



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de enfermería en paciente con Parkinson en
etapa avanzada sometido a estimulación cerebral

Nursing Care Plan in Patients with advanced Parkinson's disease undergoing
brain simulation

Autora

Julia León Puértolas

Directora

Piedad Gómez Torres

Facultad de Ciencias de la Salud
2024

Curso académico 2023-2024

Índice

1. Introducción.....	1
1.1. Síntomas.....	2
1.2. Etapas de la enfermedad.....	3
1.3. Diagnóstico.....	4
1.4. Tratamiento.....	5
2. Objetivos.....	5
3. Metodología.....	6
4. Desarrollo del caso clínico.....	7
4.1. Caso clínico.....	7
4.2. Plan de cuidados.....	9
4.2.1. Valoración.....	9
4.2.2. Diagnóstico y planificación	11
4.2.3. Ejecución.....	23
4.2.4. Evaluación.....	27
5. Conclusiones.....	30
6. Bibliografía.....	32
7. Anexos.....	37

Agradecimientos

Quiero agradecer a Piedad Gómez Torres, directora de este TFG por la labor que ha llevado a cabo con su gran profesionalidad y paciencia. Su ayuda ha resultado clave para poder realizar este trabajo.

Agradecer también a los miembros de mi familia y amigos por el apoyo incondicional, especialmente en estos últimos meses.

Y finalmente, agradecer a mi abuelo por hacerme ver el Parkinson de una forma tan diferente, despertar en mí este interés por saber más de la enfermedad y conocer los cuidados que pueden ofrecerse en este momento tan vulnerable.

Resumen

Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo que pertenece a un grupo de afecciones conocidas como trastornos del movimiento. Aparece cuando se dañan o mueren las células nerviosas o neuronas en el cerebro, produciendo patrones anormales de activación nerviosa que causan un notable deterioro del movimiento. A pesar de ser el segundo trastorno neurodegenerativo más común, y de su aumento de prevalencia; se desconoce la causa que genera la enfermedad, haciendo que su diagnóstico en ocasiones sea difícil. No existe un tratamiento farmacológico que pueda erradicar por completo el Parkinson, por lo que el cuidado y el tratamiento de los signos y síntomas de los pacientes enfermos es fundamental. El trabajo por parte de enfermería prestará una atención integral al paciente parkinsoniano.

Objetivo

Realizar un plan de cuidados para una atención integral y holística en un paciente con enfermedad de Parkinson en etapa avanzada, que permita a familiares y cuidadores obtener unas pautas de cuidados que garanticen eficiencia y seguridad al paciente y, que posteriormente, pueda ser de referencia para la estandarización del plan de cuidados en pacientes con Parkinson en una etapa similar.

Metodología

Se realiza una búsqueda de información en bases de datos escogiendo artículos a través de los diferentes criterios de inclusión que se exponen, con la finalidad de conocer la enfermedad de Parkinson y posteriormente, realizar un proceso de atención y cuidados individualizados para un enfermo.

A continuación, se realiza un plan de cuidados de un caso clínico de un paciente con Parkinson en etapa avanzada mediante una valoración basada en las necesidades básicas de Virginia Henderson y bajo las taxonomías NANDA, NOC y NIC para el desarrollo del plan. Se obtienen unos resultados que permiten ver la evolución de un paciente durante 3 meses, se lleva a cabo desde diciembre hasta marzo.

Conclusión

Los cuidados orientados hacia un paciente con Parkinson no buscan terminar con la enfermedad, ya que no podemos impedir el progreso natural de ésta. Sin embargo, los cuidados en este tipo de pacientes son imprescindibles. Las enfermeras tenemos un papel fundamental para satisfacer las necesidades del paciente y mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida. Debemos también educar a la familia y cuidadores para que colaboren en estos cuidados y sean capaces de ejecutarlos de forma correcta bajo la evidencia aportada.

Palabras clave

Enfermedad de Parkinson, plan de cuidados, proceso de enfermería.

Abstract

Introduction

Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder that belongs to a group of conditions known as movement disorders. It occurs when nerve cells or neurons in the brain are damaged or killed, producing abnormal patterns of nerve activation that cause noticeable impaired movement. Despite being the second most common neurodegenerative disorder, and its increasing prevalence, the cause of the disease is unknown, making its diagnosis sometimes difficult. There is no drug treatment that can completely eradicate Parkinson's, so care and treatment of the signs and symptoms of sick patients is critical. The work of the nurses will provide comprehensive care to the parkinsonian patient.

Main objective

To develop a care plan for comprehensive and holistic care in a patient with advanced Parkinson's disease, which allows family members and caregivers to obtain care guidelines that guarantee efficiency and safety to the patient, and that can subsequently be a reference for the standardization of the care plan in patients with Parkinson's disease at a similar stage.

Methodology

A search for information is carried out in databases, choosing articles through the different inclusion criteria that are exposed, in order to know Parkinson's disease and subsequently, carry out a process of individualized attention and care for a patient.

Next, a care plan is made for a clinical case of a patient with late-stage Parkinson's disease using an assessment based on Virginia Henderson's basic needs and under the NANDA, NOC and NIC taxonomies for the development of the plan. Results are obtained that allow us to see the evolution of a patient for 3 months, carried out from December to March.

Conclusions

Care for a patient with Parkinson's does not seek to end the disease, as we cannot prevent the natural progression of the disease. However, care for this type of patient is essential. Nurses have a fundamental role to play in meeting the needs of patients and improving their quality of life as much as possible. We must also educate the family and caregivers so that they collaborate in this care and are able to execute it correctly under the evidence provided.

Key words

Parkinson's disease, care plan, nursing process.

1.Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central que pertenece a un grupo de afecciones conocidas como trastornos del movimiento. Esta enfermedad es crónica (persiste durante un extenso período de tiempo) y progresiva (sus síntomas empeoran con el tiempo). Es el segundo trastorno neurodegenerativo más común, en las 3 últimas décadas ha habido un significativo aumento de su prevalencia (Enfermedad de Parkinson., 2002; Cabreira, V., & Massano, J., 2019)

La enfermedad de Parkinson aparece cuando se dañan o mueren las células nerviosas o neuronas en el cerebro. Los síntomas son el resultado de la pérdida de neuronas en un área del cerebro conocida como sustancia negra. En este área, las neuronas producen una sustancia llamada dopamina, la cual es responsable de transmitir señales, produciendo así movimientos uniformes y deliberados. Muy relacionada con la dopamina, se encuentra la norepinefrina, mensajero químico principal en el sistema nervioso simpático. Por lo que su pérdida, causará síntomas no motrices propios de la enfermedad de Parkinson (*Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación.*, s/f). Todavía se desconoce la causa exacta que genera la enfermedad de Parkinson, sin embargo, ya no se considera que se deba principalmente a factores ambientales. En algunos casos, son hereditarios, siendo resultado de una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales. Pero actualmente, la mayoría de los casos son esporádicos (Kalia, L. V., & Lang, A. E., 2015). El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson es en ocasiones difícil, teniendo en cuenta la existencia de un gran número de síntomas motores y no motores en los pacientes que la padecen; pudiendo incluso confundir estos síntomas con síntomas propios del envejecimiento (Goyal, V., & Radhakrishnan, D., 2018).

En mi caso, vivir la enfermedad de Parkinson de manera más cercana manifestada en un miembro de mi familia, ha sido un incentivo para realizar mi trabajo acerca de ésta.

Tratar con la enfermedad de frente a frente no fue fácil para mi abuelo, pero tampoco lo fue para las personas que lo rodeábamos; es por ello, por lo que mi intención es desarrollar un

plan de cuidados que permita obtener unos conocimientos y unas pautas acerca del cuidado de enfermos con Parkinson en etapas avanzadas.

Es una enfermedad compleja, en la cual se le da mucho valor a la satisfacción de necesidades fisiológicas dejando de lado en numerosas ocasiones las necesidades psicológicas que también se encuentran afectadas.

1.1. Síntomas

A medida que las células nerviosas se deterioran o mueren, se empiezan a notar problemas.

Los síntomas de la enfermedad comienzan a menudo en un lado del cuerpo, afectando posteriormente a ambos lados. Pero aunque la enfermedad afecte a ambos lados, los síntomas suelen ser más fuertes en un lado que en el otro (*¿Qué es el Parkinson?*, s/f).

El diagnóstico es clínico y en ocasiones complejo debido a la heterogeneidad de la sintomatología y al gran número de síntomas motores y no motores (Kalia, L. V., & Lang, A. E., 2015; Goyal, V., & Radhakrishnan, D, 2018). La presentación clínica del paciente es por tanto algo fundamental, y a pesar de que en cada paciente la enfermedad se manifiesta de manera diferente; la enfermedad de Parkinson suele presentarse a su inicio con quejas sensoriales de dolor, temblores y rigidez en extremidades, bradicinesia e inestabilidad postural o deterioro del equilibrio y la coordinación (Erwin, W. G., & Turco, T. F, 1986; Enfermedad de Parkinson, 2023). Conforme progresa la enfermedad los síntomas se vuelven más prominentes. En etapas de la enfermedad muy avanzadas, existe una importante inestabilidad postural y notables anomalías de la marcha. Los síntomas motores son los más característicos, pero en este momento de la enfermedad, aparecen también importantes síntomas no motores que afectan a los sistemas del organismo como sialorrea, disfagia, cambios bruscos de peso, estreñimiento, disfunción tanto sexual como de la vejiga urinaria, hipotensión ortostática, sudoración excesiva y afectación de la piel (Opara, J., Małecki, A., Małecka, E., & Socha, T, 2017; Capato, T. T. C., Rodrigues, R., Cury, R. G., Teixeira, M. J., & Barbosa, E. R., 2023; *¿Qué es el Parkinson?*, s/f). Los miembros de la familia y amigos serán los primeros en detectar cambios y pueden ver un “rostro enmascarado”, en el cual la persona carece de expresión, y pueden percibir también una hipofonía y micrografía (*Enfermedad de*

Parkinson: Esperanza en la investigación, s/f). La incapacidad por parte del enfermo de realizar actividades básicas de su vida, puede producir fuertes cambios emocionales tales como depresión y aislamiento (Erwin, W. G., & Turco, T. F, 1986; Enfermedad de Parkinson, 2002; Enfermedad de Parkinson., 2023).

1.2. Etapas de la enfermedad

La evolución de la enfermedad de Parkinson se puede dividir en 5 etapas que nos permiten saber cómo progresan los síntomas motores de la enfermedad. En estas etapas se describen únicamente los síntomas motores (Vérin, M., Tir, M., Ory, F., Mesnage, V., Verny, M., Auffret, M., Béreau, M., Giffard, M., & Defebvre, L, 2024; *¿Qué es el Parkinson?*, s/f).

- Etapa I: durante esta primera etapa el paciente tiene síntomas leves que, generalmente no interfieren en las actividades de la vida diaria que éste realiza. Los temblores y rigidez sólo afectan a un lado del cuerpo. Se caracteriza por cambios notables en la postura, el andar y la expresión facial.
- Etapa II: en esta segunda etapa los síntomas son más notables y comienzan a afectar a ambos lados del cuerpo, e incluso al cuello o al tronco. Pueden interferir en sus tareas diarias haciendo que sean más costosas y difíciles.
- Etapa III: los síntomas motores continúan empeorando, y el riesgo de caídas aumenta. La discapacidad en esta etapa va de leve a moderada, considerándose como la etapa media de la enfermedad por la pérdida del equilibrio e inestabilidad.
- Etapa IV: los síntomas de la enfermedad están completamente desarrollados y son gravemente discapacitantes. La persona necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria y no puede vivir sola, es dependiente.

El paciente en concreto con el que tratamos, se encuentra en esta etapa; es decir, una etapa avanzada de la enfermedad de Parkinson que lo incapacita y que le causa un gran deterioro.

- Etapa V: etapa avanzada y debilitante en la cual el aumento de la rigidez hace que el paciente no pueda ponerse de pie o caminar. Requiere ayuda las 24 horas del día (*Etapas del Parkinson, s/f*).

1.3. Diagnóstico

Actualmente no existe ninguna prueba que nos permita diagnosticar la enfermedad; es por ello por lo que el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se basa en la historia clínica y en un examen neurológico. El examen suele demostrar bradicinesia con temblor, rigidez o ambas. La tomografía computarizada por emisión de fotón único con transportador de dopamina puede mejorar la precisión del diagnóstico cuando la presencia del Parkinsonismo es incierta (Armstrong, M. J., & Okun, M. S, 2020). En muchos casos, esta enfermedad es difícil de diagnosticar a su inicio, pudiendo confundirse con efectos normales del envejecimiento. Se llevan a cabo pruebas neurológicas como la tomografía computarizada o la resonancia magnética (generalmente parecen normales).

En cuanto a las pruebas que suelen llevarse a cabo, tenemos:

- **Análisis:** no son necesarios respecto a la enfermedad, pero sí que nos sirve cuando existen unos síntomas claros para poder excluir otras entidades.
- **RM (resonancia magnética):** puede ser útil para excluir otros tipos de parkinsonismos cuando existen signos clínicos atípicos (Zhou, W., Tang, M., Sun, L., Lin, H., Tan, Y., Fan, Y., Fan, S., & Zhang, S, 2024)
- **TAC (tomografía axial computarizada):** este es usado para excluir parkinsonismos de manera urgente, en especial cuadros que evolucionan rápidamente y de forma no simétrica.
- **Medicina nuclear:** (Puñal Riobóo, J., Varela Lema, L., Serena Puig, A., & Ruano-Ravina, A, 2007).
- **SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography/tomografía por emisión de fotón único)**
PET (Tomografía de emisión de positrones): permite estimular el grado de funcionalidad de diferentes áreas cerebrales (*Tomografía por emisión de positrones (TEP) del cerebro, s/f*).
- **DATSCAN:** radiofármaco (nombre comercial, ioflupano, yodo-123) que evalúa la integridad de las células neuronales del núcleo estriado. Esta prueba forma parte del diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson con otras enfermedades que

causan también trastornos del movimiento. En esta prueba, se inyecta una sustancia en vena, y llega al cerebro uniéndose solo a las neuronas (Perera Pintado, A., Torres Aroche, L. A., Vergara Gil, A., Batista Cuéllar, J. F., & Prats Capote, A, 2017).

Es necesario, por tanto, un diagnóstico preciso para que las personas puedan recibir tratamiento lo antes posible.

1.4. Tratamiento

Respecto al tratamiento, no se dispone de un tratamiento farmacológico que modifique o pueda acabar con la enfermedad; se trata de un tratamiento sintomático centrado en la mejoría de los signos y síntomas motores. En casos de pacientes que sufren complicaciones como empeoramiento de los síntomas, existen tratamientos avanzados (Armstrong, M. J., & Okun, M. S, 2020).

Se han comenzado a investigar otras alternativas como intervenciones no farmacológicas por sus posibles efectos de mejora y, existen estudios que demuestran la efectividad de la terapia de estimulación cerebral profunda en personas con distonías y temblores que no responden a otros tratamientos (Bayram, E., Batzu, L., Tilley, B., Gandhi, R., Jagota, P., Biundo, R., Garon, M., Prasertpan, T., Lazcano-Ocampo, C., Chaudhuri, K. R., & Weil, R. S, 2023; *Estimulación cerebral profunda para los trastornos de movimiento, s/f*).

2. Objetivos

- Crear un plan de cuidados de atención integral y holística para un caso de paciente con Parkinson en etapas avanzadas que sirva posteriormente como referencia para la realización de documentos similares.
- A través de un caso clínico, realizar un proceso de atención y cuidados de enfermería holístico e integral para pacientes con Parkinson.
- Definir unas pautas de cuidado en paciente enfermo de Parkinson dirigidas a familiares y cuidadores.

3. Metodología

El trabajo se inicia con la búsqueda y análisis de la información encontrada en diferentes fuentes y bases de datos sobre la Enfermedad de Parkinson. La información trata tanto aspectos relativos a la enfermedad, como aspectos en relación con la profesión de enfermería y el paciente enfermo. Los artículos han sido buscados en bases de datos utilizando descriptores y palabras clave que se muestran en la tabla 1. Para la búsqueda también utilicé el operador booleano “AND”.

Aparecen también otras fuentes de las que he obtenido información.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica.

BASES DE DATOS	DE	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Pubmed		Parkinson's disease	9291	12	10
Scielo		SPECT/CT	2	2	1
		Parkinson's disease	494	5	1
Medline		Parkinson	317	10	2
Parkinson's foundation		Parkinson	212	9	2
ScienceDirect		Parkinson	24312	10	3
		DATSCAN	24	3	1
Otras fuentes		-	-	-	4

En la tabla 2 se muestran los criterios de inclusión y de exclusión. Aplicando estos criterios seleccioné del total de artículos encontrados en las diferentes bases de datos, los que se ajustaban a las condiciones de inclusión para ser utilizados en mi trabajo.

Tabla 2. Criterios de selección de artículos.

Inclusión	<ul style="list-style-type: none">- Artículos completos “full-text” con información válida acerca de la enfermedad de Parkinson y sus diferentes características.- Artículos con fecha de publicación desde 2014 en adelante.- Artículos que sean Reviews encontradas en bases de datos y que cumplan las anteriores características.- Se ignora el año de publicación en artículos que pongan en relación la enfermedad de Parkinson con el rol o profesión de enfermería y los cuidados al paciente enfermo.- Se ignora el año de publicación en los artículos referentes a las escalas.- Información encontrada en otras fuentes que no son bases de datos, únicamente para encontrar definiciones, abreviaturas y escalas.
Exclusión	<ul style="list-style-type: none">- Artículos que no fuesen obtenidos de bases de datos y fuesen de webs no científicas que no tienen validez y que no pertenezcan a un organismo oficial (excepto para la búsqueda de definiciones, abreviaturas, escalas)- Artículos que tuviesen más de 10 años.- Artículos en los cuales se debe pagar para acceder al texto.

4. Desarrollo del caso clínico

4.1. Caso clínico

José comenzó con tan sólo 12 años a trabajar de albañil para ayudar a su padre, una vez que éste falleció, él siguió con el oficio hasta su jubilación. El duro trabajo que ha ejercido durante tanto tiempo, le ha hecho llegar cansado a sus 65 años, refiriendo siempre dolor en sus extremidades inferiores.

Las primeras veces que José acudió a su médico de atención primaria a causa de ese dolor en sus extremidades, su médico vio un grave desgaste en el hueso de la cadera izquierda, que terminó siendo sustituido por una prótesis completa en ese lado; recalcando la posibilidad de que ocurriese también en su lado derecho. Tras la obtención de un resultado positivo y un buen progreso postoperatorio, su calidad de vida mejora. Pero posteriormente, José se ha dado cuenta de que la causa de su dolor de piernas no es esa, continuando con un fuerte dolor que ha alterado su ciclo-vigilia, acompañándose de un continuo movimiento en la cama. Pero

tras numerosas pruebas y sospechas de otros síndromes y enfermedades como “síndrome de piernas inquietas”, los síntomas han ido agravándose y José ha sido recientemente diagnosticado de Parkinson. Ahora que se le ha puesto nombre a su enfermedad, y tras valorar con distintas escalas, sabemos que se encuentra en etapas avanzadas. Es incapaz de subir y bajar escaleras, no puede caminar sin ayuda (suele ir en silla de ruedas) y es incapaz de realizar la mayoría de las actividades de su vida diaria.

Además, José tampoco puede llevar a cabo su higiene, necesita ayuda para vestirse y desvestirse y, debido a previas caídas en el momento de vestimenta y aseo personal por el gran desequilibrio que presenta, tiene miedo. Otro aspecto muy afectado es su alimentación, necesita a una persona que le ayude a comer ya que él no es capaz de coger los cubiertos; y la disfagia causada por la enfermedad ha hecho que tenga alimentos restringidos y solo pueda digerir alimentos que sean de fácil masticación. Otro de los problemas que más le afecta personalmente es el lenguaje, siendo éste uno de los parámetros más alterados. José se esfuerza en decir lo que siente y piensa, pero es inteligible la mayor parte del tiempo. Esto ha desencadenado que José no quiera relacionarse con los demás por vergüenza a no ser entendido. Y a pesar de que la alternativa al lenguaje es la escritura, la enfermedad hace que su letra sea ilegible, de tamaño pequeño y amontonada. El gran avance de la enfermedad hace que tenga un dolor continuo, rigidez y fuertes temblores que causan imposibilidad de dormir, y un decaimiento importante del ánimo; ocasionando un estado de depresión mayor, que él mismo muestra diciendo “soy una carga para los demás”, “no valgo para nada”.

Todos los anteriores síntomas característicos de la etapa IV de la enfermedad y su progresivo empeoramiento, llevan a José a un estado de enfermedad avanzada con gran afectación física y mental, en el cual se intentan tomar nuevas medidas y, probar otro tipo de tratamiento en busca de una mejora de su estado general.

4.2. Plan de cuidados

4.2.1. Valoración

Enmarcar en un modelo de enfermería la historia vital de una persona que sufre una enfermedad como es la enfermedad de Parkinson, ayuda a las enfermeras a centrarse en la información más significativa del paciente. Esto facilita posteriormente la recogida de datos, orientando y facilitando la selección de preguntas que nos sean útiles.

Es fundamental que el profesional de enfermería se comunique con el paciente de forma adecuada y sea capaz de establecer una relación terapéutica. La valoración se define como *“método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con la finalidad de identificar las respuestas que manifiesta en relación con las diversas circunstancias que le afectan”* (Aplicacion Del Proceso Enfermero By Rosalinda Alfaro 8va Ed, s/f).

Una buena valoración es el primer paso que debemos llevar a cabo para identificar los problemas y las necesidades del paciente enfermo. Para ello, nos apoyamos de diferentes herramientas tales como una entrevista clínica, observación y exploración física; y el uso de diversas escalas que miden parámetros alterados o que nos permiten cuantificar y conocer riesgos. Una vez recogidos los datos en la valoración, se validan y se interpretan para formular un juicio clínico, el diagnóstico de enfermería.

En la valoración de este paciente en concreto, se valoran aspectos característicos de la enfermedad de Parkinson a través de escalas como la de Hoehn y Yarh, escala de Berg, escala de Tinetti y escala UPDRS (escala unificada para la evaluación de la enfermedad de parkinson) (Anexo 1-4)

Tabla 3. Valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1. Respirar normalmente	El paciente presenta disfagia como consecuencia de la enfermedad. Ha tenido episodios de atragantamiento haciendo que se elimine de su dieta todo tipo de alimento de difícil deglución. Otro síntoma muy representativo de la enfermedad y que presenta el paciente, es la hipofonía.
--------------------------------	--

<p>2. Comer/beber</p>	<p>Disminución del apetito debido a la situación depresiva del paciente. Disminución de la motilidad intestinal, vómitos y náuseas relacionados con el inicio o aumento de las dosis de medicación. Dificultad en la deglución de numerosos alimentos debido a la disfagia que presenta el paciente, sumado a la bradicinesia que genera mayor dificultad en la ingesta de alimentos. Sialorrea.</p>
<p>3. Eliminación</p>	<p>Presenta episodios de estreñimiento debido a una degeneración de los nervios encargados del movimiento intestinal. Además, toma gran cantidad de fármacos para el tratamiento de la enfermedad; lo que puede incrementar el estreñimiento. El paciente presenta dolor y dificultad a la hora de realizar deposiciones.</p>
<p>4. Actividad/reposo</p>	<p>La movilidad es la necesidad más alterada que tiene el paciente debido a su enfermedad. Presenta temblor de forma continua acompañado de un movimiento rítmico hacia delante y hacia atrás. Rigidez en todo el cuerpo manifestada por una obvia tensión en los músculos que solo le permite realizar movimientos cortos y espasmódicos. Bradicinesia e inestabilidad postural que causa numerosas caídas.</p>
<p>5. Dormir / descansar</p>	<p>El paciente sufre un importante insomnio, siendo este uno de sus principales problemas. Refiere un insoportable dolor a la hora de irse a la cama que se acompaña de unos continuos movimientos de extremidades que, generan en él nerviosismo y agitación. Durante el día apenas duerme, presentando una energía que disminuye únicamente después de comer.</p>
<p>6. Vestirse / desvestirse</p>	<p>Precisa ayuda para vestirse y desvestirse, teniendo imposibilidad de realizarlo él sólo. Notable empeoramiento.</p>
<p>7. Temperatura corporal</p>	<p>Baja masa muscular y disminución de movimientos, lo que supone que tenga frío en numerosas ocasiones.</p>
<p>8. Higiene / integridad de piel</p>	<p>Precisa ayuda para llevar a cabo la higiene personal aunque, el paciente intenta tener la mayor autonomía posible manteniendo por sí mismo la acción de peinado y lavado de la cara. Se observan</p>

	zonas enrojecidas, piel fina y deshidratada manifestada por pliegue positivo y escamas.
9. Evitar peligros	Los problemas que le supone la enfermedad y caídas previas generan un gran miedo en el paciente. No es capaz de realizar actividades básicas sin ayuda. Presenta pensamientos depresivos debido a su situación de dependencia y es consciente de su empeoramiento progresivo. Presenta periodos de rabia e ira al mismo tiempo que de tristeza e impotencia.
10. Comunicación y relaciones sociales	Presenta dificultad en la articulación verbal y en la expresión de sus pensamientos, lo que hace que el paciente no quiera conversar ni hablar con gente que no sean sus familiares más cercanos; ya que se siente avergonzado. El lenguaje del paciente es inteligible la mayor parte del tiempo.
11. Valores/ creencias	El paciente comenta que es cristiano a pesar de tener ideas que ponen en duda su creencia “Dios no me está ayudando”. Habla en numerosas ocasiones de la muerte como una salida y una liberación ante su estado de salud. No tiene miedo a morir y lo comenta como una “solución”.
12. Autorrealización	Notable disminución de la autoestima, ansiedad y depresión a causa de su situación de dependencia.
13. Entretenimiento	Apenas realiza actividades de ocio en las cuales pueda ocupar su tiempo y socializar; lo cual, le hace permanecer más tiempo en casa con su mujer. Ve la tele y juegan al parchís.
14. Aprendizaje	A pesar del gran deterioro físico del paciente, su memoria y su capacidad cognitiva se mantienen prácticamente intactas. Por lo que, todavía conserva muchas de sus habilidades e información, teniendo incluso capacidad de aprendizaje.

4.2.2 Diagnóstico y planificación

A continuación, se muestran las tablas en las que siguiendo el modelo NANDA se exponen diferentes diagnósticos de enfermería, los resultados esperados e intervenciones que se llevarán posteriormente a cabo.

Tabla 5. Necesidad de respirar normal

NECESIDAD 1: respirar normalmente	
[00039] Riesgo de aspiración	
Riesgo de aspiración r/c disminución de la motilidad gastrointestinal, dificultad en la deglución.	
Dominio 11 Clase 2: lesión física Patrón 2: nutrición-metabólico	
Definición: susceptible a la penetración de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial que pueden comprometer a la salud.	
NOC	NIC
[0303] Autocuidados: comer Definición: acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente, con o sin dispositivo de ayuda. Dominio 1: salud funcional Clase D: autocuidado <u>Indicadores:</u> [30312] Mastica la comida [30313] Traga la comida [30317] Traga líquidos	[1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación Definición: ayudar a una persona a comer Dominio 1: fisiológico: básico Clase D: apoyo nutricional Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Controlar la capacidad de deglutir del paciente - Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y deglución - Proporcionar ayuda física, si es necesario

Tabla 6. Necesidad de comer/beber

NECESIDAD 2: comer/ beber	
[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	
Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c dificultad en la deglución m/p peso corporal por debajo del rango ideal de peso según edad y sexo.	
Dominio 2: nutrición Clase 1: ingestión Necesidad 2: comer y beber Patrón 2: nutricional-metabólico	
Definición: consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas	
NOC	NIC
[1010] Estado de deglución Definición: tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago Dominio 2: salud fisiológica Clase K: digestión y nutrición <u>Indicadores:</u> [101004] Capacidad de masticación [101003] Producción de saliva [101012] Atragantamiento, tos o náuseas	[1860] Terapia de deglución Definición: facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias Dominio 1: fisiológico, básico Clase D: apoyo nutricional Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. - Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»). - Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos.

Tabla 7. Necesidad de eliminación

NECESIDAD 3: eliminación	
[00011] Estreñimiento	
Estreñimiento r/c deterioro de la movilidad física, ingesta insuficiente de líquidos m/p heces duras. Dominio 3: eliminación e intercambio Clase 2: función gastrointestinal Necesidad 3: eliminación Patrón 3: eliminación	
Definición: evacuación de heces infrecuente o con dificultad	
NOC	NIC
<p>[0208] Movilidad</p> <p>Definición: capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda</p> <p>Dominio 1: salud funcional Clase C: movilidad</p> <p><u>Indicadores:</u> [20805] Realización del traslado [20802] Mantenimiento de la posición corporal [20801] Mantenimiento del equilibrio</p>	<p>[0440] Entrenamiento intestinal</p> <p>Definición: ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados</p> <p>Dominio 1: fisiológico, básico Clase B: control de la eliminación Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra - Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. - Consultar al médico y al paciente respecto al uso de supositorios.

Tabla 8. Necesidad de actividad/reposo

NECESIDAD 4: actividad/reposo	
[00085] Deterioro de la movilidad física	
Deterioro de la movilidad física r/c disfunción cognitiva, rigidez articular, dolor m/p alteración de la marcha, inestabilidad postural.	
Dominio 4: actividad/reposo Clase 2: actividad/ejercicio Necesidad 4: moverse Patrón 4: actividad-ejercicio	
Definición: limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	
NOC	NIC
[0222] Marcha Definición: habilidad para caminar con una alineación correcta del cuerpo, con ritmo de marcha regular, y con paso firme Clase C: movilidad <u>Indicadores:</u> [22201] Estabilidad en la marcha [22223] Caminar con las piernas rígidas [22216] Arrastre de los pies	[0200] Fomento del ejercicio Definición: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud Dominio 1: fisiológico, básico Clase A: Control de actividad y ejercicio Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio - Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta. - Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios

Tabla 9. Necesidad de dormir/descansar

NECESIDAD 5: dormir/ descansar	
[00095] Insomnio	
Insomnio r/c discomfort, ansiedad m/p ciclo sueño-vigilia no reparador.	
Dominio 4: actividad/reposo Clase 1: sueño/reposo Necesidad 5: sueño/reposo Patrón 5: sueño-reposo	
Definición: incapacidad para iniciar o mantener el sueño que perjudica el funcionamiento.	
NOC	NIC
[2006] Estado de salud personal Definición: funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual en conjunto de un adulto de 18 años de edad. Dominio 5: salud percibida Clase U: salud y calidad de vida <u>Indicadores:</u> [200602] Nivel de movilidad [200609] Pauta de sueño-descanso [200613] Función neurológica [200630] Control del dolor	[5330] Control del estado de ánimo Definición: proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico. Dominio 3: conductual Clase R: ayuda para el afrontamiento Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína) - Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un diario). - emitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda

	contribuir a una alteración del estado de ánimo (trastornos tiroideos, etc.).
--	---

Tabla 10. Necesidad de vestirse y desvestirse

NECESIDAD 6: vestirse y desvestirse	
[00109] Déficit de autocuidado en el vestido	
Déficit de autocuidado en el vestido r/c debilidad, discomfort m/p dificultad para retirar prendas de ropa, dificultad para vestir la parte inferior y superior del cuerpo.	
Dominio 4: actividad/reposo Clase 5: autocuidado Necesidad 6: vestirse Patrón 4: actividad-ejercicio	
Definición: incapacidad para ponerse y quitarse la ropa independientemente.	
NOC	NIC
[0911] Estado neurológico: control motor central Definición: capacidad del sistema nervioso central para coordinar la actividad muscular esquelética para el movimiento corporal Dominio 2: salud fisiológica Clase J: neurocognitiva <u>Indicadores:</u> [91103] Mantenimiento de la postura [91108] Movimientos involuntarios [91113] Anomalías de la marcha	[1630] Vestir Definición: elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma. Dominio 1: fisiológico, básico Clase F: facilitación del autocuidado Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. - Observar la capacidad del paciente para vestirse - Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación con seguridad.

Tabla 11. Necesidad de higiene e integridad de la piel

NECESIDAD 8: higiene e integridad de la piel	
[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad excesiva, fricción en la superficie, disminución de la movilidad física.</p> <p>Dominio 11: seguridad/protección Clase 2: lesión física Necesidad 8: higiene/piel Patrón 2: nutricional-metabólico</p>	
Definición: susceptible de padecer una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.	
NOC	NIC
<p>[1902] Control del riesgo</p> <p>Definición: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables</p> <p>Dominio 4: conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase T: control de riesgo</p> <p><u>Indicadores:</u> [190204] Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas [190217] Controla los cambios en el estado general de salud [190220] Identifica los factores de riesgo</p>	<p>[3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico</p> <p>Definición: aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.</p> <p>Dominio 2: fisiológico, complejo Clase L: control de la piel/heridas</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar los pañales sin comprimir, según corresponda - Utilizar dispositivos en la cama (badana) que protejan la piel del paciente. - Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de esta.

Tabla 12. Necesidad de evitar peligros

NECESIDAD 9: evitar peligros	
[00303] Riesgo de caídas del adulto	
<p>Riesgo de caídas del adulto r/c disminución de la fuerza en extremidades inferiores, dolor musculoesquelético crónico, deterioro de la movilidad física, deterioro del equilibrio postural.</p> <p>Dominio 11: seguridad/protección Clase 2: lesión física Necesidad 9: evitar peligros/seguridad Patrón 4: actividad-ejercicio</p>	
Definición: susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud.	
NOC	NIC
<p>[1939] Control de riesgo: caídas</p> <p>Definición: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir caídas.</p> <p>Dominio 4: conocimiento y conducta de salud Clase T: control del riesgo</p> <p><u>Indicadores:</u> [193913] Usa zapatos o zapatillas bien ajustadas con suela antideslizante para caminar [193917] Utiliza dispositivos de asistencia si es necesario para reducir el riesgo de caídas [193903] Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas</p>	<p>[6490] Prevención de caídas</p> <p>Definición: establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <p>Dominio 4: seguridad Clase V: Control de riesgos</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas). - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

Tabla 13. Necesidad de comunicación y relaciones sociales

NECESIDAD 10: comunicación y relaciones sociales	
[00051] Deterioro de la comunicación verbal	
<p>Deterioro de la comunicación verbal r/c enfermedades del sistema nervioso central m/p agrafia, disminución de la productividad del habla, dificultad para usar expresiones faciales, pronunciación poco clara.</p> <p>Dominio 5: percepción/cognición Clase 5: comunicación Necesidad 10: comunicación Patrón 8: rol-relaciones</p>	
Definición: capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.	
NOC	NIC
<p>[0902] Comunicación</p> <p>Definición: recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales</p> <p>Dominio 2: salud fisiológica Clase J: neurocognitiva</p> <p><u>Indicadores:</u> [90205] Utiliza el lenguaje no verbal [90211] Utiliza dispositivos alternativos de comunicación [90212] Utiliza dispositivos que incrementan la comunicación</p>	<p>[4976] Mejorar la comunicación: déficit del habla</p> <p>Definición: empleo de estrategias que aumenten las capacidades de comunicación de las personas con dificultades para el habla.</p> <p>Dominio 3: conductual Clase Q: Potenciación de la comunicación</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla. - Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador). - Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés

	emocional (limitar los visitantes y un ruido excesivo de los aparatos).
--	---

Tabla 14. Necesidad de autorrealización

NECESIDAD 12: autorrealización	
[00119] Baja autoestima crónica	
Baja autoestima crónica r/c habilidades de comunicación ineficaces, temor al rechazo m/p síntomas depresivos, soledad.	
Dominio 6: autopercepción Clase 2: autoestima Necesidad 12: trabajar/realizarse Patrón 7: autopercepción-autoconcepto	
Definición: percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.	
NOC	NIC
[1208] Nivel de depresión Definición: intensidad de la melancolía y la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida Dominio 3: salud psicosocial Clase M: bienestar psicológico <u>Indicadores:</u> [120801] Estado de ánimo deprimido [120802] Pérdida de interés por actividades [120805] Expresión de culpa inapropiada o excesiva	[5270] Apoyo emocional Definición: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión Dominio 3: conductual Clase R: ayuda para el afrontamiento Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Tabla 15. Necesidad de entretenimiento

NECESIDAD 13: entretenimiento	
[00053] Aislamiento social	
<p>Aislamiento social r/c dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, deterioro de la movilidad física, baja autoestima m/p interacción mínima con otros, actitud triste.</p> <p>Dominio 12: confort Clase 3: confort social Necesidad 10: comunicación Patrón 8: rol-relaciones</p>	
<p>Definición: estado en el cual el individuo carece de un sentimiento de parentesco relacionado con relaciones interpersonales positivas, duraderas y significativas.</p>	
NOC	NIC
<p>[1216] Nivel de ansiedad social</p> <p>Definición: gravedad de la evasión irracional, aprensión y angustia en anticipación de o durante las situaciones sociales</p> <p>Dominio 3: salud psicosocial Clase M: bienestar psicológico</p> <p><u>Indicadores:</u> [121601] Evita situaciones sociales [121612] Disconfort durante los encuentros sociales [121614] Preocupación por la opinión de los demás después de los encuentros sociales</p>	<p>[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales</p> <p>Definición: ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales Dominio 3: conductual Clase O: terapia conductual</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. - Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. - Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales e interpersonales.

4.2.3 Ejecución

En esta etapa del plan de cuidados, se pone en práctica lo planificado anteriormente y expuesto en la tabla de diagnósticos e intervenciones. Se llevan a cabo las diferentes actividades de enfermería destinadas a la mejora del estado de salud del paciente en la medida de lo posible y al alcance de los resultados esperados. Durante la ejecución del plan de cuidados, se cuenta con la colaboración y la participación de la familia o cuidador del paciente, y de éste mismo (a pesar de sus notables dificultades). La responsabilidad de las actividades será tomada por la enfermera/o, quien acudirá al domicilio del paciente de forma semanal permitiendo así una atención continuada y una correcta evaluación del estado del enfermo. En caso de que el paciente reciba neuroestimulación, se acudirá al domicilio el día posterior para realizar una adecuada valoración y poder comprobar si existen diferencias o incluso mejoras.

Tras formular todos los diagnósticos enfermeros posibles, debemos priorizar al inicio del plan de cuidados aquellos que suponen un mayor riesgo para el paciente como puede ser el riesgo de aspiración o el desequilibrio nutricional. Los familiares o cuidadores del enfermo también tendrán un importante papel en la ejecución del plan; ya que gracias a las instrucciones que les damos, serán capaces de desarrollar, de forma más segura, muchas de las actividades propuestas (sobre todo aquellas que realizan diariamente debido a que conviven con el paciente).

Tabla 16. Ejecución de las actividades.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
[00039] Riesgo de aspiración Riesgo de aspiración r/c disminución de la motilidad gastrointestinal, dificultad en la deglución	Debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal causada por la enfermedad y la dificultad en la deglución, el paciente recibirá ayuda parcial a la hora de alimentarse (cortar alimentos en trozos pequeños, triturar comida de difícil masticación, asegurarnos de que el paciente puede deglutir ese tipo de alimento, ayudar a poner la comida en la mesa o en una bandeja cómoda...) En cada visita semanal se supervisarán los alimentos que ingiere, adaptándolos a sus necesidades si es necesario. Se educará a la familia para que controlen su capacidad de deglución y lo

	coloquen en una buena posición que le permita una fácil masticación y deglución. Enseñaremos a la familia o cuidador las medidas que deben seguir en caso de atragantamiento.
<p>[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales</p> <p>Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c dificultad en la deglución m/p peso corporal por debajo del rango ideal de peso según edad y sexo.</p>	<p>En las visitas domiciliarias, nos aseguraremos de que el paciente siga una dieta adecuada, variada y que proporcione el consumo suficiente de nutrientes.</p> <p>Además, ayudaremos al paciente a colocarse en una posición correcta a la hora de comer o beber. Le diremos que tiene que estar cómodo, sentado con el tronco a 90° y con la cabeza flexionada hacia delante (motivamos al paciente a que, en la medida de lo posible, intente comer él sólo, aunque siempre esté supervisado bien por nosotros si vamos al hora de su comida o por familiares).</p>
<p>[00011] Estreñimiento</p> <p>Estreñimiento r/c deterioro de la movilidad física m/p heces duras</p>	<p>Como primera medida ante el estreñimiento, enseñaremos al paciente y a sus familiares, la importancia de seguir una dieta con alimentos ricos en fibra, los cuales indicaremos en una lista. Otro aspecto importante es que el paciente debido a su disfagia debe tomar líquidos con espesante; y en ocasiones esa ingesta de líquidos es insuficiente, agravando el estreñimiento. Por lo que aumentaremos la ingesta de líquidos y nos aseguraremos de que se mantenga hidratado.</p> <p>Además, junto con el paciente realizaremos un programa personalizado en el que, estableceremos una rutina y un ambiente cómodo e íntimo para la evacuación. Le indicaremos que debe verbalizar cuando tenga ganas de ir al baño y no aguantarse.</p> <p>Podemos colocar en los pies del paciente, algo que eleve sus pies unos 30° una vez esté sentado en el baño.</p> <p>Diremos a los familiares que deben dejarle su espacio y tiempo asegurándonos de que no existe riesgo de caída.</p> <p>Como último aspecto, desde enfermería, consultaremos con la familia o cuidador la medicación que toma, asegurándonos de que ésta no es la causa del estreñimiento.</p> <p>Si éste continúa a pesar de llevar a cabo las medidas, podríamos consultar con el médico y con el paciente el uso de supositorios y enemas.</p>
<p>[00085] Deterioro de la movilidad física</p> <p>Deterioro de la movilidad física r/c disfunción cognitiva, rigidez articular, dolor m/p alteración de la marcha, inestabilidad postural.</p>	<p>En las visitas al domicilio debemos informar al individuo de los beneficios del ejercicio, y motivarlo a su realización.</p> <p>Cuando estemos nosotros, facilitaremos la realización de ejercicios sencillos que pueda llevar a cabo sin dolor, enseñando de esta forma a los familiares y a él mismo la forma correcta de hacerlos.</p> <p>Además, determinaremos la motivación del individuo para comenzar este programa. Debemos tener clara la colaboración por parte de la familia y cuidador y, la prestación de apoyo al paciente.</p>

	<p>Si consideramos que la rehabilitación por parte de fisioterapia puede ayudar al paciente, lo consultaremos con él mismo.</p>
<p>[00095] Insomnio</p> <p>Insomnio r/c disconfort, ansiedad m/p ciclo sueño-vigilia no reparador</p>	<p>Como iremos a su casa una vez por semana, pediremos al paciente que en un diario escriba cada mañana cómo ha dormido y cuál es su estado de ánimo. Además, ayudaremos al paciente a ser consciente de sus emociones e intentar controlarlas.</p> <p>Estableceremos junto al paciente y su familia o cuidador un ciclo normal de sueño -vigilia, una hora para acostarse y otra para despertarse que se siga diariamente, tiempos de reposo programados e incluso podemos enseñarles técnicas de relajación.</p> <p>A los familiares o cuidadores, les indicaremos que el paciente debe tener un entorno óptimo para dormir donde tenga seguridad y estabilidad para poder descansar.</p> <p>Además, recalcamos que durante el día, el paciente debe estar activo y realizando actividades, evitando que esté dormido.</p> <p>En caso de que sea necesario, consultaremos con el médico la toma de medicación para dormir o para controlar su nerviosismo y ansiedad.</p>
<p>[00109] Déficit de autocuidado en el vestido</p> <p>Déficit de autocuidado en el vestido r/c debilidad, disconfort m/p dificultad para retirar prendas de ropa, dificultad para vestir la parte inferior y superior del cuerpo</p>	<p>Identificamos las áreas en las cuales el paciente necesita ayuda para vestirse; y a su vez, observamos la capacidad del paciente para elegir, quitar y ponerse la ropa por sí mismo.</p> <p>Animamos al paciente a que continúe colocándose o quitándose las prendas que sea capaz para así, mantener su autonomía lo máximo posible.</p> <p>Será la familia o cuidador la que se encargue de ayudar al paciente en la acción de vestir y desvestir.</p> <p>Daremos también una serie de consejos y de información acerca de zapatos y ropa adaptada a personas con discapacidades que permitirán que sea más fácil y, evitaremos riesgos como caídas. (velcro, cremalleras, zapatillas ortopédicas, zapatos cerrados...)</p>
<p>[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad excesiva, fricción en la superficie, disminución de la movilidad física</p>	<p>Cada día que vayamos al domicilio del paciente, valoraremos la integridad cutánea, inspeccionando detenidamente la piel; especialmente las zonas de riesgo.</p> <p>Debemos educar a los familiares para que sean capaces de identificar factores de riesgo y puedan modificarlos.</p> <p>Además, el paciente debe disponer de dispositivos que protejan su piel y se adapten a su condición (poca movilidad).</p> <p>En el caso en que haya deterioro de la integridad de la piel, somos responsables de realizar la cura que corresponda (aplicación de tratamiento tópico, limpieza, protección, absorción...)</p> <p>La familia/cuidador y el paciente deben saber que la higiene y la nutrición son dos importantes aspectos que hay que tener en cuenta, especialmente en pacientes que tienen riesgo debido a excesiva humedad, fricción o</p>

	disminución de la movilidad.
<p>[00303] Riesgo de caídas del adulto</p> <p>Riesgo de caídas del adulto r/c disminución de la fuerza en extremidades inferiores, dolor musculoesquelético crónico, deterioro de la movilidad física, deterioro del equilibrio postural.</p>	<p>Debido a la disminución de la fuerza de las extremidades, el dolor musculoesquelético y el deterioro de la movilidad y del equilibrio, el paciente tiene riesgo de sufrir caídas; por lo que debemos evitar peligros y características del ambiente que puedan perjudicar.</p> <p>Es por ello que, cuando vayamos a casa del paciente, valoraremos que existan dispositivos adaptados para facilitar las ABVD (antideslizantes, elevadores, barreras, barandillas...)</p> <p>Y al mismo tiempo, tendremos en cuenta objetos que puedan suponer un riesgo (escaleras, bordillos, decoraciones, alturas, esquinas...)</p> <p>El paciente debe tener los objetos que necesite a su alcance para evitar cualquier movimiento, desplazamiento o esfuerzo.</p> <p>Para evitar estos riesgos, la familia debe colaborar y establecer precauciones especiales; además de identificar los déficits del paciente que puedan aumentar las caídas.</p>
<p>[00051] Deterioro de la comunicación verbal</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal r/c enfermedades del sistema nervioso central m/p agrafia, disminución de la productividad del habla, dificultad para usar expresiones faciales, pronunciación poco clara.</p>	<p>En este caso, los familiares tienen gran responsabilidad debido a que son los que mejor comprenden al paciente y los que más tiempo pasan con él.</p> <p>Es por ello por lo que, los familiares deben animar al paciente con dificultad en el habla, a que utilice dispositivos alternativos de comunicación, (las tecnologías han sido un gran avance pueden ayudarse del teclado y de imágenes o dibujos) lenguaje no verbal, señales o gestos.</p> <p>Además, los familiares o cuidadores deben detectar la aparición de frustración o ira cuando el paciente no es capaz de transmitir lo que piensa y ayudarlo evitando que haya ruido excesivo, mucha gente...</p> <p>Cuando nosotros visitemos al paciente, debemos animarlo a que se exprese libremente de la forma en que se sienta más cómodo, debemos enseñarle alternativas al lenguaje verbal, y enseñarle a manejar sus emociones negativas cuando no sea comprendido.</p> <p>Podemos consultar con un logopeda en caso de que fuese necesario.</p>
<p>[00119] Baja autoestima crónica</p> <p>Baja autoestima crónica r/c habilidades de comunicación ineficaces, temor al rechazo m/p síntomas depresivos, soledad.</p>	<p>Aprovecharemos esa visita semanal para hablar con el paciente y animarlo a que exprese sus sentimientos, permaneciendo con él y aportándole seguridad y confianza.</p> <p>Debemos darle ánimo en momentos de tensión e incluso ayudarlo a gestionar sus emociones durante los períodos de más ansiedad.</p> <p>Además, la familia debe ser un gran apoyo para el enfermo, intentando que mantenga interés por las actividades y evitando ese pensamiento de culpa excesiva o inapropiada.</p> <p>Trabajaremos la autoestima del paciente, de forma conjunta con su familia, y de forma íntima con él mismo.</p>
<p>[00053] Aislamiento social</p>	<p>Muy relacionado con el diagnóstico anterior, debemos ayudar al paciente a</p>

<p>Aislamiento social r/c dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, deterioro de la movilidad física, baja autoestima m/p interacción mínima con otros, actitud triste.</p>	<p>identificar los problemas que le hacen tener discomfort durante los encuentros sociales y animarle a que manifieste verbalmente sus problemas. Podemos proponer actividades más calmadas y en menor compañía e ir evolucionando de forma progresiva.</p> <p>El paciente debe decirnos actividades en las cuales él disfruta y se siente cómodo para poder reforzarlas.</p> <p>Debemos hablar con los familiares y cuidadores para que animen al paciente a salir y a socializar, comunicando las ventajas que supondrá para él.</p>
---	--

4.2.4 Evaluación

En cada una de las visitas a domicilio que realizamos semanalmente, se revisarán los objetivos establecidos en el plan de cuidados; favoreciendo una evaluación semanal y continua del paciente. El plan de cuidados tiene una duración de 3 meses, durante ese tiempo se realiza una visita domiciliaria cada semana en la cual, se valorarán los aspectos basándonos en los diferentes diagnósticos nombrados anteriormente. Esto nos permitirá ver los cambios y mejoras del paciente de forma progresiva.

Y para comparar el estado de salud del paciente antes de comenzar el plan de cuidados y una vez terminado, realizamos una valoración inicial a partir de los indicadores expuestos y escalas y, una valoración final.

De esta forma, no solo veremos los cambios semanales, sino también su evolución durante los 3 meses; pudiendo comprobar si se han logrado los objetivos esperados.

Tabla 17. Tabla de evaluación del plan de cuidados.

Objetivos del plan de cuidados	Indicadores	Evaluación inicial	Periodo de evaluación	Resultados esperados (tras 3 meses del plan de cuidados)
[0303] Autocuidados: comer	[30312] Mastica la comida	Escala 01: 3 moderadamente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 4 levemente comprometido
	[30313] Traga la comida	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 3 moderadamente comprometido

	[30317] Traga líquidos	Escala 01: 4 levemente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 4 levemente comprometido
[1010] Estado de deglución	[101004] Capacidad de masticación	Escala 01: 3 moderadamente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 4 levemente comprometido
	[101003] Producción de saliva	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido
	[101012] Atragantamiento, tos o náuseas	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 3 moderado
[0208] Movilidad	[20805] Realización del traslado	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 3 moderadamente comprometido
	[20802] Mantenimiento de la posición corporal	Escala 01:1 gravemente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 1 gravemente comprometido
	[20801] Mantenimiento del equilibrio	Escala 01: 1 gravemente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 1 gravemente comprometido
[0222] Marcha	[22201] Estabilidad en la marcha	Escala 01: 1 gravemente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 1 gravemente comprometido
	[22223] Caminar con las piernas rígidas	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 2 sustancial
	[22216] Arrastre de los pies	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 2 sustancial
[2006] Estado de salud personal	[200609] Pauta de sueño-descanso	Escala 01: 1 gravemente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 4 levemente comprometido
	[200613] Función neurológica	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido
	[200630] Control del dolor	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 3 moderadamente comprometido

[0911] Estado neurológico: control motor central	[91103] Mantenimiento de la postura	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido
	[91108] Movimientos involuntarios	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 1 grave
	[91113] Anomalías de la marcha	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 2 sustancial
[1902] Control del riesgo	[190204] Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas	Escala 13: 1 nunca demostrado	Evaluación cada 15 días	Escala 13: 4 frecuentemente demostrado
	[190217] Controla los cambios en el estado general de salud	Escala 13: 2 raramente demostrado	Evaluación cada 15 días	Escala 13: 4 frecuentemente demostrado
	[190220] Identifica los factores de riesgo	Escala 13: 2 raramente demostrado	Evaluación semanal	Escala 13: 4 frecuentemente demostrado
[1939] Control de riesgo: caídas	[193913] Usa zapatos o zapatillas bien ajustadas con suela antideslizante para caminar	Escala 13: 4 frecuentemente demostrado	Evaluación semanal	Escala 13: 5 siempre demostrado
	[193917] Utiliza dispositivos de asistencia si es necesario para reducir el riesgo de caídas	Escala 13: 3 a veces demostrado	Evaluación semanal	Escala 13: 5 siempre demostrado
	[193903] Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas	Escala 13: 2 raramente demostrado	Evaluación semanal	Escala 13: 4 frecuentemente demostrado
[0902] Comunicación	[90205] Utiliza el lenguaje no verbal	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 4 levemente comprometido
	[90211] Utiliza dispositivos alternativos de comunicación	Escala 01: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 4 levemente comprometido

	[90212] Utiliza dispositivos que incrementan la comunicación	Escala 14: 2 sustancialmente comprometido	Evaluación semanal	Escala 01: 3 moderadamente comprometido
[1208] Nivel de depresión	[120801] Estado de ánimo deprimido	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 4 leve
	[120802] Pérdida de interés por actividades	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 4 leve
	[120805] Expresión de culpa inapropiada o excesiva	Escala 14: 1 grave	Evaluación semanal	Escala 14: 5 ninguno
[1216] Nivel de ansiedad social	[121601] Evita situaciones sociales	Escala 14: 1 grave	Evaluación cada 15 días	Escala 14: 3 moderado
	[121612] Disconfort durante los encuentros sociales	Escala 14: 1 grave	Evaluación cada 15 días	Escala 14: 3 moderado
	[121614] Preocupación por la opinión de los demás después de los encuentros sociales	Escala 14: 1 grave	Evaluación cada 15 días	Escala 14: 4 leve

Escala 01: Grado de deterioro de la salud o del bienestar

Escala 14: Grado de un estado o respuesta negativo o adverso

Escala 13: frecuencia de aclarar por informe o conducta

5. Conclusiones

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa para la cual no se dispone de un tratamiento curativo, sino que se trata de tratamientos sintomáticos, buscando únicamente la mejoría de éstos. Sin embargo, existe una gran desinformación acerca del cuidado de pacientes con Parkinson avanzado, siendo necesaria la creación de documentos que sirvan de referencia para poder satisfacer los problemas que la enfermedad supone y, que expongan los cuidados más adecuados.

Las enfermeras tienen gran responsabilidad en lo referente al cuidado de este tipo de pacientes, permitiendo mediante los diversos cuidados una mejora de los signos y síntomas motores y a su vez, una mejora de su calidad de vida. Se crea un plan de cuidados que nos

ayuda a prestar una atención integral al paciente. Los cuidados han de ser siempre individualizados y adaptados a ese caso en especial; pero dada la situación en la que el paciente se encuentra, no todos ellos van destinados a obtener una mejora y unos notables cambios cuando el plan de cuidados finaliza. Existen resultados que se basan únicamente en una mejora de la situación general, manteniendo la autonomía que conserve el paciente y evitando en la medida de lo posible, un empeoramiento. No siempre se puede luchar contra el progreso natural de la enfermedad, pero sí podemos ayudar a que la calidad de vida del paciente sea buena.

6. Bibliografía

Aplicacion Del Proceso Enfermero By Rosalinda Alfaro 8va Ed. (s/f). Epage.Pub. Recuperado el 18 de abril de 2024, de <https://epage.pub/doc/aplicacion-del-proceso-enfermero-by-rosalinda-alfaro-8va-ed-y-dmm4jxxey>

Armstrong, M. J., & Okun, M. S. (2020). Diagnosis and treatment of Parkinson disease: A review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 323(6), 548. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.22360>

B., A. L. (2017, febrero 20). Test de TINETTI. Valoración del Equilibrio y la Marcha. *Fisioterapia geriátrica a domicilio*. <https://fisiomayores.com/fisioterapia/test-de-tinetti-valoracion-del-equilibrio-y-la-marcha/>

Bayram, E., Batzu, L., Tilley, B., Gandhi, R., Jagota, P., Biundo, R., Garon, M., Prasertpan, T., Lazcano-Ocampo, C., Chaudhuri, K. R., & Weil, R. S. (2023). Clinical trials for cognition in Parkinson's disease: Where are we and how can we do better? *Parkinsonism & Related Disorders*, 112(105385), 105385. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2023.105385>

Cabreira, V., & Massano, J. (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização. *Acta medica portuguesa*, 32(10), 661–670. <https://doi.org/10.20344/amp.11978>

Capato, T. T. C., Rodrigues, R., Cury, R. G., Teixeira, M. J., & Barbosa, E. R. (2023). Clinical assessment of upper limb impairments and functional capacity in Parkinson's disease: a systematic review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 81(11), 1008–1015.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-1772769>

Enfermedad de Parkinson. (2002). *Brain and Nerves*.
<https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html>

Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación. (s/f). Nih.gov. Recuperado el 18 de abril de 2024, de
<https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/forma-larga/enfermedad-de-parkinson-esperanza-en-la-investigacion>

Enfermedad de Parkinson. (2023). *Revista Ocronos*. <https://doi.org/10.58842/fgza2635>

Erwin, W. G., & Turco, T. F. (1986). Current concepts in clinical therapeutics: Parkinson's disease. *Clinical Pharmacy*, 5(9), 742–753.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3530616/>

ESCALA BERG: valoración del equilibrio en pacientes con Daño Cerebral Adquirido. (2013, octubre 31). Ireneia.
<https://irenea.es/blog-dano-cerebral/escala-berg-valoracion-del-equilibrio-en-pacientes-con-dca/>

Estimulación cerebral profunda para los trastornos de movimiento. (s/f). Nih.gov.

Recuperado el 18 de abril de 2024, de

<https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/estimulacion-cerebral-profunda-para-los-trastornos-de-movimiento>

Etapas del Parkinson. (s/f). Parkinson's Foundation. Recuperado el 18 de abril de 2024, de

<https://www.parkinson.org/espanol/entendiendo-parkinson/que-es-parkinson/etapas>

Goyal, V., & Radhakrishnan, D. (2018). Parkinson's disease: A review. *Neurology India*,

66(7), 26. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.226451>

Kalia, L. V., & Lang, A. E. (2015). Parkinson's disease. *Lancet*, 386(9996), 896–912.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61393-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61393-3)

Lew, M. (2007). Overview of Parkinson's disease. *Pharmacotherapy*, 27(12P2).

<https://doi.org/10.1592/phco.27.12part2.155s>

Opara, J., Małeckki, A., Małeczka, E., & Socha, T. (2017). Motor assessment in Parkinson's

disease. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 24(3), 411–415.

<https://doi.org/10.5604/12321966.1232774>

Perera Pintado, A., Torres Aroche, L. A., Vergara Gil, A., Batista Cuéllar, J. F., & Prats Capote, A. (2017). SPECT/CT: principales aplicaciones en la medicina nuclear. *Nucleus*, 62, 2–9.

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-084X2017000200002

Puñal Riobóo, J., Varela Lema, L., Serena Puig, A., & Ruano-Ravina, A. (2007). Efectividad del 123I-ioflupano (DaTSCAN©) en el diagnóstico de síndromes parkinsonianos. Una revisión sistemática. *Revista española de medicina nuclear*, 26(6), 375–384.

<https://doi.org/10.1157/13112366>

¿Qué es el Parkinson? (s/f). Parkinson's Foundation. Recuperado el 18 de abril de 2024, de

<https://www.parkinson.org/espanol/entendiendo-parkinson/que-es-parkinson>

Super User. (s/f). *Unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS)*. Sen.es. Recuperado el 18 de abril de 2024, de

<https://getm.sen.es/profesionales/escalas-de-valoracion/26-getm/escalas-de-valoracion/88-unified-parkinson-s-disease-rating-scale-updrs>

Tomografía por emisión de positrones (TEP) del cerebro. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 18 de abril de 2024, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007341.htm>

Vérin, M., Tir, M., Ory, F., Mesnage, V., Verny, M., Auffret, M., Béreau, M., Giffard, M., & Defebvre, L. (2024). *Maladie de Parkinson et fin de vie : point de vue*

pluridisciplinaire. *Pratique neurologique - FMC*.

<https://doi.org/10.1016/j.praneu.2024.04.002>

Zhou, W., Tang, M., Sun, L., Lin, H., Tan, Y., Fan, Y., Fan, S., & Zhang, S. (2024).

Subcortical structure alteration in patients with drug-induced parkinsonism: Evidence from neuroimaging. *IBRO Neuroscience Reports*, *16*, 436–442.

<https://doi.org/10.1016/j.ibneur.2024.03.001>

7. Anexos

ANEXO 1

ESCALA DE HOEHN Y YAHR

Etapa I: síntomas solamente en un lado del cuerpo

Etapa II: síntomas en ambos lados del cuerpo. Sin deterioro del equilibrio.

Etapa III: deterioro del equilibrio, Enfermedad leve a moderada. Independiente físicamente

Etapa IV: incapacidad grave, pero todavía capaz de caminar o estar de pie sin ayuda.

Etapa V: en silla de ruedas o en la cama a menos que reciba ayuda.

→ **Etapa IV: incapacidad grave, pero todavía capaz de caminar o estar de pie sin ayuda (únicamente de pie agarrado a algo y de forma estática, por lo que prácticamente es etapa V.**

ANEXO 2

Escala unificada para la evaluación de la enfermedad de parkinson (UPDRS)

La escala UPDRS, es una versión modificada de la escala de H y Y con ocho niveles, con una estabilidad satisfactoria y una correlación moderada o alta con otras medidas de la EP.

- UPDRS I Estado mental, conducta y estado anímico (4 ítems)
 - UPDRS II Actividades de la vida diaria (13 ítems)
 - UPDRS III Exploración del sistema motor (14 ítems)
 - UPDRS IV Complicaciones del tratamiento (11 ítems)
- I. Estado mental, comportamiento y estado de ánimo **(9/16)**
 - Alteración del intelecto (0 nula)
 - Trastornos del pensamiento (2, alucinaciones benignas, conservando capacidad de discernir, intoxicación por fármacos)
 - Depresión (3, depresión mantenida con síntomas vegetativos, insomnio, pérdida de interés)
 - Motivación/iniciativa (4, aislado, apartado, pérdida total de la motivación)
 - II. Actividades de la vida diaria **(43/52)**
 - Lenguaje (4, ininteligible la mayor parte del tiempo)

- Salivación (3, marcado exceso de saliva con cierto grado de babeo)
- Deglución (3, requiere dieta blanda)
- Escritura (4, la mayoría de las palabras son ilegibles)
- Cortar alimentos y manejar cubiertos (3, le tienen que cortar los alimentos pero aún puede alimentarse con lentitud)
- Vestido (4, incapacitado)
- Higiene (3, requiere ayuda para levantarse, cepillar los dientes, peinarse e ir al retrete)
- Dar vueltas en la cama y ajustar la ropa de cama (4, incapacitado)
- Congelación al caminar (3, congelación frecuente, a veces se hace por causa de este fenómeno)
- Caminar (4, no puede caminar, incluso con ayuda)
- Temblor (4, marcado, interfiere en la mayoría de las actividades)
- Síntomas sensoriales relacionados con el parkinsonismo (3, frecuentes sensaciones dolorosas)

III. Exploración de aspectos motores (57/68)

- Lenguaje (3, muy alterado, difícil de comprender)
- Expresión facial (3, hipomimia moderada, labios separados la mayor parte del tiempo)
- Temblor de reposo en MMII (4, de gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo)
- Temblor de acción o postural de las manos (4, de gran amplitud, interfiere en la alimentación)
- Rigidez axial (4, muy intensa la amplitud del movimiento se logra con dificultad)
- Rigidez en MMSS (4, muy intensa, la amplitud del movimiento se logra con dificultad)
- Rigidez en MMII (4, muy intensa, la amplitud del movimiento se logra con dificultad)
- Golpeteo de los dedos (4, apenas puede realizar la acción)
- Movimientos alternantes con las manos (3, muy alterados, frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realizan los movimientos)
- Movimientos rápidos alternantes de MMSS (2, moderadamente alterados. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber ocasionales detenciones en el movimiento)
- Agilidad con los MMII (3, muy aterrada, frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento)
- Levantarse de la silla (4, incapaz de levantarse sin ayuda)
- Postura (3, postura muy encorvada, con cifosis. Puede inclinarse moderadamente a un lado)
- Marcha (4, no puede caminar, incluso con ayuda)
- Estabilidad postural (4, incapaz de permanecer en pie sin ayuda)

- Bradiquinesia e hipoquinesia (4, lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos marcada)

IV. Complicaciones del tratamiento (16/23)

Discinesias

- Duración (3, 51-75%)
- Incapacidad (3, importantemente incapacitantes)
- Discinesias dolorosas (3, importantemente)
- Presencia de distonía matutina (1, sí)

Fluctuaciones clínicas

- Periodos off predecibles (1, sí)
- Periodos off impredecibles (1, sí)
- Periodos off de instauración súbita (0, no)
- Proporción del día en off (2, 26-50%)

Otras complicaciones

- Anorexia, náuseas o vómitos (0, no)
- Trastornos del sueño (1, sí)
- Ortostatismo sintomático (1, sí)

TOTAL: 125 /159

(Super User. (s/f). *Unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS)*)

ANEXO 3

ESCALA DE BERG

Es una herramienta de evaluación utilizada para identificar el deterioro del equilibrio durante las actividades funcionales. Pueden ser útiles para desarrollar tratamientos que restauren el equilibrio del paciente y la movilidad o identificación de las intervenciones para ayudar al paciente a evitar las caídas.

La escala de Berg comprende 14 ítems.

- De sedestación a bipedestación (0, necesita una asistencia de moderada a máxima para levantarse)
- Bipedestación sin ayuda (0, incapaz de estar de pie durante 30 segundos sin asistencia)

- Sedestación sin apoyar la espalda, pero con los pies sobre el suelo o sobre un taburete o escalón (1, capaz de permanecer sentado durante 10 segundos)
- De bipedestación a sedestación (1, se sienta independientemente, pero no controla el descenso)
- Transferencias (0, necesita dos personas que le asistan o supervisen la transferencia para que sea segura)
- Bipedestación sin ayuda con los ojos cerrados (0, necesita ayuda para no caerse)
- Permanecer de pie sin agarrarse con los pies juntos (0, necesita ayuda para lograr la postura y es incapaz de mantenerla durante 15 segundos)
- Llevar el brazo extendido hacia delante en bipedestación (0, pierde el equilibrio mientras intenta inclinarse hacia delante o requiere ayuda)
- En bipedestación, recoger un objeto del suelo (0, incapaz de intentarlo o necesita asistencia para no perder el equilibrio o caer)
- En bipedestación, girarse para mirar atrás (1, necesita supervisión al girar)
- Girar 360 grados (0, necesita asistencia al girar)
- Subir alternante los pies a un escalón o taburete en bipedestación sin agarrarse (0, necesita asistencia para no caer o es incapaz de intentarlo)
- Bipedestación con los pies en tándem (1, necesita ayuda para dar el paso, pero puede mantenerlo durante 15 segundos)
- Bipedestación sobre un pie (0, incapaz de intentarlo o necesita ayuda para prevenir una caída)

Puntuación total= 4 (alto riesgo de caída)

Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 (equilibrio gravemente afectado) a 56 (excelente equilibrio).

0-20: alto riesgo de caída

21-40: moderado riesgo de caída

41-56: leve riesgo de caída

Según las puntuaciones obtenidas en la escala Berg obtenemos información de su capacidad motora y funcional.

(ESCALA BERG: valoración del equilibrio en pacientes con Daño Cerebral Adquirido. (2013, octubre 31))

ANEXO 4

ESCALA DE TINETTI

Lo que queremos averiguar es el riesgo de caídas que puede tener. El test se divide en dos partes, la valoración del equilibrio por un lado, y la valoración de la marcha por otro. Para ello vamos solicitando al paciente diferentes movimientos que iremos puntuando de 0 a 2, según el apartado, siendo la puntuación máxima en el equilibrio 16 y en la marcha 12.

Evaluación del equilibrio 4/16

1. *Equilibrio sentado: 0*
0 = Se inclina o se desliza en la silla
1 = Se mantiene seguro

2. *Levantarse: 0*
0 = Imposible sin ayuda
1 = Capaz, pero usa los brazos para ayudarse
2 = Capaz sin usar los brazos

3. *Intentos para levantarse: 0*
0 = Incapaz sin ayuda
1 = Capaz, pero necesita más de un intento
2 = Capaz de levantarse con un solo intento

4. *Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 sg): 1*
0 = Inestable (se tambalea, mueve los pies) marcado balanceo de tronco
1 = Estable, pero usa andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse
2 = Estable sin andador, bastón u otros soportes

5. *Equilibrio en bipedestación: 1*
0 = Inestable
1 = Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte
2 = Apoyo estrecho y sin soporte

6. *Empujar (el paciente en bipedestación, con el tronco erecto, con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano 3 veces): 0*
0 = Empieza a caerse
1 = Se tambalea, se agarra, pero se mantiene
2 = Estable

7. *Ojos cerrados (en la misma posición que en empujar): 0*

0 = Inestable

1 = Estable

8. *Vuelta de 360 grados: 1*

0 = Pasos discontinuos

1 = Pasos continuos

0 = Inestable (se tambalea, se agarra)

1 = Estable

9. *Sentarse: 1*

0 = Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla

1 = Usa los brazos o el movimiento es brusco

2 = Seguro, movimiento suave

Evaluación de la marcha 3/12

1. *Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande):0*

0 = Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar

1 = No vacila

2. *Longitud y altura de paso (movimiento del pie derecho): 0,0*

0= El pie derecho NO sobrepasa al pie izquierdo

1 = El pie derecho sobrepasa al pie izquierdo

0 = El pie derecho NO se separa completamente del suelo con el paso

1 = El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso

3. *Longitud y altura de paso (movimiento del pie izquierdo):0,0*

0 = El pie izquierdo NO sobrepasa al pie derecho

1 = El pie izquierdo sobrepasa al pie derecho

0 = El pie izquierdo NO se levanta completamente del suelo con el paso

1 = El pie izquierdo se levanta completamente del suelo con el paso

4. *Simetría del paso: 1*

0 = La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual

1 = La longitud parece igual

5. *Fluidez del paso: 0*

0 = Paradas entre los pasos

1 = Los pasos parecen continuos

6. *Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros): 1*

0 = Desviación grave de la trayectoria

1 = Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria

2 = Sin desviación o ayudas

7. *Tronco: 1*

0 = Balanceo marcado o usa ayudas

1 = No balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar

2 = No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas

8. *Postura al caminar: 0*

0 = Talones separados

1 = Talones casi juntos al caminar

4+3= 7 (<19, alto riesgo de caídas)

(B., A. L. (2017, febrero 20))