líquido que retrocede desde el estómago al esófago (8).

38. Retropulsión: La retropulsión, en anatomía funcional, es un movimiento que empuja un miembro - el brazo o la pierna - en posterior del plano sagital del cuerpo (5).

39. Sialorrea: La sialorrea, también conocida como hipersalivación o ptialismo, se refiere a la producción excesiva de saliva por las glándulas salivales, o a la incapacidad para retener la saliva en la boca, que puede resultar en una salida constante o periódica de saliva de la boca (17).

40. Signo de babinski: Es un reflejo patológico que se puede observar durante la evaluación del sistema nervioso. Se trata de un cambio en la respuesta normal del reflejo plantar, en el cual la extensión del dedo gordo del pie (movimiento hacia arriba) y la abducción (separación) de los otros dedos del pie ocurren en respuesta a la estimulación de la cara lateral de la planta del pie (17).

41. Disautónómicos: Afección de la parte del sistema nervioso llamada sistema nervioso autónomo (SNA). El SNA controla muchos procesos automáticos vitales para el organismo, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la respiración, la temperatura corporal, la digestión, la transpiración, la micción (acción de orinar) y la respuesta sexual. Una disautonomía puede afectar todo el SNA o una parte de este, y a veces causa problemas graves, como alteraciones del corazón y la presión arterial, dificultades para respirar o tragar, e impotencia en los hombres. Hay muchos tipos de disautonomías. Es posible que sean hereditarias o causadas por una lesión, o por afecciones como la diabetes, la enfermedad de Parkinson, una enfermedad autoinmunitaria o el alcoholismo. En ocasiones, la causa es desconocida. También se llama disfunción neurovegetativa y trastorno del sistema nervioso autónomo (8).

42. Somnolencia: La somnolencia, una sensación comúnmente experimentada por la población en general, se define como una inclinación o deseo fuerte y a menudo irresistible de dormir. Esta sensación puede variar en gravedad desde una ligera fatiga hasta una necesidad abrumadora de dormir. Mientras que la somnolencia puede ser una respuesta normal y saludable al cansancio o a la falta de sueño, cuando se presenta con frecuencia o en situaciones

inapropiadas, puede ser indicativo de un trastorno del sueño o de otra condición médica subyacente (17).

43. Subtalamotomía: La subtalamotomía es un procedimiento quirúrgico cerebral realizado para aliviar ciertos tipos de enfermedades neurológicas, particularmente los trastornos del movimiento como la enfermedad de Parkinson. La palabra 'subtalamotomía' deriva del latín 'sub', que significa 'bajo' o 'debajo', y 'talamo', que se refiere al tálamo, una estructura del cerebro que juega un papel crucial en el procesamiento y transmisión de la información sensoriomotora. La terminación '-tomía' se refiere a la incisión o corte, de manera que una 'subtalamotomía' implica una incisión en la región subtalámica del cerebro (17).

44. Talamotomía: La talamotomía es un procedimiento neuroquirúrgico altamente especializado que se centra en una estructura cerebral conocida como tálamo. Situado profundamente en el cerebro, el tálamo es fundamental en el procesamiento y la modulación de las señales sensoriales y motoras, así como en la regulación de la conciencia, el sueño y la vigilia (17).

45. Terapia génica: Tipo de tratamiento experimental en el que se modifican los genes en las células del cuerpo, por ejemplo, se introduce un gen nuevo, o se toma un gen que tiene una mutación (cambio) y se repara o se reemplaza con uno nuevo. La terapia génica se utiliza para la prevención o el tratamiento de ciertas enfermedades, como el cáncer. También es posible usarla para enseñarle al sistema inmunitario del cuerpo a reconocer y atacar células cancerosas o a proteger las células sanas de los efectos del tratamiento del cáncer. Este tipo de terapia está en estudio para el tratamiento de algunos tipos de cáncer. También se llama genoterapia, terapia con genes y tratamiento génico (8).

46. Xerostomía: Sensación de sequedad en la boca. Se produce cuando el cuerpo no puede elaborar suficiente saliva (8).

