

TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Enfermedades neurológicas más frecuentes en la  
vejez: cuidados enfermeros”

Autor: Marta Marchal Muñoz

Director: Dr. Serafín Balanza Galindo

Murcia, a 2 de Junio de 2014







TRABAJO FIN DE GRADO



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“Enfermedades neurológicas más frecuentes en la  
vejez: cuidados enfermeros”

Autor: Marta Marchal Muñoz

Director: Dr. Serafín Balanza Galindo

Murcia, a 2 de Junio de 2014





**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO  
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

<b>ALUMNO</b>		<b>CURSO ACADÉMICO: 2013-2014</b>	
Apellidos: Marchal Muñoz		Nombre: Marta	
DNI: 76427357-J	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: "Enfermedades neurológicas más frecuentes en la vejez: cuidados enfermeros".			

El Prof/a. D. Serafín Balanza Galindo como Director(s)/Tutor(s)<sup>(1)</sup> del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649





## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y hermana, por haberme brindado la oportunidad de estudiar esta gran carrera y por el apoyo incondicional que me han dado durante todos estos años.

A Don Serafín Balanza Galindo, por el gran interés que ha mostrado en todo momento, ya que sin sus consejos no habría sacado el trabajo adelante.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	XXI
<b>ABSTRACT</b>	XXIII
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	25
<b>2. OBJETIVOS</b>	29
2.1. Objetivo General	29
2.2. Objetivos Específicos	29
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	31
<b>3.1. Qué son los trastornos neurológicos</b>	31
<b>3.2. Trastornos neurológicos más frecuentes en la vejez</b>	32
3.2.1. <i>Deterioro cognitivo y demencia</i>	32
3.2.2. <i>Demencia senil</i>	36
3.2.3. <i>Enfermedad de Alzheimer</i>	37
3.2.4. <i>Enfermedad de Parkinson</i>	40
3.2.5. <i>Accidente cerebrovascular (ACV)</i>	42
<b>3.3. Tratamiento farmacológico y cuidados enfermeros dirigidos a pacientes con trastornos neurodegenerativos</b>	45
<b>4. METODOLOGÍA</b>	53
<b>4.1. Diseño del estudio</b>	53
<b>4.2. Sujeto del estudio</b>	53
<b>4.3. Ámbito y periodo del estudio</b>	53
<b>4.4. Procedimiento de recogida de información</b>	53
4.4.1. <i>Fuentes de información</i>	53



<i>4.4.2. Procedimiento de recogida de datos</i>	53
<i>4.4.3. Procesamiento de los datos</i>	54
<b>5. RESULTADOS</b>	55
<b>5.1. Descripción del caso</b>	55
<b>5.2. Valoración de enfermería según el formato OMI-AP</b>	55
<b>5.3. Diagnósticos de enfermería</b>	57
<i>5.3.1. Justificación del diagnóstico principal de enfermería</i>	62
<b>5.4. Planificación</b>	62
<i>5.4.1. Resultados NOC e intervenciones NIC para el diagnóstico principal según el formato OMI-AP</i>	62
<b>5.5. Ejecución</b>	64
<b>5.6. Evaluación</b>	70
<i>5.6.1. Evaluación del diagnóstico principal</i>	70
<b>6. DISCUSIÓN</b>	71
<b>6.1. Limitaciones del estudio</b>	74
<b>7. CONCLUSIONES</b>	75
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	77
<b>9. ANEXOS</b>	85
<b>9.1 Valoración de enfermería según el formato OMI-AP</b>	85
<i>9.1.1. Patrón Percepción-manejo de la salud</i>	85
<i>9.1.2. Patrón Nutricional-metabólico</i>	86
<i>9.1.3 Patrón Eliminación</i>	87
<i>9.1.4. Patrón Actividad-ejercicio</i>	87



9.1.5. <i>Patrón Sueño-descanso</i>	89
9.1.6. <i>Patrón Cognitivo-perceptual</i>	90
9.1.7. <i>Patrón Autopercepción-autoconcepto</i>	90
9.1.8. <i>Patrón Rol-relaciones</i>	91
9.1.9. <i>Patrón Adaptación-tolerancia al estrés</i>	92





## **ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS E IMÁGENES**

### **FIGURAS**

Figura 3.1. Clasificación del ictus	43
Figura 5.1. Red de razonamiento clínico de los diagnósticos enfermeros	61

### **TABLAS**

Tabla 3.1. Diagnóstico diferencial de demencia contra deterioro cognitivo leve	33
Tabla 3.2. Síntomas del Alzheimer	38
Tabla 3.3. Tipos de Alzheimer	39
Tabla 3.4. Complicaciones más frecuentes del ACV isquémico	44
Tabla 3.5. Escala de Braden	48
Tabla 3.6. Terapéutica farmacológica en la enfermedad de Parkinson	49
Tabla 3.7. Técnicas de rehabilitación para la disartria parkinsoniana	51
Tabla 5.1. Puntuación NOC	62
Tabla 5.2. Puntuación NOC	63
Tabla 5.3. Intervenciones NIC. Cambio de posición	63
Tabla 5.4. Intervenciones NIC. Inmovilización	63
Tabla 5.5. Intervenciones NIC. Administración de medicación tópica	64
Tabla 5.6. Evaluación de la puntuación del resultado NOC	70
Tabla 5.7. Evaluación de la puntuación del resultado NOC	70

### **IMÁGENES**

Imagen 3.1. Examen cognitivo (Mini-Mental State Examination)	34
Imagen 3.2. Evolución cerebral de la enfermedad de Alzheimer	37



## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

ACV: Accidente cerebrovascular

CIR: Cirugía

DM: Diabetes mellitus

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica

FC: Frecuencia cardíaca

FR: Frecuencia respiratoria

HTA: Hipertensión arterial

MEC: Mini examen cognoscitivo

NIH: National Institutes of Health

OMS: Organización Mundial de la Salud

SNC: Sistema nervioso central

TAD: Tensión arterial diastólica

TAS: Tensión arterial sistólica

UI: Unidad de ictus

UPP: Úlceras por presión



## RESUMEN

Introducción y objetivos: Las enfermedades neurodegenerativas suponen la principal causa de mortalidad y morbilidad en la población española. Entre las principales, destacan la demencia senil, enfermedad de Alzheimer, Parkinson y accidentes cerebrovasculares. El objetivo general de nuestro estudio consiste en analizar las características de estos trastornos que afectan a la población anciana y los cuidados enfermeros que requieren.

Metodología: Investigación cualitativa tipo estudio de caso, realizado en atención primaria en un centro de salud de la Región de Murcia, a una paciente diagnosticada de enfermedad de Alzheimer y Parkinson. El estudio se realizó mediante la observación directa, revisión bibliográfica sobre el tema y elaboración del proceso enfermero mediante la Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Resultados: Identificamos a través de una red de razonamiento el diagnóstico principal de enfermería: Deterioro de la integridad cutánea. Tras la realización de las intervenciones enfermeras el diagnóstico principal mejoró notablemente, aunque no se llegó a alcanzar la puntuación diana.

Discusión y limitaciones: La metodología aplicada con relación al diagnóstico principal coincide con la registrada en la literatura. Consideramos que nuestra principal contribución está relacionada con la realización de una correcta ejecución de los cuidados de enfermería en la paciente enferma de Parkinson y Alzheimer. Como limitaciones nos encontramos el tiempo limitado en la realización del seguimiento.

Conclusiones: Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y cuidados de estos enfermos, al ser elemento de convergencia de las diferentes especialidades médicas en lo referente a la atención, control y tratamiento de estos procesos.

**Descriptor:** Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, demencia, accidente cerebrovascular, úlcera por presión y atención de enfermería.



## **ABSTRACT**

Introduction and objectives: Neurodegenerative diseases are the leading cause of mortality and morbidity in the Spanish population. Among the more relevant are senile dementia, Alzheimer's disease, Parkinson's disease and stroke. The overall objective of our study is to analyze the characteristics of these disorders that affect the elderly and the nursing care they require. Methodology: Qualitative research, case study type, conducted in primary care in a health center in the Region of Murcia, in a patient diagnosed with Alzheimer's and Parkinson disease. The study was conducted by direct observation, literature review on the subject and development of the nursing process according to NANDA, NOC and NIC Taxonomy. Results: We identified through a reasoning network the main nursing diagnosis: Impaired skin integrity. After appropriate nursing care the main diagnosis improved significantly, although did not reach the target score. Discussion and limitations: The methodology applied in relation to the main diagnosis matches that recorded in the literature. We believe that our main contribution is related to the realization of a proper implementation of nursing care in a patient suffering from Alzheimer's and Parkinson's disease. Among the limitations to remark the limited time in carrying out the follow up. Conclusions: Nursing plays a key role in the prevention and care of these patients, as convergence element of different medical specialties with regard to care, control and treatment of these processes.

**Keywords:** Alzheimer's disease, Parkinson's disease, dementia, stroke, pressure ulcer and nursing care.





## 1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos. <sup>1</sup> En conjunto, esos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Un mal funcionamiento del sistema nervioso puede ocasionar dificultad para el movimiento, hablar, deglutir, respirar o aprender. También puede ocasionar problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo. Existen más de 600 enfermedades neurológicas <sup>2</sup> entre las que podemos encontrar la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares tales como el ACV (accidente cerebrovascular), la esclerosis múltiple, ELA (esclerosis lateral amiotrófica), la enfermedad de Parkinson, y otros tipos de trastornos. <sup>1</sup>

Cientos de millones de personas en todo el mundo sufren trastornos neurológicos. Aproximadamente 6,2 millones de personas mueren cada año por accidentes cerebrovasculares. Según los cálculos, 35,6 millones de personas en todo el mundo padecen demencia, y se diagnostican 7,7 millones de casos nuevos cada año (la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia y puede contribuir al 60-70% de los casos). <sup>1</sup>

Con el incremento en el número de adultos mayores, la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento va adquiriendo mayor importancia. La prevalencia de demencia crece exponencialmente de los 65 a los 85 años, duplicándose cada 5-6 años y estabilizándose a partir de los 85-90 años. <sup>3</sup>

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales, lo suficientemente importante para interferir con el funcionamiento diario y la calidad de vida. También puede acompañarse de otras manifestaciones neuropsiquiátricas tales como alteraciones motoras, de la conducta, depresión, ansiedad, alucinaciones y/o delirium. <sup>3</sup>

La demencia senil es un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, caracterizado por un deterioro permanente de la memoria y otras funciones intelectuales, y frecuentemente acompañado de otros trastornos psiquiátricos, que ocurre sin alteración del nivel de conciencia, afectando al funcionamiento social. Disminuyen en el individuo las funciones volitivas y cognitivas, lo que conlleva cambios en el comportamiento e incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Este síndrome representa aproximadamente el 50% de la neuropatología del anciano. <sup>4</sup>

La enfermedad del Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa de curso progresivo que constituye la causa mas frecuente de demencia entre las personas mayores. Los síntomas principales son: déficit de funciones cognitivas, trastornos psiquiátricos y dificultades para realizar las actividades de la vida diaria que determinan la dependencia de un cuidador. <sup>5</sup> La enfermedad de Alzheimer puede ser de aparición temprana, los primeros síntomas aparecen antes de los 60 años y es mucho menos común que el de aparición tardía; sin embargo tiende a empeorar rápidamente. La enfermedad de aparición temprana puede ser hereditaria; aunque también puede tener este componente hereditario, el Alzheimer de aparición tardía, la forma más común de la enfermedad, que se presenta en personas de 60 años en adelante. <sup>6</sup>

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo del sistema nervioso central. <sup>7</sup> En este trastorno, las neuronas que producen una sustancia química llamada dopamina (encargada de enviar señales que ayudan a coordinar los movimientos) mueren o no funcionan adecuadamente. Nadie conoce el origen del daño ocasionado a estas células. Sus síntomas pueden incluir temblor y rigidez en manos, brazos, piernas, lentitud de movimientos, problemas de equilibrio y coordinación. <sup>8</sup>

A medida que los síntomas empeoran, las personas con la enfermedad pueden tener dificultades para caminar o realizar labores simples, dificultades para masticar, deglutir o hablar. <sup>8</sup>

La enfermedad de Parkinson suele comenzar alrededor de los 60 años, pero puede aparecer antes. Es mucho mas común entre los hombre que entre las mujeres. No existe un tratamiento curativo para la enfermedad de

Parkinson, aunque existen diversos medicamentos que pueden ayudar a mejorar los síntomas.<sup>8</sup>

El accidente cerebrovascular (ACV) sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Al no percibir suministro de oxígeno, las neuronas pueden dañarse de manera irreversible, la mayoría de las ocasiones, produciendo un daño neurológico permanente.<sup>9</sup> Son trastornos clínicos habitualmente súbitos derivados de una isquemia o hemorragia del Sistema Nervioso Central (SNC).<sup>10</sup>

El ACV ocupa en el mundo occidental la segunda causa de mortalidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En España representan la primera causa de mortalidad femenina y la segunda de mortalidad masculina, y constituye la principal causa de secuelas neurológicas permanentes en el adulto.<sup>10</sup>



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

- Analizar, de forma generalizada, las características de los trastornos neurológicos que afectan a los ancianos y los cuidados enfermeros que requieren.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Actualizar la teoría sobre los conocimientos de las enfermedades neurodegenerativas que afectan a los ancianos.
- Identificar los cambios que producen estas enfermedades en la vida del paciente.
- Evaluar los tratamientos rehabilitadores en las enfermedades neurodegenerativas.
- Mostrar la importancia del papel de enfermería en estos procesos neurodegenerativos.
- Desarrollar un plan de cuidados informatizado según taxonomía normalizada (NANDA, NOC, NIC) a una paciente con demencia tipo Alzheimer, enfermedad de Parkinson y úlcera por presión.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Qué son los trastornos neurológicos**

Las enfermedades neurodegenerativas suponen, junto con las enfermedades vasculares y oncológicas, la principal causa de mortalidad y morbilidad en la población española.<sup>11</sup> Éstas incluyen un grupo de enfermedades de causa desconocida, inicio insidioso y que tienen en común el hecho de ser progresivas.<sup>12</sup> Son enfermedades del sistema nervioso central y periférico. Un mal funcionamiento del sistema nervioso puede ocasionar dificultad para el movimiento, hablar, deglutir, respirar o aprender. También puede ocasionar problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

<sup>1</sup> Estas enfermedades se caracterizan por una disminución en el número de células en determinadas poblaciones neuronales; por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer se ha observado una disminución de neuronas colinérgicas fundamentalmente en el hipocampo y la amígdala, mientras que en la enfermedad de Parkinson, son las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra y ganglios basales las afectadas. La pérdida neuronal se refleja clínicamente por la aparición de sintomatologías específicas, como alteración en los procesos de memoria y lenguaje en la enfermedad de Alzheimer, y modificación en el control y la coordinación del movimiento en la enfermedad de Parkinson.<sup>11</sup>

Las enfermedades neurodegenerativas se clasifican según las características clínicas que predominan, y pueden agruparse en diferentes grupos según si presentan: un síndrome demencial (enfermedad de Alzheimer), un trastorno del movimiento y la postura (enfermedad de Parkinson), ataxia progresiva (atrofia olivopontocerebelosa), debilidad y atrofia muscular (esclerosis lateral amiotrófica, ELA). La demencia de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y los accidentes cerebrovasculares (ACV) son las causas más frecuentes de incapacidad física y mental en personas mayores.<sup>12</sup>

Con el incremento en el número de adultos mayores, la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento va adquiriendo mayor importancia. La prevalencia de demencia

crece exponencialmente de los 65 a los 85 años, duplicándose cada 5-6 años y estabilizándose a partir de los 85-90 años.<sup>3</sup>

Según los cálculos, 35,6 millones de personas en todo el mundo padecen demencia, y se diagnostican 7,7 millones de casos nuevos cada año (la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia y puede contribuir al 60-70% de los casos).<sup>1</sup>

### **3.2. Trastornos neurológicos más frecuentes en la vejez**

#### *3.2.1. Deterioro cognitivo y demencia*

La demencia se define convencionalmente como el deterioro de la memoria y de al menos otra función superior (como lenguaje, gnosis, praxias o función ejecutiva). Es un síndrome clínico caracterizado por pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales, lo suficientemente importante para interferir con el rendimiento laboral o social del individuo, haciéndole perder su autonomía personal. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades, establece como criterios para el diagnóstico de demencia el deterioro de la memoria, el pensamiento y del razonamiento, así como la interferencia en la actividad cotidiana. También puede acompañarse de otras manifestaciones neuropsiquiátricas tales como alteraciones motoras, de la conducta, depresión, ansiedad, alucinaciones y/o delirium. El paciente con demencia presenta un deterioro a todos los niveles (físico, psíquico, social).<sup>3, 13,14</sup>

La diferenciación entre la demencia y el deterioro cognitivo leve descansa en la determinación de si hay o no una interferencia significativa en la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades cotidianas usuales.<sup>3</sup> En la tabla 3.1 se puede observar la similitud y las diferencias existentes entre el deterioro cognitivo leve y la demencia.



**Tabla 3.1.** Diagnóstico diferencial de demencia contra deterioro cognitivo leve

<b><u>Características</u></b>	<b><u>Deterioro cognitivo leve</u></b>	<b><u>Demencia</u></b>
Inicio	Insidioso	Insidioso
Duración	Crónico	Crónico
Curso a lo largo del día	Estable	Casi siempre estable
Nivel de conciencia	Normal	Normal
Desorientación	Leve	Progresiva, intensa en etapas avanzadas
Alteraciones de la percepción	Ausentes	Raras
Afecto	Normal	Lábil
Psicomotricidad	Normal	Más conservada
Atención	Poco alterada	Alterada en etapas avanzadas

**Fuente:** Elaboración propia basada en Demencia en el adulto mayor.<sup>3</sup>

Cualquier enfermedad orgánica cerebral, ya sea vascular, infecciosa, tumoral, desmielinizante, degenerativa, metabólica o tóxica, puede dar lugar a un deterioro cognitivo o mental que desemboque en una demencia. La enfermedad de Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy, las demencias frontotemporales, las enfermedades priónicas y las demencias vasculares representan el 90% o más de las causas de demencia.<sup>13</sup>

Existen varios tipos de clasificación de las demencias. De acuerdo con su origen, las demencias se pueden clasificar en demencia cortical (enfermedad de Alzheimer), demencia subcortical (enfermedad de Parkinson, encefalopatía tóxica o metabólica), demencia cortico-subcortical (vasculopatías, traumatismos) o cortico-basal.<sup>3</sup>

El diagnóstico se hace en varias etapas. En primer lugar se confirma el deterioro orgánico mediante el examen neurológico y neuropsicológico, para descartar, por ejemplo, una pseudodemencia depresiva. Como prueba sencilla de cribado es muy útil el *Mini-Mental-State-Examination*.<sup>13</sup>

<b>Orientación</b>	
Dígame el (la) día..fecha..mes..estación..año (un punto a cada respuesta)	5
Dígame el (la) ambulatorio/hospital..servicio..ciudad..provincia..país (un punto a cada respuesta)	5
<b>Atención</b>	
Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana	3
<b>Concentración y cálculo</b>	
Restar de 7 en 7 (o de 3 en 3) desde cien (cinco sustracciones)	5
<b>Memoria</b>	
Repita las tres palabras anteriores	3
<b>Lenguaje</b>	
Mostrar un reloj y un bolígrafo. ¿Qué es esto?	2
Repítame «ni si ni no ni pero»	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo	3
Lea esta frase («cierre los ojos») y haga lo que dice	1
Escriba una frase	1
Copie este dibujo (se puntúa si están presentes los ángulos y hay una intersección)	1
<b>Total</b>	<b>30</b>

**Imagen 3.1.** Examen cognitivo (Mini-Mental State Examination) (de Folstein)

**Fuente:** Extraído de Anamnesis y exploración del paciente con sintomatología del sistema nervioso. Tratado de Medicina Interna. Farreras/Rozman. XVII edición.<sup>15</sup>

Posteriormente se realizan análisis generales y de imagen para excluir una causa total o parcialmente tratable, como un trastorno endocrino, metabólico, carencial o un proceso expansivo (tumor, hematoma subdural) o

hidrocefalia del adulto. En tercer lugar se realizan pruebas específicas para el diagnóstico, si es posible, de otras causas. Además de los tratamientos específicos o etiológicos cuando sean posibles, deben tenerse presentes el cuidado sintomático de los pacientes y el apoyo psicológico y social a las familias.<sup>13</sup>

Una vez hecho el diagnóstico de demencia, se puede clasificar como leve, moderada o severa:

- Leve: cuando afecta actividades de la vida diaria sin causar problemas para la independencia del paciente.
- Moderado: cuando condiciona incapacidad para vivir de manera independiente. El individuo no recuerda información básica acerca de su vivienda, actividades recientes o el nombre de familiares.
- Severo: se caracteriza por la absoluta incapacidad de retener nueva información y solo se recuerdan fragmentos de experiencias o conocimientos pasados. El paciente no reconoce a sus familiares.<sup>3</sup>

Para un diagnóstico clínico confiable, la pérdida de memoria debe estar presente al menos durante seis meses; si la duración de las manifestaciones es menor, el diagnóstico es presuntivo. La severidad de la demencia se establece por el grado de decremento cognitivo o de la memoria. Cuando existen episodios concomitantes de delirium, el diagnóstico de demencia debe ser diferido.<sup>3</sup>

Existen factores de riesgo no modificables como la edad, siendo éste el más importante para el desarrollo de demencia. La historia familiar de demencia en un pariente de primer grado aumenta cuatro veces el riesgo de desarrollar demencia. Los factores de riesgo modificables conocidos son el consumo excesivo de alcohol, con un efecto paradójico protector en cantidades moderadas, el tabaquismo, la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, trauma repetido de cráneo o asociado a pérdida del estado de alerta, baja ingesta de folatos con altos niveles de homocisteína.<sup>3</sup>

La incidencia y prevalencia de las demencias se incrementa con la edad. Dado el crecimiento sostenido de la población mayor de 65 años, se espera que el número de personas afectadas por estas patologías aumente progresivamente. Se ha estimado que en los últimos años, la prevalencia ha alcanzado el 3,9% de la población mundial, proyectándose un incremento al 6,9% para el año 2020, y al 13,1% para el año 2040. Estudios de prevalencia muestran un mayor índice de demencia en mujeres que en hombres. Sin embargo, el número de casos de demencia vascular es mayor en hombres que en mujeres, aunque éstas últimas suelen igualarlos en edades más avanzadas. Se calcula que menos del 1% de las personas menores de 50 años tiene demencia, un problema que afecta al 5% de las personas mayores de 65 años.  
3, 13,16

### 3.2.2. *Demencia senil*

La demencia senil se define como el deterioro adquirido, de naturaleza orgánica, de las capacidades cognitivas que entorpece la realización satisfactoria de las actividades diarias. Se caracteriza por un deterioro permanente de la memoria y otras funciones intelectuales, y frecuentemente acompañado de otros trastornos psiquiátricos, que ocurren sin alteración del nivel de conciencia, afectando al funcionamiento social. La capacidad cognitiva que más a menudo se pierde con la demencia senil es la memoria; 10% de personas mayores de 70 años y entre 20-40% de los mayores de 85 años padecen amnesia clínica. Además de la memoria, en la demencia se alteran también otras facultades psíquicas como lenguaje, capacidad visuoespacial, cálculo, discernimiento y solución de problemas.<sup>4,17</sup>

La demencia senil es producto de la interrupción de ciertos circuitos neuronales en el cerebro; la magnitud de la pérdida neuronal y la situación de las regiones afectadas son factores que se combinan para generar un cuadro específico.<sup>17</sup>

Este síndrome representa aproximadamente el 50% de la neuropatología del anciano. Es la tercera causa de muerte después del cáncer y el accidente cerebrovascular en personas mayores de 65 años y la primera causa de invalidez. Observando la incidencia anual de este síndrome, se

aprecia que aparece un caso nuevo por cada 1000 sujetos entre 60 y 65 años y hasta 2,4 casos nuevos por cada 100 sujetos mayores de 70 años y conlleva grandes implicaciones familiares, personales y sociales. <sup>4</sup>

### 3.2.3. Enfermedad de Alzheimer

De los diferentes trastornos que originan el trastorno cognitivo en personas mayores, el Alzheimer es el responsable del 60-70%. <sup>18</sup>

La enfermedad del Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, de lenta evolución e irreversible, que constituye la causa más frecuente de demencia entre las personas mayores. Afecta al cerebro humano en su totalidad, ocasionando una lenta destrucción y atrofia de la corteza cerebral, siendo las áreas asociativas corticales y parte del sistema límbico, donde se albergan las funciones cognitivas superiores, las más afectadas. <sup>5,18</sup>



**Imagen 3.2.** Evolución cerebral de la enfermedad de Alzheimer

**Fuente:** Extraído de La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. <sup>18</sup>

Se caracteriza por alteraciones en las funciones intelectuales (memoria, lenguaje, atención, concentración, praxias, gnosis, funciones visuoespaciales y capacidades ejecutivas), frecuentemente acompañado de alteraciones psicológicas y de conducta, y que se traduce en la alteración en el funcionamiento del enfermo provocando situaciones de desadaptación social, laboral, familiar, etc., y la dependencia para casi todas las actividades de la vida diaria. <sup>19</sup>

El principal factor de riesgo del Alzheimer es el envejecimiento, seguido del riesgo que comporta tener una historia familiar de dicha enfermedad.

Como toda enfermedad compleja, es el resultado de la interacción entre factores genéticos predisponentes, mecanismos epigenéticos y factores exógenos ambientales. De forma parecida a lo que sucede en la mayoría de las enfermedades neurodegenerativas, existen algunos casos familiares (alrededor de un 2%) y otros con herencia poligénica, llamados esporádicos, que constituyen la inmensa mayoría (98%).<sup>5</sup>

Las causas de la enfermedad de Alzheimer no han sido completamente descubiertas. Existen tres principales hipótesis para explicar el fenómeno: el déficit de acetilcolina, la acumulación de amiloide y trastornos metabólicos. La causa en la que se basan la mayoría de los tratamientos disponibles en el presente, es el déficit de acetilcolina (encargada de los procesos de la memoria), los enfermos de Alzheimer carecen prácticamente de este neurotransmisor, apareciendo problemas de memoria. A medida que avanza la enfermedad se produce un empeoramiento progresivo de la sintomatología, así como la aparición de nuevos síntomas. No todos los enfermos manifiestan los mismos síntomas, aunque sí existen comportamientos comunes que se desarrollan a lo largo de un periodo de tiempo.<sup>20</sup>

**Tabla 3.2.** Síntomas del Alzheimer

<b>Deficiencias cognoscitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la memoria</li> </ul>
<b>Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia</li> <li>• Apraxia</li> <li>• Alteración de la ejecución</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia basada en El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros.<sup>20</sup>

Podemos clasificar la enfermedad de Alzheimer según la edad de aparición. Si es de aparición temprana, surge antes de los 60 años y tiende a empeorar rápidamente. Puede deberse a un componente hereditario. Si es de aparición tardía (la forma más común de la enfermedad) se presenta en personas de 60 años en adelante.<sup>6</sup>

Atendiendo a la edad de comienzo de la enfermedad y a la evolución de sus síntomas, la enfermedad de Alzheimer se ha dividido en dos tipos:<sup>20</sup>

**Tabla 3.3.** Tipos de Alzheimer

<u>Alzheimer Tipo I</u>	<u>Alzheimer Tipo II</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se desarrolla en personas de edad avanzada.</li><li>• Inicio lento, insidioso y gradual.</li><li>• Primeros síntomas en aparecer: fallos en la memoria y orientación.</li><li>• El movimiento no se altera hasta los últimos estadios de la enfermedad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aparece en personas menores de 65 años.</li><li>• Tiene una evolución más rápida.</li><li>• La incoordinación motora aparece antes que en el tipo I.</li></ul>

**Fuente:** Elaboración propia basada en El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros.<sup>20</sup>

Las fases de la enfermedad de Alzheimer se pueden resumir de la siguiente forma:

- Primera fase: puntuación en Mini Examen Cognoscitivo (MEC) 14-19. Presenta alteración de memoria y lenguaje, pérdida de capacidad de concentración, desorientación espacio-temporal y cambios de personalidad.
- Segunda fase: puntuación en MEC 5-14. Se caracteriza por una incapacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria sin supervisión, dificultad para comunicarse, desorientación espacial, dificultad para la coordinación y alteraciones en el comportamiento.
- Tercera fase o fase terminal: puntuación en MEC <5. Se caracteriza por agnosia extrema, afasia, apraxia, apatía, pérdida de referencia espacio-temporal y pasividad.<sup>18</sup>

La incidencia y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer aumentan de forma exponencial con la edad. Según la Alzheimer's Association, el 13% de las personas de 65 años en adelante sufren esta enfermedad. La incidencia de la enfermedad de Alzheimer se incrementa exponencialmente desde los 2,8

pacientes /1000 personas al año (entre 65 y 69 años) hasta alcanzar la cifra anual de 56,1 pacientes/1000 (en la población con más de 90 años).<sup>5</sup>

#### *3.2.4. Enfermedad de Parkinson*

La enfermedad de Parkinson es la forma más frecuente de un grupo de enfermedades neurodegenerativas progresivas, caracterizadas por los signos clínicos de parkinsonismo que incluyen bradicinesia (movimientos lentos y escasos), temblor en reposo, rigidez muscular, marcha festinante y postura en flexión.<sup>21</sup> Estos síntomas generalmente comienzan gradualmente y empeoran con el tiempo. A medida que se vuelven más pronunciados, los pacientes pueden tener dificultad para caminar, hablar o completar otras tareas sencillas. La enfermedad de Parkinson también se llama parkinsonismo primario o enfermedad de Parkinson idiopática (trastorno para el cual aún no se ha encontrado la causa).<sup>7</sup>

Se le ha definido clínicamente como un trastorno del movimiento (cinético), pero se puede acompañar de síntomas no motores que incluyen alteraciones autonómicas, sensitivas, del sueño, cognitivas y psiquiátricas.<sup>21</sup> Este cuadro clínico puede producirse por factores etiológicos diversos, pero en muchos casos se desconoce la causa.<sup>22</sup>

Esta enfermedad desencadena una serie de déficits funcionales, emocionales, sociales y cognitivos en la persona, que influyen en su propia autonomía, generando una situación de dependencia. Dicha enfermedad y su progresivo desarrollo merman, de forma importante, la calidad de vida del paciente.<sup>23</sup> En las fases más avanzadas de esta enfermedad, los pacientes no pueden caminar de forma independiente y necesitan ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.<sup>24</sup>

La enfermedad de Parkinson se asocia a bajos niveles de dopamina por degeneración de unas neuronas que se hallan situadas en un núcleo llamado sustancia negra. La pérdida de las reservas de dopamina en esta área del cerebro provoca un desequilibrio que afecta al movimiento voluntario.<sup>25</sup> Los estudios demuestran que la mayoría de los pacientes con Parkinson han



perdido 60-80% de las células productoras de dopamina en la sustancia negra en el momento de la aparición de los síntomas.<sup>7</sup>

La causa de esta enfermedad es desconocida. Es posible que se deba a un factor ambiental capaz de producir una lesión que permanezca subclínica hasta que se asocia a la degeneración neuronal propia de la vejez. Hasta la fecha, el único factor ambiental claro relacionado con la incidencia de dicha enfermedad es el hábito tabáquico, ya que los pacientes que la sufren fuman menos que la población general.<sup>22</sup>

La manifestación más discapacitante en la enfermedad de Parkinson es la bradicinesia. Son características la fascies inexpresiva, con disminución del parpadeo, y un enlentecimiento general que complica todos los aspectos de la vida cotidiana, como caminar, levantarse de una silla, girar en la cama y vestirse. Típicamente el temblor en reposo aparece en un solo lado, primero en la parte distal afectando a los dedos de la mano y la muñeca. El temblor por lo general se disemina en sentido proximal, ipsolateral y en ocasiones, hacia la pierna antes de cruzar al otro lado. Puede aparecer más tarde en los labios, la lengua y la mandíbula, respetando la cabeza y el cuello. Los trastornos de la marcha con pasos cortos y arrastrando los pies, así como una tendencia a girar todo el cuerpo en bloque, son características sobresalientes de la enfermedad de Parkinson.<sup>21,22</sup>

La postura típica del parkinsoniano es en flexión, tanto de la cabeza y del tronco como de las articulaciones de los brazos y las piernas. Inicialmente poco importantes, pero al progresar la enfermedad, estas anomalías se hacen cada vez más acusadas. En estadios avanzados, el paciente camina con el tronco flexionado, arrastrando los pies, con pasos cortos y ausencia de balanceo de los brazos. En ocasiones el ritmo de la marcha aumenta poco a poco como si el paciente buscara su centro de gravedad (marcha festinante).<sup>22</sup>

Algunos aspectos no motores de esta enfermedad son depresión y ansiedad, alteraciones cognitivas, trastornos del sueño, anormalidades sensoriales y dolor, pérdida del olfato (anosmia) y alteraciones de la función autonómica. En conjunto contribuyen a la carga que representa la enfermedad.

Existen evidencias concluyentes de que factores genéticos están involucrados en el desarrollo de la enfermedad. Existe una historia familiar de Parkinson en el 16-24% de los casos y se ha demostrado un riesgo significativamente aumentado de desarrollar la enfermedad en los familiares de primer grado.<sup>22</sup>

Se calcula que aproximadamente unos 6,3 millones de personas en todo el mundo sufren la enfermedad de Parkinson. En España el número de afectados se cifra alrededor de las 100.000 personas y se estima que es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente entre las personas mayores de 65 años. La irreversibilidad de esta patología, junto a la inexistencia, hoy por hoy, de tratamientos curativos y la progresiva dependencia que conlleva, convierten al colectivo de Enfermería en uno de los pilares básicos del equipo sanitario que presta atención al enfermo de Parkinson y a su familia.<sup>26</sup>

### *3.2.5. Accidente cerebrovascular (ACV)*

Los accidentes vasculares cerebrales, también llamados ictus, son trastornos clínicos habitualmente súbitos debidos al aporte insuficiente de sangre al cerebro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ictus como un síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal. Al no percibir suministro de oxígeno, las neuronas del sistema nervioso pueden dañarse de manera irreversible, la mayoría de las ocasiones, produciendo un daño neurológico permanente. Se le denomina accidente cerebrovascular isquémico establecido cuando los síntomas persisten durante 24 horas o más y accidente isquémico transitorio si los síntomas remiten en menos de un día.<sup>9, 10, 27,28</sup>

El accidente cerebrovascular es la segunda causa de muerte y el principal responsable de la discapacidad física grave en la persona adulta en los países industrializados, que provoca no solo una discapacidad física, sino también un trastorno cognitivo importante.<sup>29,30</sup> Además de limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con una frecuencia de depresión presente en más del 50% de los casos.<sup>31</sup>

La afectación funcional producida por el ACV es consecuencia de la severidad, duración, localización y extensión del daño cerebral, sobre el que influyen otros factores. <sup>30</sup>

Entre las múltiples secuelas que provoca el ictus se incluye el trastorno cognitivo, y los estudios muestran que más de un tercio de los pacientes con ictus sufren demencia en los tres primeros meses. <sup>29</sup>

Atendiendo a su naturaleza, evolución o etiología, el ictus lo podemos clasificar en tres grandes apartados. <sup>27</sup> En la figura 3.1 mostramos la clasificación del ictus.



**Figura 3.1.** Clasificación del ictus

**Fuente:** Extraído de Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. <sup>27</sup>

El ACV isquémico representa el 70-80% de todos los ictus, seguidos en frecuencia por la hemorragia intraparenquimatosa (10-15%) y la hemorragia subaracnoidea (5-10%). El 25% de los pacientes con ACV isquémico sufre un empeoramiento clínico precoz y el 8-20% fallece durante el primer mes. <sup>10</sup>

Esta demencia puede obedecer a la acumulación de lesiones isquémicas en diversos territorios cerebrales (demencia multiinfarto), o a la

presencia de infartos en áreas cognitivas especialmente relevantes, tales como el lóbulo temporal o parietal, o los tálamos (demencia talámica).<sup>10</sup> Las principales complicaciones del ACV isquémico se detallan en la tabla 3.4.

**Tabla 3.4.** Complicaciones más frecuentes del ACV isquémico

<u>Neurológicas</u>	<u>Generales</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema cerebral</li> <li>• Hidrocefalia</li> <li>• Hipertensión intracraneal</li> <li>• Transformación hemorrágica del infarto</li> <li>• Convulsiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración</li> <li>• Hipoventilación</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Isquemia miocárdica</li> <li>• Arritmias</li> <li>• Embolia pulmonar</li> <li>• Infección urinaria</li> <li>• Úlcera de decúbito</li> <li>• Malnutrición</li> <li>• Contracturas</li> <li>• Anquilosis</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia basada en Accidentes vasculares cerebrales. Tratado de Medicina Interna. Farreras/Rozman. XVII edición.<sup>32</sup>

El “Código ictus” es un procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas y signos de un ictus, con la priorización de cuidados y el traslado inmediato a un hospital en el que el paciente se pueda beneficiar de una terapia de cuidados especiales de una unidad de ictus (UI). Para una activación precoz del “Código ictus” es necesario el conocimiento de sus síntomas: pérdida brusca de fuerza o torpeza en brazo y/o pierna del mismo lado, desviación de la comisura bucal, repentina alteración del habla, confusión o desorientación de comienzo agudo, trastorno de la sensibilidad en un lado del cuerpo o de la cara, pérdida brusca de visión en uno

o ambos ojos en un lado del campo visual, dolor de cabeza inusual de inicio brusco (no atribuible a otras causas), inestabilidad, diplopía y sensación de vértigo o mareo.<sup>27</sup>

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de afecciones cerebrovasculares, son bien conocidos como la edad avanzada, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipemias, el tabaquismo, el alcoholismo y la fibrilación auricular.<sup>33</sup>

El ACV ocupa en el mundo occidental la segunda causa de mortalidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Su incidencia mundial es de 1,5 a 4 casos por cada 1000 habitantes, y la prevalencia de 8-20 por igual número de habitantes. En España representan la primera causa de mortalidad femenina y la segunda de mortalidad masculina, y constituye la principal causa de secuelas neurológicas permanentes en el adulto.<sup>10,28</sup>

### **3.3. Tratamiento farmacológico y cuidados enfermeros dirigidos a pacientes con trastornos neurodegenerativos**

Las situaciones de enfermedad crónica representan desde hace algunos años un foco de interés para enfermería dado su carácter progresivo, incapacitante, irreversible, prolongado y único, que afecta la totalidad de la vida de las personas implicadas, y genera modificaciones en todas las dimensiones del ser humano, comprometiendo por tanto su calidad de vida y su salud.

Dentro de las situaciones de cronicidad se encuentran las derivadas de enfermedades neurodegenerativas, siendo una de las más comunes la demencia tipo Alzheimer.<sup>34</sup>

La diversidad de enfermedades neurodegenerativas y la multiplicidad de síntomas clínicos hace que una correcta asistencia de estos enfermos precise de diversos especialistas: neurólogos, médicos rehabilitadores, psicólogos, logopedas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y personal de enfermería, entre otros.<sup>12</sup>

Dado que no se conoce la causa de la enfermedad de Alzheimer, el tratamiento curativo de esta enfermedad no es posible hoy en día, aunque actualmente se dispone de algunos tratamientos farmacológicos específicos de carácter paliativo o sintomático.<sup>19</sup> Este grupo de fármacos incluye a los inhibidores de la colinesterasa: Donepezilo (5-10mg/día), Rivastigmina (tabletas o parches) y Galantamina (4-24mg/día), y al antagonista del receptor N-metil D-aspartato, la Memantina (10-20 mg/día).<sup>3</sup>

Las intervenciones enfermeras para el tratamiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer incluyen una amplia gama de tratamientos psicosociales, además de prevenir las posibles complicaciones asociadas a la enfermedad, como son las úlceras por presión (UPP). En los últimos años, algunas de estas intervenciones han demostrado que pueden mejorar la capacidad intelectual, la autonomía, el estado de ánimo, la conducta y la situación física de los pacientes. Por ejemplo, los programas de ejercicio físico aeróbico mejoran la salud general de los pacientes y evitan complicaciones importantes, tales como las caídas. Las medidas de corte conductual (simplificación del entorno, actividades placenteras, etc.) mejoran la afectividad y la conducta y permiten reducir la ingesta de fármacos tranquilizantes.<sup>19, 35,36</sup>

Escuchar y observar constituyen el pilar principal del apoyo basado en la atención y el respeto hacia las personas con Alzheimer.<sup>19</sup> A medida que avanza la enfermedad, se deteriora la sincronización para masticar, deglutir, produciendo disfagias e infecciones respiratorias, por lo que hay que tener un cuidado especial con los atragantamientos. Respecto a la incontinencia, se produce por una pérdida en el control de los esfínteres resultado del deterioro cognitivo. Existen dos tipos de incontinencia: urinaria y fecal. Por todo esto es conveniente acompañarlo cada cierto tiempo.<sup>20</sup>

Algunas de las razones por las que un paciente puede dejar de caminar pueden ser desde miedos, ilusiones, alucinaciones o desorientación temporoespacial. El ejercicio físico, el entrenamiento cognitivo y la socialización son terapias estimuladoras que generalmente sirven para facilitar el funcionamiento cognitivo. Es recomendable que el enfermo salga a pasear por lugares familiares tranquilos. Se deben realizar aproximadamente a la misma hora y

con la misma rutina. Los paseos deben adaptarse al enfermo, no deben ser largos para evitar molestias o lesiones. Si el paciente está encamado es muy útil la presencia de un fisioterapeuta o enfermero para realizarle cambios posturales (siempre con una técnica adecuada).<sup>19,20</sup>

Como principal condición de un enfermo dependiente, está el inmovilismo, síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida y es además el factor más importante en el desarrollo de lesiones de la piel como son las úlceras por presión.<sup>37</sup>

La prevención y cuidado de los enfermos inmovilizados constituye una labor importante, un reto para los profesionales sanitarios. En general, el personal de enfermería lleva la mayor parte de la carga en lo referente a la atención, el control y prevención de las úlceras por presión (UPP). Existe una elevada prevalencia de pacientes domiciliarios inmovilizados con alto riesgo de sufrir UPP (4 de cada 10 pacientes).<sup>38</sup>

Como medidas preventivas en la aparición de UPP, es importante establecer horarios para los cambios posturales, utilizar un colchón especial (colchón antiescaras), cojines, protectores, etc., utilizar técnicas de alineamiento corporal adecuadas y el uso de superficies especiales de apoyo, con el fin de disminuir la presión sobre las prominencias óseas susceptibles reduciendo así el riesgo de aparición de úlceras por presión y ayudando a la cicatrización rápida de las úlceras ya existentes.<sup>39</sup>

Diferentes estudios concluyen que los masajes no son terapia preventiva, ya que alteran la circulación del área afectada, por lo tanto los masajes en las prominencias óseas y áreas de presión no son aconsejables.<sup>39</sup>

El instrumento de evaluación del riesgo de sufrir úlceras por presión más extensivamente probado y utilizado es la Escala de Braden. Considera 6 aspectos que se evalúan clínicamente y se califican de manera ordinal, asignando a cada uno puntuaciones entre 1 y 4 (excepto para la fricción que va de 1 a 3) que se suman para dar una calificación final de entre 6 y 23 puntos.<sup>40</sup>

**Tabla 3.5.** Escala de Braden

<b><u>Puntos</u></b>	<b><u>Percepción sensorial</u></b>	<b><u>Exposición a la humedad</u></b>	<b><u>Actividad</u></b>	<b><u>Movilidad</u></b>	<b><u>Nutrición</u></b>	<b><u>Fricción</u></b>
1	Completamente limitada	Siempre húmeda	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Camina ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez húmeda	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	

<b>&lt;12= Riesgo alto</b>	<b>13-15=Riesgo medio</b>	<b>&gt;16= Riesgo bajo</b>
----------------------------	---------------------------	----------------------------

**Fuente:** Extraído de Uso de la escala de Braden y Glasgow para identificar el riesgo de úlceras de presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva.<sup>40</sup>

La ciencia cada día va investigando más a cerca de la enfermedad de Alzheimer, aunque como todos sabemos no tiene cura a día de hoy, por lo que solo podemos paliar los síntomas de esta enfermedad y prevenir las complicaciones que se derivan de ella.<sup>20</sup>

Con relación a la enfermedad de Parkinson, actualmente, no existe una cura, pero a veces los medicamentos o la cirugía pueden brindar alivio dramático de los síntomas.<sup>7</sup>

A lo largo de toda la enfermedad la atención a estos enfermos precisa un abordaje multidisciplinar, en el que el profesional de enfermería juega un papel muy importante, tanto en instituciones como a nivel domiciliario. Este tema es



de gran importancia para el profesional de enfermería ya que la enfermedad de Parkinson es una de las enfermedades neurológicas más comunes en la actualidad y además, se trata de una enfermedad muy incapacitante y con un tratamiento crónico que a menudo produce complicaciones conduciendo a una situación extrema a la institucionalización del paciente.<sup>41</sup>

La terapéutica farmacológica en la enfermedad de Parkinson abarca tres categorías, como se muestra en la tabla 3.6.

**Tabla 3.6.** Terapéutica farmacológica en la enfermedad de Parkinson

<u>1º Categoría</u>	<u>2º Categoría</u>	<u>3º Categoría</u>
<p>Aumentan los niveles de dopamina en el cerebro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levodopa</li> <li>• Apomorfina</li> <li>• Bromocriptina</li> <li>• Pramipexol</li> </ul>	<p>Alivia síntomas como temblores y rigidez muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trihexifenidil</li> <li>• Benzotropina</li> <li>• Etopropazina</li> </ul>	<p>Controlan síntomas no motores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivos</li> <li>• Antihipertensivos</li> <li>• Antipsicóticos</li> <li>• Atípicos</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia basada en Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: Una revisión actualizada.<sup>42</sup>

La terapéutica quirúrgica es aplicada en las personas con enfermedad avanzada para quienes el tratamiento farmacológico no es suficiente.<sup>42</sup>

A pesar de los importantes avances experimentados en los últimos años en las terapias farmacológicas y quirúrgicas de la enfermedad de Parkinson las medidas rehabilitadoras siguen siendo un componente básico en el tratamiento de este tipo de pacientes.<sup>43</sup>

El ejercicio físico es una estrategia rehabilitadora de gran utilidad en la enfermedad de Parkinson, sobre todo como tratamiento paliativo ante aquellos síntomas que no pueden ser farmacológicamente abordados de modo eficaz, como es el caso de las alteraciones en el equilibrio. Ejemplos de pruebas para valorar la capacidad para el mantenimiento del equilibrio son: Side by Side (pies juntos), Semitandem Stand (manteniendo en contacto el talón de un pie

con el primer dedo del otro) y Tandem Stand (contacto entre el talón de un pie y los dedos del otro).<sup>44</sup>

A continuación, mostramos un protocolo de tratamiento terapéutico elaborado en un hospital de día geriátrico, dirigido a pacientes mayores de 65 años en estadios avanzados de la enfermedad de Parkinson:

- Ejercicios respiratorios.
- Movilización general de la musculatura facial. Se realiza con el objetivo de evitar la pérdida de la capacidad gestual, y consiste en movimiento analíticos de cada músculo facial: elevación y aproximación de las cejas, cierre y apertura de los ojos, despegue y aproximación de las alas de la nariz, sonreír, elevación del labio superior y silbar.
- Movilización de todas las articulaciones de extremidades, raquis y cintura escapular. Se lleva a cabo de forma analítica, articulación por articulación, y se realizan en sedestación. Cuello (flexión-extensión, lateralización y rotación), cintura escapular (elevación y descenso de los hombros, flexo-extensión y abducción-adducción de hombros), codos (flexión-extensión, pronosupinación y movimientos combinados con la cintura escapular), muñecas (flexo-extensión y desviaciones cubital y radial), raquis (flexo-extensión, lateralización y rotación), miembros inferiores (flexo-extensión de caderas, flexo-extensión de las rodillas, y flexión dorsal y plantar y pronosupinación de tobillos).
- Técnicas de desbloqueo motor. Para superar el bloqueo, en particular antes o durante la marcha, el paciente apoya los talones y comienza a balancearse sin moverse del lugar hasta que sea capaz de desplazarse hacia delante.<sup>45</sup>

Las limitaciones en la comunicación producidas por la enfermedad de Parkinson, comprenden alteraciones en todos los sistemas de señales, pero evidentemente es el lenguaje hablado el que sufre mayor limitación.

El conjunto de las alteraciones en el habla provoca un lenguaje hipotónico, monótono, farfullante, y atropellado que se torna ininteligible en estadios avanzados de la enfermedad. <sup>46</sup> En la tabla 3.7 exponemos técnicas de rehabilitación para la disartria parkinsoniana.

**Tabla 3.7.** Técnicas de rehabilitación para la disartria parkinsoniana

<b><u>Fase de entrenamiento y acondicionamiento</u></b>	<b><u>Fase preparatoria del lenguaje</u></b>	<b><u>Fase de formación del lenguaje expresivo</u></b>
Masajes faciales	Instauración de fonemas	Automatizar la integración de las habilidades con apoyo de la escritura con verbalización
Estimulación de órganos móviles del aparato fonoarticular	Ejercicios para la articulación de fonemas consonánticos	Automatizar la integración con apoyo de la lectura
Ejercicios para la movilidad de labios	Ejercicios de integración de respiración voz-localización	Respuestas a preguntas sencillas
Ejercicios para la movilidad de la lengua	Ejercicios de limitación de los periodos de emisión	Respuestas a preguntas de mayor complejidad
Ejercicios de movilidad del velo del paladar		Diálogos sencillos
Ejercicios para la movilidad de la mandíbula		Diálogos complejos
Ejercicios respiratorios		Descripciones cortas y libres
Ejercicios para la voz		Narraciones

**Fuente:** Elaboración propia basada en Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. <sup>46</sup>



## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño del estudio**

Investigación cualitativa tipo estudio de caso. Este tipo de estudio es un análisis sistemático y en profundidad de un fenómeno. La particularización es el objetivo de la investigación. Consiste en la descripción particular de un caso que nos interese por su singularidad. <sup>47</sup>

### **4.2. Sujeto del estudio**

Mujer de 76 años, diagnosticada de demencia tipo Alzheimer, enfermedad de Parkinson y úlcera por presión.

### **4.3. Ámbito y periodo del estudio**

El estudio ha sido realizado en atención primaria en un centro de salud de la Región de Murcia, en el periodo del 12 de Noviembre al 23 de Diciembre de 2012.

### **4.4. Procedimiento de recogida de información**

#### *4.4.1. Fuentes de información*

Los principales instrumentos de recogida de datos han sido:

- La observación directa, la historia clínica de la paciente y la revisión de la evidencia científica que se ha realizado fundamentalmente en las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, Elsevier, Index Enfermería, Medline, Organización Mundial de la Salud y Scielo.
- Se han revisado otros documentos como libros especializados, revistas especializadas y estrategias de organismos oficiales.

#### *4.4.2. Procedimiento de recogida de datos*

Previa a la recogida de datos se solicitó la autorización de los familiares directos de la paciente, los cuales hacen posible la realización del estudio. Se ha garantizado la confidencialidad de los datos obtenidos en todo momento, por lo que en ninguna parte del estudio se identifica a la paciente.

El procedimiento de recogida de los datos se ha realizado de la siguiente manera:

- La observación directa está basada en el modelo de estudio, con la que se ha mantenido contacto durante todo el rotatorio de prácticas.
- Acceso a la historia clínica de la paciente, de la que obtuvimos registros de evolución médica y enfermera y la valoración de enfermería.
- Realizamos una búsqueda bibliográfica en Cuiden Plus, Elsevier, Index Enfermería, Medline, Organización Mundial de la Salud y Scielo. Los descriptores empleados son: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, demencia, accidente cerebrovascular, úlcera por presión y atención de enfermería.
- Búsqueda manual y a través de Internet de libros y revistas especializadas en medicina interna tales como Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman y Principios de Medicina interna Harrison.

#### *4.4.3. Procesamiento de los datos*

Los datos han sido procesados mediante el proceso enfermero. En primer lugar se realizó la valoración de enfermería en base a los once patrones funcionales de Marjory Gordon, <sup>48</sup> tras la cual se identificaron los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA, <sup>49</sup> estableciendo los resultados basados en el lenguaje NOC <sup>50</sup> y unas intervenciones según taxonomía NIC. <sup>51</sup> Ejecutadas las intervenciones, evaluamos los resultados con el fin de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas.

Por último, se procesaron los datos provenientes de la revisión de la evidencia científica, realizando un análisis crítico exhaustivo y clasificando los artículos e información según interés y objetivos del estudio.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Descripción del caso

Mujer de 76 años, alérgica a penicilina, no hipertensa (HTA), diabetes mellitus (DM) tipo II (en tratamiento dietético). Hipercolesterolemia. Demencia tipo Alzheimer. Incontinencia urinaria. Enfermedad de Parkinson desde los 51 años.

Cirugía (CIR): colecistectomía, prótesis de cadera, hernioplastia umbilical en Marzo de 2010 por hernia umbilical incarcerada.

Hernia de hiato por deslizamiento. Realiza vida cama-sillón.

Tratamiento actual: Quetiapina Fumarato (Seroquel<sup>®</sup>) 200mg 1/noche, Risperidona (Risperdal<sup>®</sup>) 3mg 1/día, Omeprazol (Omeprasec<sup>®</sup>), Troxerutina (Venoruton<sup>®</sup>) 1 sobre/día.

### 5.2. Valoración de enfermería según el formato OMI-AP

La valoración se realiza en base a los once patrones funcionales de Marjory Gordon,<sup>48</sup> según el formato OMI-AP.

- Patrón percepción-manejo de la salud (Anexo 9.1.1)

Paciente de 76 años que presenta enfermedad crónica (Alzheimer) y enfermedad de Parkinson. Antecedentes de diabetes tipo II. No presenta caídas previas ni hábitos tóxicos actuales. Presenta problemas de movilidad. Pautas terapéuticas: fármacos. Sin complicaciones respiratorias.

- Patrón nutricional-metabólico (Anexo 9.1.2)

Paciente sin ningún tipo de dificultad para masticar o deglutir. No procede valorar peso y talla en pacientes inmovilizados. No presenta intolerancia a ningún tipo de alimento. Posee una buena hidratación. No demuestra náuseas ni vómitos. Alteración de la piel: edemas, enrojecimiento, etc. Presenta úlcera por presión (UPP) en zona sacra y miembro inferior derecho.

- Patrón eliminación (Anexo 9.1.3)

Paciente con problemas asociados a la eliminación: Incontinencia fecal (frecuencia de deposiciones c/24h), las características de las heces son pastosas. Presenta problemas asociados a la micción: Incontinencia urinaria, goteo, etc; por lo que lleva absorbentes (pañales).

- Patrón actividad-ejercicio (Anexo 9.1.4)

Tensión arterial sistólica (TAS): 115 mmHg, tensión arterial diastólica (TAD): 65 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 92 l.m.p, frecuencia respiratoria (FR): 15 r.p.m. Paciente inmovilizado, por lo que requiere uso de un equipo especializado o ayuda del personal sanitario/familia.

- Patrón sueño-descanso (Anexo 9.1.5)

Las horas habituales de sueño de la paciente son alrededor de 8h al día, con sueño no reparador, aunque presenta durante el día horas de sueño esporádicas.

- Patrón cognitivo-perceptual (Anexo 9.1.6)

Paciente apática, que presenta tanto alteraciones cognitivas como perceptivas: problemas de memoria, lenguaje, visión, audición, etc.

- Patrón autopercepción-autoconcepto (Anexo 9.1.7)

Presenta un aspecto general cuidado. Posee problemas conductuales: confusión crónica, deterioro de la atención, etc.

- Patrón rol-relaciones (Anexo 9.1.8)

Paciente que convive con sus hijos y cuidador principal.

- Patrón sexualidad-reproducción

No procede valorar este patrón.



- Patrón adaptación-tolerancia al estrés (Anexo 9.1.9)

Paciente que no presenta estrés alguno, ni cambios o problemas importantes en su vida actual.

- Patrón valores-creencias

No solicita ningún tipo de asistencia religiosa.

### **5.3. Diagnósticos de enfermería**

Diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA. <sup>49</sup> Los diagnósticos de enfermería detectados en nuestra paciente son:

- (00004) Riesgo de infección relacionado con (r/c) agentes farmacológicos, alteraciones de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos...) y procedimientos invasivos.

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Dominio: 11 (Seguridad/Protección)

Clase: 1 (Infección)

- (00035) Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial y factores psicológicos (desorientación afectiva).

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Dominio: 11 (Seguridad/Protección)

Clase: 2 (Lesión física)

- (00155) Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física, dificultades auditivas, dificultades visuales y disminución del estado mental.

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas de pueden causar daño físico.

Dominio: 11 (Seguridad/Protección)

Clase: 2 (Lesión física)

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la pigmentación, inmovilización física y medicamentos manifestado por (m/p) alteración de la superficie de la piel (epidermis).

Definición: Alteración de la epidermis y/o dermis.

Dominio: 11 (Seguridad/Protección)

Clase: 2 (Lesión física)

- (00179) Riesgo de glucemia inestable r/c estado de salud mental y nivel de actividad física.

Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar.

Dominio: 2 (Nutrición)

Clase: 4 (Metabolismo)

- (00014) Incontinencia fecal r/c inmovilidad, medicamentos m/p falta de respuesta a la urgencia de defecar.

Definición: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Dominio: 3 (Eliminación e intercambio)

Clase: 2 (Función gastrointestinal)

- (00019) Incontinencia urinaria de urgencia r/c disminución de la capacidad vesical m/p observación de incapacidad para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida de orina.

Definición: Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Dominio: 3 (Eliminación e intercambio)

Clase: 1 (Función urinaria)

- (00085) Deterioro de la movilidad física r/c dolor, malestar y medicamentos m/p disminución del tiempo de reacción y limitación de la amplitud de movimientos.

Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Dominio: 4 (Actividad/Reposo)

Clase: 2 (Actividad/Ejercicio)

- (00091) Deterioro de la movilidad en la cama r/c deterioro cognitivo, falta de fuerza muscular m/p deterioro de la habilidad para deslizarse o cambiar de posición en la cama.

Definición: Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

Dominio: 4 (Actividad/Reposo)

Clase: 2 (Actividad/Ejercicio)

- (00121) Trastorno de la identidad personal r/c cambios en el rol social m/p desempeño ineficaz del rol.

Definición: Incapacidad para distinguir entre el yo y lo que no es el yo

Dominio: 6 (Autopercepción)

Clase: 1 (Autoconcepto)

- (00122) Trastorno de la percepción sensorial r/c alteración de la integración sensorial m/p alteración de los patrones de comunicación.

Definición: Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

Dominio: 5 (Percepción/Cognición)

Clase: 3 (Sensación/Percepción)

- (00131) Deterioro de la memoria r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para recordar acontecimientos recientes o pasados.

Definición: Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

Dominio: 5 (Percepción/Cognición)

Clase: 4 (Cognición)

- (00051) Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración del autoconcepto m/p no poder hablar y desorientación en las personas.

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

Dominio: 5 (Percepción/Cognición)

Clase: 5 (Comunicación)

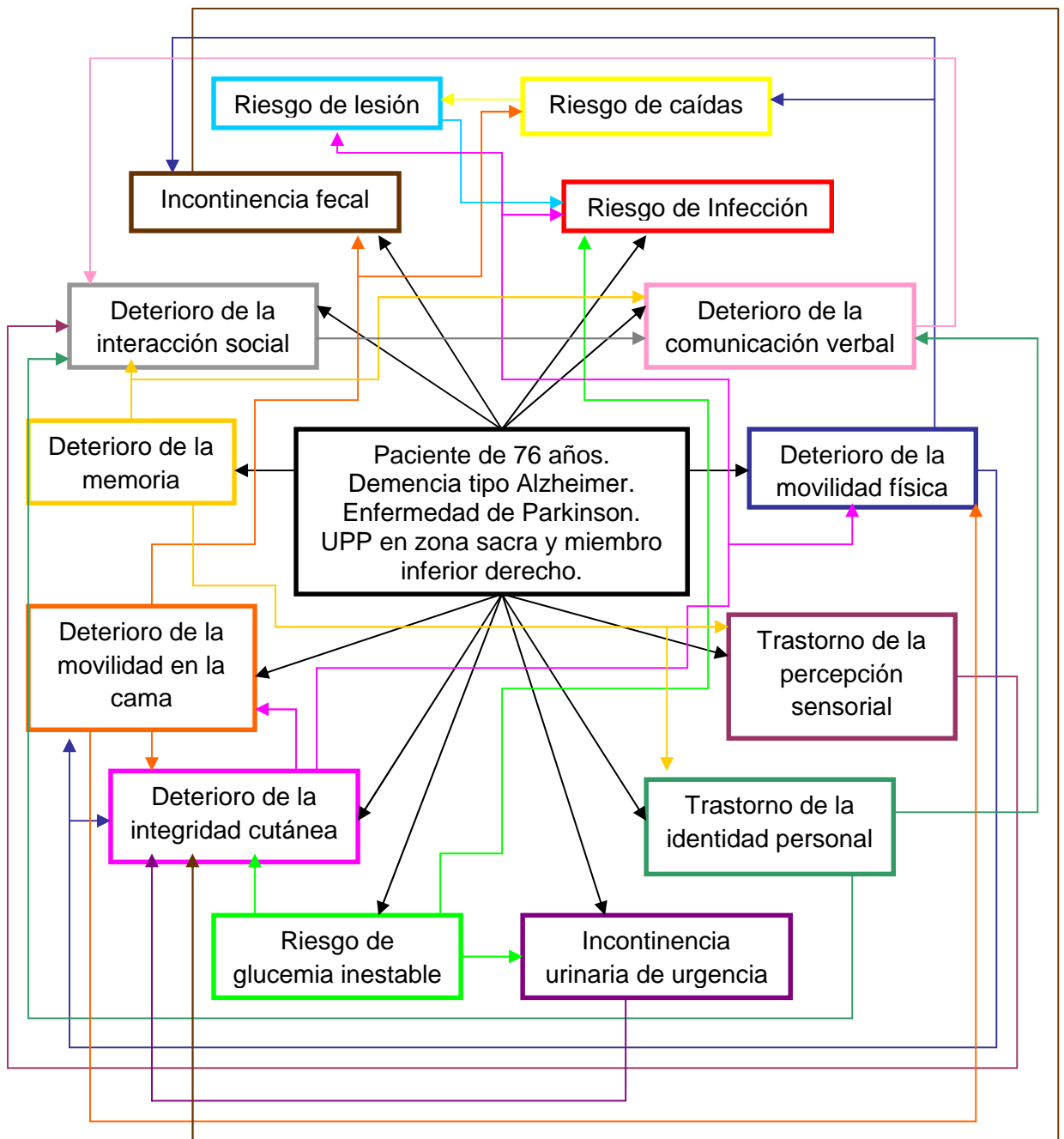
- (00052) Deterioro de la interacción social r/c limitación de la movilidad física.

Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

Dominio: 7 (Rol/Relaciones)

Clase: 3 (Desempeño del rol)

Una vez identificados los diagnósticos, priorizaremos utilizando la red de razonamiento clínico.



**Figura 5.1.** Red de razonamiento clínico de los diagnósticos enfermeros

**Fuente:** Elaboración propia basada en Red de razonamiento clínico.<sup>50</sup>

### 5.3.1. Justificación del diagnóstico principal de enfermería

Según la red de razonamiento, el diagnóstico principal de enfermería es “Deterioro de la integridad cutánea”, ya que solucionándolo, se pueden resolver los problemas que de otro modo agravarían el estado de salud de la enferma.

Obviamente, y debido a la enfermedad de la paciente y el grado de irreversibilidad de la misma (demencia tipo Alzheimer) no podemos actuar controlando su incontinencia (fecal y urinaria). Por lo tanto nuestra actuación se debe centrar en la prevención y cura de las úlceras de decúbito que afectan a todo paciente inmovilizado. Con ello, así mismo, nos anticipamos a futuras infecciones cutáneas que pueden derivar en infecciones generalizadas (sepsis) y riesgo de hemorragias por decúbito en venas que en este caso queden al descubierto.

## 5.4. Planificación

5.4.1 Resultados NOC e intervenciones NIC para el diagnóstico principal según el formato OMI-AP.

- (1101) Resultado NOC. <sup>50</sup> Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

**Tabla 5.1.** Puntuación NOC

<u>Indicador</u>	<u>Definición</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación diana</u>	<u>Tiempo estimado</u>
110113	Piel intacta	3	5	Durante el periodo de prácticas

ESCALA: Gravemente comprometido (1); Sustancialmente comprometido (2); Moderadamente comprometido (3); Levemente comprometido (4); Ninguno (5).

**Fuente:** Elaboración propia basada en los objetivos NOC. <sup>50</sup>

- (1103) Resultado NOC. <sup>50</sup> Curación de heridas por segunda intención.

**Tabla 5.2.** Puntuación NOC

<u>Indicador</u>	<u>Definición</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación diana</u>	<u>Tiempo estimado</u>
110318	Resolución del tamaño de la herida	3	5	Durante el periodo de prácticas

ESCALA: Grave (1); Sustancial (2); Moderado (3); Leve (4); Ninguno (5).

**Fuente:** Elaboración propia basada en los objetivos NOC. <sup>50</sup>

- (0840) Intervenciones NIC. <sup>51</sup> Cambio de posición.

**Tabla 5.3.** Intervenciones NIC. Cambio de posición

084001	Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
084019	Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.
084032	Girar al paciente inmovilizado al menos c/2h, si procede.

**Fuente:** Elaboración propia basada en las intervenciones NIC. <sup>51</sup>

- (0910) Intervenciones NIC. <sup>51</sup> Inmovilización.

**Tabla 5.4.** Intervenciones NIC. Inmovilización

091005	Acolchar la parte lesionada para evitar la fricción por parte de otro dispositivo, si es el caso.
091012	Vigilar la integridad de la piel que está debajo del dispositivo de apoyo.

**Fuente:** Elaboración propia basada en las intervenciones NIC. <sup>51</sup>

- (2316) Intervenciones NIC. <sup>51</sup> Administración de medicación tópica.

**Tabla 5.5.** Intervenciones NIC. Administración de medicación tópica

231607	Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
231609	Extender la medicación uniformemente sobre la piel.
231611	Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.

**Fuente:** Elaboración propia basada en las intervenciones NIC. <sup>51</sup>

## 5.5 Ejecución

Paciente de 76 años que presenta úlcera por presión en zona sacra y miembro inferior derecho.

A continuación pasamos a detallar por episodios diferentes el curso descriptivo de estas lesiones.

### Fecha Episodio

25/07/2012 ÚLCERA, ULCERACIÓN PIEL.

<u>FECHA</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>
26/11/2012	<p><u>Tipo de úlcera:</u> por presión.</p> <p><u>Localización de úlcera:</u> Sacro.</p> <p><u>Estadio úlcera:</u> Estadio II.</p> <p><u>Limpieza/Antisepsia úlcera:</u> Suero Fisiológico.</p> <p><u>Fármaco úlcera:</u> Neomicina Sulfato, centella asiática exto. (Blastoestimulina<sup>®</sup>).</p> <p><u>Apósito úlcera:</u> Apósito estéril (Varihesive<sup>®</sup>).</p> <p>Cura úlcera realizada en domicilio.</p> <p>Próxima revisión úlcera: 2 días.</p>



28/11/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Sacro.

Estadio úlcera: Estadio II.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Mupirocina (Bactroban®).

Apósito úlcera: Apósito estéril (Varihesive®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 2 días.

30/11/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Sacro.

Estadio úlcera: Estadio II.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Mupirocina (Bactroban®).

Apósito úlcera: Apósito estéril (Varihesive®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 3 días.

Observaciones: *comienza con enrojecimiento en zona glútea, por presión. Como medida preventiva se pone: Ácidos grasos hiperoxigenados (Mepentol®) + apósito de Allevyn non – Adhesive®.*

03/12/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Sacro.

Estadio úlcera: Estadio II.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Mupirocina (Bactroban®).

Apósito úlcera: Apósito estéril (Varihesive®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 2 días.

Observaciones: *Se insiste a la familia en cambios posturales.*

05/12/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Sacro.

Estadio úlcera: Estadio II.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Clostridiopeptidasa, enzimas proteolíticas (Irujol®).

Apósito úlcera: Apósito estéril (Varihesive®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Observaciones: *La familia se ha convencido de la importancia del colchón antiescaras y se lo han puesto.*

Fecha Episodio

12/11/2010 ÚLCERA, ULCERACIÓN PIEL (CRÓNICA).

FECHA

DESCRIPCIÓN

26/11/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Miembro inferior derecho.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Clostridiopeptidasa, enzimas proteolíticas (Irujol<sup>®</sup>).

Apósito úlcera: Apósito estéril (Varihesive<sup>®</sup>) + venda.

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 2 días.

28/11/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Miembro inferior derecho.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Apósito de hidrofibra hidrocoloide 100% Carboximetilcelulosa (Aquacel Ag<sup>®</sup>).

Apósito úlcera: Apósito estéril (Biatain Ag<sup>®</sup>).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 2 días.

30/11/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Miembro inferior derecho.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Nada.

Apósito úlcera: Apósito estéril (Biatain Ag®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 3 días.

03/12/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Miembro inferior derecho.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Nada.

Apósito úlcera: Apósito estéril (Mepitel®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Próxima revisión úlcera: 2 días.

05/12/2012

Tipo de úlcera: por presión.

Localización de úlcera: Miembro inferior derecho.

Limpieza/Antisepsia úlcera: Suero Fisiológico.

Fármaco úlcera: Nada.

Apósito úlcera: Apósito estéril (Mepitel®).

Cura úlcera realizada en domicilio.

Además del seguimiento en el tratamiento de las úlceras por presión, se llevaron a cabo diferentes técnicas de psicoestimulación cognitiva con finalidad rehabilitadora. Algunas de las técnicas empleadas fueron:

- Musicoterapia: se llevó a cabo debido a que esta terapia facilita y promueve la comunicación y las relaciones sociales, aumentando la autoestima y la seguridad en uno mismo. Se producen cambios emocionales positivos y un mayor dominio de las emociones. Mejora las funciones motoras, perceptivas sensoriales: el ritmo, elemento dinámico de la música, sirve de estímulo en procesos psicomotores, consiguiendo una mayor coordinación de los movimientos; favorece y estimula el desarrollo intelectual y cognitivo; y actúa como elemento relajante frente a desequilibrios nerviosos y problemas de estrés.<sup>52</sup> Algunas de las canciones empleadas fueron “Música del agua” de Haendel y “Las cuatro estaciones” de Vivaldi.
- Imaginería visual: se pidió a la paciente que generase una imagen mental de un objeto que le presentamos en modalidad verbal.
- Ejercicios de orientación espacial y temporal: se realizaron preguntas como: *¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿En qué año? ¿En qué estación del año? ¿En qué calle vives? ¿En qué pueblo estamos? ¿En qué provincia?*
- Taller de manualidades en su domicilio.

Sin embargo, debido a la fase avanzada de su enfermedad (Alzheimer) la paciente apenas responde a las preguntas realizadas; aunque sí observamos que muestra interés por las manualidades y que la música le proporcionaba tranquilidad.

## 5.6. Evaluación

### 5.6.1 Evaluación del diagnóstico principal

**Tabla 5.6.** Evaluación de la puntuación del resultado NOC

<u>Indicador</u>	<u>Definición</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación diana</u>	<u>Puntuación alcanzada</u>	<u>Tiempo estimado</u>
110113	Piel intacta	3	5	4	Durante el periodo de prácticas

ESCALA: Gravemente comprometido (1); Sustancialmente comprometido (2); Moderadamente comprometido (3); Levemente comprometido (4); Ninguno (5).

**Fuente:** Elaboración propia basada en los objetivos NOC. <sup>50</sup>

**Tabla 5.7.** Evaluación de la puntuación del resultado NOC

<u>Indicador</u>	<u>Definición</u>	<u>Puntuación inicial</u>	<u>Puntuación diana</u>	<u>Puntuación alcanzada</u>	<u>Tiempo estimado</u>
110318	Resolución del tamaño de la herida	3	5	4	Durante el periodo de prácticas

ESCALA: Grave (1); Sustancial (2); Moderado (3); Leve (4); Ninguno (5).

**Fuente:** Elaboración propia basada en los objetivos NOC. <sup>50</sup>

En los 2 ítems valorados se obtiene mejoría de la puntuación inicial pero sin alcanzar la puntuación diana. Quizás el motivo principal haya sido la inmovilidad de la paciente debido a que presenta demencia tipo Alzheimer lo que dificulta aún más llevar a cabo técnicas como cambios posturales, ya que la paciente no colabora. Esto ha impedido el resultado óptimo a pesar de un tratamiento adecuado, dado que la presión continua de los miembros inferiores en el mismo punto puede dificultar una mayor eficacia.

## 6. DISCUSIÓN

Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por tener un inicio insidioso y son progresivas. Podemos destacar la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer; <sup>1,12</sup> como en el caso de nuestra paciente, que presenta ambos trastornos neurológicos.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por alteraciones en las funciones intelectuales, frecuentemente acompañado de alteraciones psicológicas y de conducta, provocando situaciones de desadaptación social, laboral, familiar, etc., y la dependencia para casi todas las actividades de la vida diaria. <sup>19</sup> La paciente motivo de estudio presenta una total dependencia a la hora de realizar dichas actividades básicas, por lo que requiere uso de un equipo especializado o ayuda del personal sanitario/familiar. La paciente se muestra completamente apática, según Turró Garriga et al. <sup>53</sup>, uno de los trastornos conductuales más frecuentes en esta enfermedad. La apatía aumenta con la evolución de la enfermedad, a la vez que se asocia a mayor discapacidad funcional, sobre todo en iniciativa y capacidad ejecutiva.

Según Osuna Expósito et al. <sup>20</sup>, no todos los enfermos de Alzheimer manifiestan los mismos síntomas, aunque sí existen comportamientos comunes que se desarrollan a lo largo de un periodo de tiempo, como deterioro de la memoria, afasia, apraxia y alteración de la ejecución entre otras. En nuestro caso, la paciente presenta un avanzado deterioro cognitivo, mostrando síntomas de afasia (trastorno severo del lenguaje que únicamente le permite comunicarse con palabras aisladas) y apraxia (su movilidad es escasa ya que únicamente moviliza con dificultad ambos miembros superiores).

Diferentes autores comentan que a medida que avanza la enfermedad, surgen complicaciones provocadas por una pérdida en el control de los esfínteres, resultado del deterioro cognitivo conocido como incontinencia (tanto urinaria como fecal), además exponen que es uno de los factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras por presión <sup>20,54</sup>, tal y como sucede en nuestra paciente, que presenta incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia fecal, lo que la obliga a usar continuamente pañales.

Soto Fernández et al.<sup>37</sup>, propone que la principal condición de un enfermo dependiente es el inmovilismo, síndrome que deteriora de manera significativa la calidad de vida y es, además, el factor más importante en el desarrollo de lesiones de la piel como son las úlceras por presión (UPP), como ocurre en nuestra paciente, pues debido a un elevado deterioro de movilidad que padece, surge una UPP en zona sacra, provocado por la fricción en dicha zona. Ésta úlcera se encuentra en estadio II. Se realiza un lavado de la úlcera con suero fisiológico, coincidiendo con Plaza Blázquez et al.<sup>55</sup>, quien comenta que como norma general debe usarse suero fisiológico para el lavado. Como tratamiento se le administra, entre otros, pomada de Neomicina sulfato+centella asiática exto. (Blastoestimulina<sup>®</sup>) y se coloca apósito estéril de hidrogel (Varihesive<sup>®</sup>), coincidiendo nuevamente con García Alcaraz et al.<sup>54</sup>, que observa que la aplicación de hidrogel contribuye a aumentar significativamente el proceso de cicatrización y mejoría de la UPP, reduciendo el tiempo de tratamiento, con el consiguiente menor coste sanitario.

Nuestra paciente presenta además otra UPP en el miembro inferior derecho. Como tratamiento curativo para este tipo de úlceras, se le administró un apósito de hidrofibra hidrocoloide 100% carboximetilcelulosa (Aquacel Ag<sup>®</sup>). Sin embargo Moreno Vázquez et al.<sup>56</sup>, comenta que el hialuronato de cinc presenta mayor eficacia en el tratamiento contra las úlceras de las piernas que el apósito de Aquacel Ag<sup>®</sup>, porque según el autor ayuda a que se cierre en menor tiempo, disminuye el riesgo de infección y produce efectos adversos mínimos. Por otro lado, Freitas da Silva et al.<sup>57</sup>, observa que el uso de hidrocoloide (Aquacel Ag<sup>®</sup>) es beneficioso ya que tiene la capacidad de promover la descomposición de la fibrina, aumentando la proliferación de queratinocitos (estimulantes de la migración epitelial), de absorber gran cantidad de exudado y proteger contra los microorganismos, sin necesidad de cambio después del baño por ser impermeable. Estaría pues indicado, en el tratamiento de UPP, quemaduras, lesiones con granulación, heridas de cavidades, costra, tejido necrótico o exudado moderado.

Según García Díaz et al.<sup>19</sup>, las intervenciones enfermeras para el tratamiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer incluyen una amplia gama de tratamientos psicosociales por lo que decidimos actuar sobre ellas,



llevando a cabo diferentes ejercicios de orientación espacial y temporal, uso de imaginación visual, entre otras.

En nuestro caso, la paciente presenta enfermedad de Alzheimer de aparición tardía o tipo I, según nos informan sus familiares. Ésta se desarrolla en pacientes de 60 años en adelante,<sup>6</sup> y los primeros síntomas en aparecer son fallos en la memoria y orientación. El movimiento no se altera hasta los últimos estadios de la enfermedad.<sup>20</sup> Sin embargo, nuestra paciente además presenta enfermedad de Parkinson por lo que el trastorno del movimiento se encuentra alterado años antes de la aparición de la demencia.

Nuestra paciente presenta la enfermedad de Parkinson desde los 51 años, aunque según la NIH (National Institutes of Health), la edad promedio de inicio es de 60 años. Sin embargo, alrededor del 5-10% de las personas con dicha patología, tiene una enfermedad de “inicio temprano” que comienza antes de los 50 años de edad.<sup>7</sup> Además, según Osés de León et al.<sup>25</sup>, la enfermedad de Parkinson es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, aunque en nuestro caso se trata de una mujer.

Según DeLong et al.<sup>21</sup>, la manifestación más discapacitante en la enfermedad de Parkinson es la bradicinesia, y otras características como la fascies inexpresiva y un enlentecimiento general que complica todos los aspectos de la vida cotidiana, como caminar, levantarse de una silla, girar en la cama y vestirse. La paciente se encuentra en un estadio avanzado de dicha enfermedad, realizando vida cama-sillón y por lo tanto es incapaz de llevar a cabo dichos movimientos de forma independientes. Además, el hecho de padecer la enfermedad de Alzheimer, agrava aún más su estado de dependencia.

DeLong et al.<sup>21</sup>, afirma además que existen aspectos no motores de la enfermedad de Parkinson, entre los que destacan depresión, ansiedad, alteraciones cognitivas y trastornos del sueño. Tal y como detallamos en el apartado de resultados, nuestra paciente objeto de estudio presenta horas de sueño esporádicas con sueño no reparador. Tras llevar a cabo diferentes técnicas de psicoestimulación cognitiva con finalidad rehabilitadora, entre las que se encuentra la musicoterapia, observamos que la ansiedad de nuestra

paciente disminuía con dicha técnica, proporcionándole tranquilidad. Según afirma Guetin et al., la musicoterapia ayuda a la rehabilitación funcional sensorial y cognitiva.<sup>58</sup>

### **6.1. Limitaciones del estudio**

Una de las limitaciones encontrada a lo largo del desarrollo de este estudio ha sido el limitado tiempo del periodo de prácticas. Debido a esto no hemos podido observar si se produce mejoría alguna en la paciente respecto al deterioro cognitivo y no llegamos a conocer si se produce una curación completa de ambas úlceras que la paciente presentaba, tanto en la zona sacra como en el miembro inferior derecho. Asimismo, tampoco pudimos comprobar si el efecto relajante de la musicoterapia se mantenía a lo largo del día, ya que las visitas domiciliarias tenían una duración limitada.

## 7. CONCLUSIONES

1. La enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y los accidentes vasculares cerebrales son las enfermedades neurológicas más frecuentes en ancianos, siendo las principales responsables de la discapacidad física grave en este sector de población, provocando, además, un trastorno cognitivo importante. Las intervenciones enfermeras para el tratamiento de los pacientes con trastorno neurológico degenerativo incluyen tratamientos psicosociales además de prevenir las posibles complicaciones asociadas a estas enfermedades.

2. La revisión de la literatura llevada a cabo en nuestro trabajo aporta actualizaciones acerca de los conocimientos sobre estas enfermedades neurodegenerativas en la población anciana. Una de las actualizaciones encontradas se centra en explicar las tres hipótesis principales causantes de la enfermedad de Alzheimer, concluyendo que la más importante, en la que se basan la mayoría de los tratamientos actuales para dicha enfermedad, es el déficit de acetilcolina.

3. Los trastornos neurodegenerativos producen un gran impacto en la vida del paciente a nivel físico, psíquico, laboral y social. En el caso de la enfermedad de Alzheimer su inicio oscila desde una simple alteración de la memoria inmediata, hasta la total inmovilidad del paciente y su gran dependencia de familiares y cuidadores sanitarios. Respecto a la enfermedad de Parkinson, produce alteraciones del movimiento, sensitivas, cognitivas y psiquiátricas, influyendo en la autonomía de la persona y, por tanto, generando una situación de dependencia, agravándose conforme evoluciona la enfermedad. En otra de las actualizaciones encontradas, acerca de la enfermedad de Parkinson, muestra que existen evidencias concluyentes de qué factores genéticos están involucrados en el desarrollo de la enfermedad, existiendo una historia familiar de Parkinson en el 16-24% de los casos y demostrándose un riesgo significativamente aumentado de desarrollar la enfermedad en los familiares de primer grado.

4. El tratamiento rehabilitador en pacientes con enfermedad de Alzheimer es muy importante, llevando a cabo programas de ejercicio físico, para evitar las posibles caídas, entrenamiento cognitivo y socialización, y realización de cambios posturales si el paciente está encamado. El tratamiento rehabilitador en la enfermedad de Parkinson incluye: ejercicios físicos, ejercicios respiratorios, movilización general de la musculatura facial y articulaciones, técnicas de desbloqueo motor y técnicas de rehabilitación para la disartria parkinsoniana.

5. La diversidad de enfermedades neurodegenerativas y la multiplicidad de síntomas clínicos hace que una correcta asistencia de estos enfermos precise de diversos especialistas (psiquiatras, geriatras y rehabilitadores), destacando el papel del profesional de enfermería como elemento de convergencia de todas las actividades dirigidas por cada especialidad. El cuidado de los enfermos inmovilizados constituye una labor importante en cuanto al papel preventivo que sobre ellos se pueda desarrollar en todos los aspectos (cambio postural, cura de úlceras, rehabilitación de habilidades intelectuales), constituyendo todo un reto para los profesionales sanitarios de Enfermería, recayendo en éstos la mayor parte de la carga de trabajo que demandan estos pacientes.

6. La realización del proceso enfermero permitió mejorar, en gran medida, el diagnóstico principal, - deterioro de la integridad cutánea -, consiguiendo un gran avance en la mejora del tratamiento de las úlceras por presión, sin embargo, apenas hubo mejoría alguna en cuanto al freno del deterioro cognitivo del paciente, a pesar de las técnicas realizadas.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Qué son los trastornos neurológicos. Organización mundial de la salud. [Internet]. España; 2014 [citado el 1 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/55/es/>

2. MedlinePlus [base de datos en Internet]. Temas de salud: Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU); 2013 [citado el 1 de Mayo de 2014]. Enfermedades neurológicas. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>

3. Gallegos Bouchan M., Flores Fajardo Q., Castillo Díaz de León R., Rosas Carrasco O. Demencia en el adulto mayor. Servicio de medicina Interna. Instituto Nacional de Geriatria. 2012.

4. Fernández Castillo R., Fernández Gallegos R., López Bueno A., González Jiménez E., Cañadas de la Fuente G., González Antón C. Necesidades asistenciales de cuidadores de pacientes con demencia senil. Enferm Comunitaria. (rev. digital). [Internet]. 2011 [citado el 7 de Mayo de 2014]; 7 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7418.php>

5. Blesa González R. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas. Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman XVII Edición. 2012, 1 (175): 1382-1387.

6. MedlinePlus [base de datos en Internet]. Temas de salud: Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU); 2014 [citado el 2 de Mayo de 2014]. Mal de Alzheimer. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000760.htm>

7. Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la Investigación. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. 2010.

8. MedlinePlus [base de datos en Internet]. Temas de salud: Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU); 2014 [citado el 2 de Mayo de 2014]. Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/parkinsonsdisease.html>

9. MedlinePlus [base de datos en Internet]. Temas de salud: Biblioteca Nacional de Medicina (EEUU); 2014 [citado el 3 de Mayo de 2014]. Accidente cerebrovascular. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>

10. Chamorro Sánchez Á. Accidentes vasculares cerebrales. Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman XVII Edición. 2012, 1 (170): 1334-1347.

11. Segura T., Galindo MF., Rallo-Gutiérrez B., Ceña V., Jordán J. Dianas farmacológicas en las enfermedades neurodegenerativas. Rev Neurol. 2003, 36 (11): 1047-1057.

12. Abril Carreres MA., Ticó Falguera M., Garreta Figuera R. Enfermedades neurodegenerativas. Rehabilitación (Madr). [Internet]. 2004 [citado el 8 de Mayo de 2014]; 38 (6): 318-324. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v38n06a13069088pdf001.pdf>

13. Zarranz Imirizaldu J. Anamnesis y exploración del paciente con sintomatología del sistema nervioso. Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman XVII Edición. 2012, 1 (163): 1267-1284.

14. Griñán Soria F., Troyano Rivas T., Rodríguez Martínez M., Rico Blázquez M., Seco Martín A., Padros Nieto L., Manzano Martín E. Rehabilitación integral en un caso de demencia senil. Nursing Ed Esp. 2009, 27 (3): 58-66.

15. Zarranz Imirizaldu J. Anamnesis y exploración del paciente con sintomatología del sistema nervioso. Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman XVII Edición. 2012, 1 (163): 1269.

16. Ruiz Ramos M. Análisis de las principales variables determinantes de la evolución de la mortalidad por demencias en Andalucía. Rev Esp Salud Pública. [Internet]. 2012 [citado el 8 de Mayo de 2014]; 86 (3). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272012000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

17. Bird T., Miller B. Demencia. Principios de Medicina Interna Harrison. 17ª Edición. 2011, 2 (365): 2536-2542.

18. Bielsa Antúnez ML. La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. Monografía. Nuber Científ. [Internet]. 2013 [citado el 10 de Mayo de 2014]; 2(10): 5-11. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/NC\\_10.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_10.pdf)

19. García Díaz S., García Díaz MJ., Álvarez Martínez M., Martínez Rabadán M., Guillén Pérez F., Bernal Barquero M. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica. Enfermería docente. [Internet]. 2013 [citado el 10 de Mayo de 2014]; 101: 36-40. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/101pdf/101-036.pdf>

20. Osuna Expósito RM., López Sánchez O., Caballero Guerrero MJ. El paciente con Alzheimer. Abordaje y cuidados enfermeros. Revista científica Hygia de Enfermería. [Internet]. 2013 [citado el 10 de Mayo de 2014]; 84: 57-60. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia84.pdf>

21. DeLong M., Juncos J. Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales del movimiento. Principios de Medicina Interna Harrison. 17ª Edición. 2011, 2 (366): 2549-2559.

22. Tolosa Sarró E. Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento. Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman XVII Edición. 2012, 1 (173): 1362-1374.

23. Portillo MC. Cuidadores informales de personas con Parkinson. Necesidades y redes de apoyo, una revisión bibliográfica. Cuidados de Enfermería. Rev Rol Enferm. [Internet]. 2013 [citado el 11 de Mayo de 2014]; 36 (7-8): 524-532. Disponible en: [http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2013/07/52\\_Cuidadores.pdf](http://www.e-rol.es/biblioonline/revistas/2013/07/52_Cuidadores.pdf)

24. Sánchez Meléndez A. Cuidando a un enfermo de Parkinson. El largo y tortuoso camino de un afrontamiento eficaz. Arch Memoria. [Internet]. 2012 [citado el 11 de Mayo de 2014]; 9 (3). Disponible en: [http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=677033\\_1](http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=677033_1)

25. Osés de León E., Marañón Legarra I. Diagnósticos de enfermería en el paciente con enfermedad de Parkinson (E.P). Pulso, revista del colegio de enfermería de Navarra. [Internet]. 2012 [citado el 11 de Mayo de 2014]; 70: 31-34. Disponible en: [http://www.enfermerianavarra.com/fileadmin/documentos/revista/Pulso\\_70.pdf](http://www.enfermerianavarra.com/fileadmin/documentos/revista/Pulso_70.pdf)

26. La gran desconocida. Trib Sanitaria. [Internet]. 2007 [citado el 11 de Mayo de 2014]; (201): 12-15. Disponible en: [http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=633731\\_1](http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=633731_1)

27. Fernández Benito RE., López Rojo N., Martín Toral S., Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. Fundación de la enfermería de Cantabria. Nuber Cientif. [Internet]. 2012 [citado el 13 de Mayo de 2014]; 1 (7): 60-69. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/NC\\_7.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_7.pdf)

28. Flores Chávez OR. Proceso de enfermería aplicado a paciente con evento vascular cerebral. Caso clínico. Desarrollo Cientif Enferm. [Internet]. 2011 [citado el 13 de Mayo de 2014]; 19 (3): 1-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-097.pdf>

29. Adell Serrano B., Perrot González JC., Escribano Stable DA., Castañeda Galeano VE., Usabiaga Bernal T., Aguilar Naranjo JJ. Relación entre reserva cognitiva y déficit cognitivo en el ictus. Rehabilitación (Madr). [Internet]. 2013 [citado el 13 de Mayo de 2014]; 47 (1): 27-34. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v47n01a90198292pdf001.pdf>



30. Santos Andrés JF., Abou Hlais S., Aguilar Naranjo JJ., Ródenas Martínez S., Usabiaga Bernal T. Modelos de predicción funcional en el accidente vascular cerebral. Revisión. Rehabilitación (Madr). [Internet]. 2006 [citado el 13 de Mayo de 2014]; 40 (4): 209-215. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v40n04a13090635pdf001.pdf>
31. Montalbán Quesada S. Gestión del caso clínico de una paciente con accidente cerebrovascular. Evidentia. [Internet]. 2011 [citado el 13 de Mayo de 2014]; 8 (36). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev7580.php>
32. 10. Chamorro Sánchez Á. Accidentes vasculares cerebrales. Tratado de Medicina Interna Farreras/Rozman XVII Edición. 2012, 1 (170): 1340.
33. Parlay Coss L., Riveri Bell RM., Páez Armenteros J., Ramos Batista LE. Índice de independencia de paciente con accidente vascular encefálico. 2010, 26 (4): 10.
34. Vargas Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Universidad de La Sabana. [Internet]. 2012 [citado el 16 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62-76/html>
35. Gonzalo Ruiz A. Papel de la fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer. Trabajo Fin de Grado. Escuela universitaria de fisioterapia. [Internet]. 2013 [citado el 17 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2490/1/TFG%20Papel%20de%20la%20Fisioterapia%20en%20la%20EA.doc.pdf>
36. Aguilar Barbera M., Alberca Serrano R., Azanza Perea JR., Barquero Jiménez MS., Boada Rovira M., García-Albea Ristol E. et al. Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. Editorial medica panamericana. 1ª Ed. 2002, 1 (4): 65-75.

37. Soto Fernández O., Barrios Casas S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. Cienc enferm. [Internet]. 2012 [citado el 17 de Mayo de 2014]; 18 (3): 61-72. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300007&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300007&script=sci_arttext&tlng=e)

38. Madueño García V., Pastor Gallardo FJ., Rodríguez Marco J., Macías Méndez JM., López Herrero B., Gómez Enchas JM. Prevalencia y cálculo del riesgo de úlceras por presión en pacientes inmovilizados domiciliarios. Revista científica Hygia de enfermería. [Internet]. 2013 [citado el 17 de Mayo de 2014]; 84: 46-51. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia84.pdf>

39. Luengas A. Guía de manejo de enfermería para prevenir las úlceras por presión. Actual Enferm. [Internet]. 1999 [citado el 18 de Mayo de 2014]; 2 (4): 1-37. Disponible en: [http://www.index-f.com/DOCUMENTOS\\_EBE/cuiden-evidencia/A-Ev2n4.pdf](http://www.index-f.com/DOCUMENTOS_EBE/cuiden-evidencia/A-Ev2n4.pdf)

40. Magnani Fernandes L., Larcher Caliri MH. Uso de la escala de Braden y de Glasgow para identificar el riesgo de úlceras de presión en pacientes internados en un centro de terapia intensiva. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet]. 2008 [citado el 18 de Mayo de 2014]; 16 (6). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/es\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/es_06.pdf)

41. Vidal Marín M., Montoya Beneitez P. Farmacología de la enfermedad de Parkinson. Enferm Cientif. [Internet]. 2001 [citado el 16 de Mayo de 2014]; 141: 33-40. Disponible en: [http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=171471\\_1](http://www.index-f.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=171471_1)

42. Harris Ricardo J., Fortich Mesa N., Díaz Caballero A. Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: Una revisión actualizada. Avances en odontoestomatología. [Internet]. 2013 [citado el 16 de Mayo de 2014]; 29 (3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v29n3/original4.pdf>

43. García Pérez F. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos. Manual de ejercicios prácticos. Rehabilitación (Madr). [Internet]. 2003 [citado el 16 de Mayo de 2014]; 37 (3): 170. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v37n03a13048557pdf001.pdf>
44. Ayán C., Cancela JM., Rodríguez P., Ríos P., Abal N. Mejora del equilibrio en los enfermos de Parkinson mediante el ejercicio calisténico-recreativo: un estudio piloto. Rehabilitación (Madr). [Internet]. 2013 [citado el 16 de Mayo de 2014]; 47 (1): 22-26. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v47n01a90198291pdf001.pdf>
45. Palazón García R., Gómez del Monte C., Cantero Garlito PA., Cabañas Elías J., Berrocal Sánchez I. Protocolo terapéutico en la enfermedad de Parkinson. Rehabilitación (Madr). [Internet]. 2001 [citado el 17 de Mayo de 2014]; 35 (3): 175-178. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/120/120v35n03a13014007pdf001.pdf>
46. Torres Carro O., León M., Álvarez E., Maragoto C., Álvarez L., Rivera O. Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de neurociencia. [Internet]. 2001 [citado el 17 de Mayo de 2014]; 2 (4): 241-244. Disponible en: <http://www.discapacidadcolombia.com/documentos/parkinson.pdf>
47. Pereñíguez Olmo MD. Introducción a la Metodología Cualitativa. Universidad Católica San Antonio de Murcia. 2014.
48. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª Edición. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.; 2007.
49. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

50. Moorhead S., Johnson M., Meridean L., Swanson E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

51. Bulechek GM., Butcher HK., McClosky J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

52. Elizondo Licea C. Musicoterapia aplicada a personas con la enfermedad de Alzheimer, en estado de ansiedad, depresión y agitación: revisión de estudios actuales. Master de musicoterapia. 2012.

53. Turró Garriga O., López Pousa S., Vllalta Franch J., Turon Estrada A., Pericot Nierga I., Lozano Gallego M. et al. Estudio longitudinal de la apatía en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Neurolog. 2009. 48: 7-13.

54. García Alcaraz F., López Escribano A., García Aranos J., Alfaro Espín A. Úlcera por presión en región sacra. Rev Clín Med Fam. 2007. 1 (6): 291-294.

55. Plaza Blázquez R., Guija Rubio RM., Martínez Ivars L., Alarcón Alarcón M., Calero Martínez C., Hernández García E. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev Clín Med Fam. 2007. 1(6): 284-290.

56. Moreno Vázquez K., Ponce Olivera RM., Ubbelohde Henningsen T., Malagón Hidalgo H. Hialuronato de cinc como tratamiento de pacientes con úlceras de piernas. Dermatología Rev Mex. 2010. 54 (6): 346-349.

57. Freitas da Silva GR., Carvalho Moura EC., Rodrigues Barbosa de Sousa JE., Barradas Calvacante E., Milanez Oliveira F. Protocolo clínico de heridas: evidencias en úlcera por presión y quemaduras en la práctica de enfermería. Evidentia. [Internet]. 2012 [citado el 22 de Mayo de 2014]; 9(37). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev7711.php>

58. Guetin S., Charras K., Berard A., Arbus C., Berthelon P., Blanc F., et al. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: a report of a French expert group. Dementia (London). 2013. 12 (5): 619-634.

## 9. ANEXOS

### 9.1 Valoración de enfermería según el formato OMI-AP

#### 9.1.1 Patrón percepción-manejo de la salud

Precep. de salud (Anc.) | Valoración general

Peso  (76 - 30/11/2012) Talla  (140 - 30/11/2012) PNC  (36,776 - 30/11/2012) Temp  (36,5 - 30/11/2012)

TAS  (115 - 30/11/2012) TAD  (65 - 30/11/2012) F.C.  (92 - 30/11/2012) F.R.

Hig. personal  (Buena - 30/11/2012) Hig. vest./arreglo  (Adecuado - 30/11/2012) Vacunas  (Completa - 30/11/2012)

Hig. boca  (Adecuada - 30/11/2012) Hig./seg. vivienda  (Buena - 30/11/2012) Revisiones  (Completa - 30/11/2012)

Prob./salud [nt]  (5 - 30/11/2012) Hábitos tóxicos  (N - 30/11/2012)

Tipo problema  (Enf. crónica - 30/11/2012) Tabaco  (N - 30/11/2012) Cig./da

Nivel cuidados  (Adecuada - 30/11/2012) Alcohol  (N - 30/11/2012) Gr./sem

Conocimientos  (Inadecuada - 30/11/2012) Opios  (N - 30/11/2012)

Actitud  (Indiferencia - 30/11/2012) Café/alc  (N - 30/11/2012)

Tto. farma. [nt]  (5 - 30/11/2012) Adhesión tto  (Adecuada - 30/11/2012) Polimed.  (5 - 30/11/2012)

Ind. terap.  (N - 30/11/2012) Adhesión est.  (5 - 30/11/2012) Auto.  (2 - 30/11/2012)

Actitud terapia  (Desinteres - 30/11/2012) Alergia  (5 - 30/11/2012) Seg. medicación  (5 - 30/11/2012)

Caeidas [nt]  (5 - 30/11/2012) Accidentes  (5 - 30/11/2012)

Prob. movilidad  (5 - 30/11/2012) Sit. ayuda  (5 - 30/11/2012) Test "lev. y ande"

NI Ingresos [nt]  (0 - 30/11/2012) Causa

Prev. accident.  (5 - 30/11/2012) Test Barber [nt]  (5 - 30/11/2012)  Anc. Sin Riesgo [nt]

Anc. Riesgo [nt] (1 - 30/11/2012)

COMENTARIOS:

RESULTADO Patrón alterado (Patrón alterado - 30/11/2012)

Cons. medicación [nt] (1 - 30/11/2012)

C. prev. accidentes [nt] (1 - 30/11/2012)

Cons. hig. personal [nt]

**TEST DE BARBER**

Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"

¿Vive solo?

¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?

¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?

¿Necesita de alguien que le ayude a meruado?

¿Le impide su salud salir a la calle?

¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?

¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?

¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?

¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

**Posible Situación de Riesgo** Total contestaciones afirmativas **5**

## 9.1.2 Patrón nutricional-metabólico

Valización general

Peso  (19 - 30/11/2012) Talla  (140 - 30/11/2012) BPC  (36,7% - 30/11/2012) Temp  (36,5 - 30/12/2012)

Comidas/día  (3 - 19/10/2012) Lugar comidas  (Casa - 19/10/2012) Horario fijo   (5 - 19/10/2012)

Alim. edec. [nt]   (5 - 19/10/2012) Líquido/día (ml.)  (1500 - 19/10/2012) Vitaminas   (4 - 19/10/2012)

Prob. Boca   (N - 19/10/2012)

- Caries   (N - 19/10/2012)
- Ulceras   (N - 19/10/2012)
- Inflamación   (N - 19/10/2012)

Prob. Comer   (N - 19/10/2012)

- Resaca [nt]   (N - 19/10/2012)
- Pr. tragar   (N - 19/10/2012)
- Síndrome   (N - 19/10/2012)

Prob. Dieta   (N - 19/10/2012)

- No equilibrada   (N - 19/10/2012)
- Insuficiente   (N - 19/10/2012)
- Excesiva   (N - 19/10/2012)
- Lact. inadec.   (N - 19/10/2012)
- Consistencia   (N - 19/10/2012)

Otros Problemas   (5 - 19/10/2012)

- Sint. digest.   (N - 19/10/2012)
- Dependencia   (5 - 19/10/2012)
- Inapetencia   (N - 19/10/2012)
- Alt. peso   (5 - 19/10/2012)
- Intole. alimen.   (N - 19/10/2012)
- Come s/hambre   (N - 19/10/2012)
- Sedentarismo   (5 - 19/10/2012)

Test Norton  Estado nutricional  (Normal - 19/10/2012)

Al. Piel   (5 - 19/10/2012)

- Alt. integridad   (5 - 19/10/2012)
- Frag. capilar   (N - 19/10/2012)
- Def. hidratación   (N - 19/10/2012)
- Color al tacto   (N - 19/10/2012)
- Sig. resaca   (N - 19/10/2012)
- Dermatitis   (N - 19/10/2012)
- Prurito   (N - 19/10/2012)
- Pielidad   (N - 19/10/2012)
- Pálides   (N - 19/10/2012)
- Edemas   (N - 19/10/2012)
- Cicatrización   (5 - 19/10/2012)
- Envejecimiento   (5 - 19/10/2012)

COMENTARIOS:

Cons. Alimentación [nt] (1 - 22/05/2008)

RESULTADO  (Patrón alterado - 19/10/2012)

**TEST DE NORTON**

Estado Físico General  Bueno  Mediano  Regular  Muy malo

Estado Mental  Alerta  Apático  Confuso  Estuporoso / Comatoso

Movilidad  Total  Disminuida  Muy limitada  Inmóvil

Actividad  Ambulante  Camina con ayuda  Sentado  Encamado

Incontinencia  Ninguna  Ocasional  Urinaria o Fecal  Urinaria + Feca

**Muy alto riesgo** Total puntos **8**

### 9.1.3 Patrón eliminación

**ELIMINACIÓN (Anciano)** Valoración general

**INTESTINAL**

Deposic./señ.  (7 - 19/10/2012) Consistencia  (Pastosas - 19/10/2012) Color  (Normal - 19/10/2012)

Problemas eliminación  Sí  No (5 - 19/10/2012) Sist. de eyula  Sí  No (N - 19/10/2012)

Dolor defecar <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Incontinenc. (nt) <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)
Dolor abdomen <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Fisuras <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Dist. abdomen <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Fecalomias <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Sangre heces <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Hemorroides <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Flatulencia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Ruidos intest. <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)

**URINARIA**

Micciones/día  (4 - 19/10/2012) Carac. orina  (Normal - 19/10/2012)

Problemas micción  Sí  No (5 - 19/10/2012) Sist. de eyula  Sí  No (5 - 19/10/2012)

Incontinencia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)	Continua <input type="text" value="Continua"/> (Continua - 19/10/2012)
Disuria <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)	Poliuria <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Escisor <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Poliuria <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Rebndones <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Oliguria <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Globo vesical <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Nicturia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Goteo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	

**CUTANEA**

Prob. eliminación cutánea  Sí  No (N - 19/10/2012)

Sudor copioso <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Orzuelos <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Clor corporal <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Heridas cutáneas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)

**COMENTARIOS**

RESULTADO  (Patrón alterado - 19/10/2012)

### 9.1.4 Patrón actividad-ejercicio

**ACTIV.-EJERCICIO (Anc.)** Valoración general

TAS  (115 - 3/12/2012) TAD  (65 - 3/2/2012) F.C.  (92 - 3/12/2012) P.R.

Dependientes  Sí  No (5 - 19/10/2012) Barreras ambientales  Sí  No (5 - 19/10/2012)

Def. motoras  Sí  No (5 - 3/12/2012) Falta de recursos  Sí  No (N - 19/10/2012)

Def. sensorial  Sí  No (5 - 19/10/2012) Parálisis, paresias  Sí  No (N - 19/10/2012)

Def. emocional  Sí  No (5 - 19/10/2012) Prob. salud limitantes  Sí  No (5 - 19/10/2012)

**Sist. Respiratorio**  Sí  No (N - 19/10/2012) **Sist. Físicos**  Sí  No (5 - 19/10/2012)

Tos no frías <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Cansancio excesivo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Opresión <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Hipertonía muscular <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)
Opresión <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Inmovilizaciónes <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)
Opresión <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Claudicación intermitente <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)
Ruidos respiratorios <input type="text" value=""/>	Pulsos periféricos <input type="text" value="Presentes"/> (Presentes - 19/10/2012)

**Bartel (nt)**  **Baber (nt)**  (5 - 3/12/2012) **Katz (nt)**

**EJERCICIO/OCIO**

Ejercicio físico <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)	Homic/Levanta <input type="text" value="0"/>	Dual/Cometa <input type="text" value="0"/>
Paseo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)		
Act. de ocio (nt) <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N - 19/10/2012)		
Aburrimiento <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)	Incap. ocio habitual <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)	<input checked="" type="checkbox"/> Cons. Ejercicio (nt) (1 - 22/05/2009)
Desinterés ocio <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)	Incap. actividad habitual <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (5 - 19/10/2012)	
Mantenimiento hogar <input type="text" value="Inadecuada"/> (Inadecuada - 19/10/2012)		

**COMENTARIOS**

RESULTADO  (Patrón alterado - 19/10/2012)

### TEST DE BARTHEL

BAÑO	Dependiente	0
VESTIDO	Dependiente	0
ASEO PERSONAL	Dependiente	0
RETRETE	Dependiente	0
USO DE LA ESCALERA	Dependiente	0
TRASLADO SILLÓN/CAMA	Dependiente	0
DEAMBULACIÓN	Dependiente	0
MICCIÓN	Incontinente	0
DEPOSICIÓN	Incontinente	0
ALIMENTACIÓN	Dependiente	0
<b>Grado de incapacidad</b>	<b>Severa</b>	<b>Total puntos 0</b>

### TEST DE BARBER

Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"

- ¿Vive solo?
- ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
- ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
- ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
- ¿Le impide su salud salir a la calle?
- ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
- ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
- ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
- ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

**Posible Situación de Riesgo**

**Total contestaciones afirmativas 5**



## TEST DE KATZ

Valora la independencia en las siguientes situaciones:

- LAVADO** Dependiente si recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
- VESTIDO** Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
- USO DEL RETRETE** Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso recurrente del orinal.
- MOVILIZACIÓN** Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
- CONTINENCIA** Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
- ALIMENTACIÓN** Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.  
(No se puntúa si recibe ayuda para cortar el pan o la carne)

**VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ**

**0**

- A Independiente en todas las funciones.
- B Independiente en todas las funciones menos una.
- C Independiente en todas las funciones excepto lavado y otra más.
- D Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido y otra más.
- E Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro y otra más.
- F Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro, la movilización y otra más.
- G Dependiente de las seis funciones.
- H Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.
- Otros Dependiente pero no clasificable en los estadios anteriores.

### 9.1.5 Patrón sueño-descanso

SUEÑO-DESCANSO (Anciano)
Valoración general

Horas sueño/día

Sestas  Sí  No

Ronca  Sí  No

Problemas con el sueño  Sí  No

No conciliar el sueño   
 Interrupciones sueño   
 Ayudas para dormir

Lugar

Minutos/día

Apnea de sueño  Sí  No

Horario sueño regular  Sí  No

De:

A:

Se levanta cansado  Sí  No

Somnolencia  Sí  No

Alt. Descanso/Relajación  Sí  No

Medicamentos para descansar  Sí  No

Confusión  Sí  No

Cansancio  Sí  No

Horas descanso/día

¿Vive en sus actividades?  Sí  No

Ateraciones en examen  Sí  No

Signos de cansancio  Sí  No

Alt. de la conducta  Sí  No (N - 19/10/2012)

COMENTARIOS

RESULTADO

### 9.1.6 Patrón Cognitivo-perceptual

**COGNITIVO-PERCEP. (Anc.)** Valoración general

Nivel conciencia: **Apático** (Apático - 19/10/2012) **faller [nt]** 0

Orientado:  S  B (N - 19/10/2012) Puede leer:  S  B (N - 19/10/2012) Puede escribir:  S  B (N - 19/10/2012)

**Alt. Cognitivas**  S  B (S - 19/10/2012)

Pr. exp. ideas:  S  B (S - 19/10/2012) Pr. lenguaje:  S  B (S - 19/10/2012) Pr. comprensión:  S  B (S - 19/10/2012)  
 Pr. memoria:  S  B (S - 19/10/2012) Pr. concentrar:  S  B (S - 19/10/2012) Fobias, miedos:  S  B (N - 19/10/2012)  
 Df. decisiones:  S  B (S - 19/10/2012) Sínc. depresivos:  S  B (S - 19/10/2012) **Yesavage** 0

**Alt. Perceptivas**  S  B (S - 19/10/2012)

Pr. visión [nt]:  S  B (S - 19/10/2012) **No usa** (Gafas - 19/10/2012) Pr. olfato:  S  B (N - 19/10/2012)  
 Pr. audición [nt]:  S  B (S - 19/10/2012) **No usa** (No usa - 19/10/2012) Pr. gusto:  S  B (N - 19/10/2012)  
 Tapón.cera [nt]:  S  B (N - 19/10/2012) **Vértigo**:  S  B Pr. sensibilidad:  S  B (N - 19/10/2012)

**Dolor**  S  B (S - 19/10/2012)

Tpo:  Intens:   
 Lnc:  Control:  **Al. Curv.**  S  B (S - 19/10/2012)

**Alt. Conducta**  S  B (N - 3/12/2012)

Irranquididad:  S  B (N - 19/10/2012) Irritabilidad:  S  B (N - 19/10/2012) Agitación:  S  B (N - 19/10/2012)

COMENTARIOS:

RF3 RESULTADO: **Patrón alterado** (Patrón alterado - 19/10/2012)

### 9.1.7 Patrón autopercepción-autoconcepto

**AUTOPERCEPCION (Anc.)** Valoración general

**Pr. Conigo mismo**  S  B

Verbalizaciones autonegativas:  S  B  
 Expresiones de desesperanza:  S  B  
 Excesiones de humildad:  S  B

**Pr. Conductuales**  S  B

Conducta indecisa:  S  B  
 Confusión:  S  B (S - 3/12/2012)  
 Df. de la atención:  S  B  
 Irritabilidad:  S  B (N - 3/12/2012)  
 Agitación:  S  B (N - 3/12/2012)  
 Angustia:  S  B

**Pr. con su imagen corporal**  S  B

Le precipitan los cambios:  S  B  
 Miedo al rechazo de otros:  S  B  
 Sent. negativo de su cuerpo:  S  B

**Otros Problemas**  S  B

Fracaso, rechazos:  S  B  
 Amb. familiar desfavorable:  S  B  
 Carencias afectivas:  S  B  
 Insomnio:  S  B (N - 3/12/2012)  
 Df. concentración:  S  B  
 Ansiedad, depresión:  S  B (S - 3/12/2012)

**Cambios Recientes**  S  B

Tpo cambios:   
 Son un problema:  S  B **Influyen en:**

**Datos del Examen**

Imagen corporal: **Cuidado** Rasgos personales: **Debil**  
 Nervioso(5)/Relajado(1):  Asertivo(5)/Pasivo(1):

COMENTARIOS:

RESULTADO: **Patrón alterado**

### 9.1.8 Patrón rol-relaciones

BOL-RELACIONES (Anciano) | Valoración general

Convive en:       Nº personas grupo familiar [nt]

Convive con:       Cambios domicilio [nt]  Sí  No

Cuida de alguien:  Sí  No       Tiene rol cuidado:  Sí  No

Depende de alguien:  Sí  No       Act. función del rol:  Sí  No

Red apoyo familiar [nt]       Situación vivienda [nt]  Valor: 3/12/2012

Situac. económica [nt]       Situac. sociofamiliar [nt]

Pr. relación social:  Sí  No       ¿Se siente solo?  Sí  No

Pr. relación familiar:  Sí  No (N - 1/12/2012)

Pérdida seres queridos:  Sí  No

Conductas agresivas:  Sí  No      Duelo anticipado:  Sí  No

Expresión de dolor:  Sí  No      Necesita pérdida:  Sí  No

Tiempo prolongado:  Sí  No

Pertenece a grupos/asociaciones:  Sí  No

COMENTARIOS:

RESULTADO:

**TEST DEL CUIDADOR**

Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"

- Tiene trastornos del sueño
- El cuidado de su paciente es poco práctico (la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse)
- El cuidado representa un esfuerzo físico (hay que sentarlo o levantarlo de la silla)
- Le supone una restricción a su vida anterior (la ayuda limita el tiempo libre y no puede hacer visitas)
- Ha habido modificaciones en su familia (ha roto la rutina familiar, falta de intimidad, ...)
- Cambios en los planes personales (rechazo de trabajos, imposibilidad de vacaciones, ...)
- Existen otras exigencias de tiempo por parte de otros miembros de la familia.
- Ha habido cambios emocionales.
- Existen comportamientos del pac. que resultan molestos (incontinencia, díf. para recordar las cosas, acusa a los demás de quitarles las cosas, ...)
- Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado comparado a como era antes.
- Ha habido modificaciones en su trabajo.
- El enfermo es una carga económica.
- La situación le ha desbordado totalmente

**Total respuestas afirmativas      6**

### 9.1.9 Patrón adaptación-tolerancia al estrés

ADAPTACIÓN ESTRÉS (Anc.) Valoración general

Cambios/Prob. imprevistos  Sí  No Tip:

Intuición (conciencia)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	¿Es que influye?	<input type="text"/>
Prob. en la adaptación	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Restricciones et. cultura	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Excepciones inapropiadas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Resolución problemas fuertes	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Soluciones inadecuadas	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Mimica los contextos	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Incapaz afrontar situaciones	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
Deficiente apoyo familiar	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		
Reservo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No (N- 3/12/2012)	Comunicación limitada	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Tolerancia	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Dependencia paterna	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Psicosomalización	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Ayuda pro-social/ética	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Estres: Sensación acua  Sí  No Estres situaciones anteriores  Sí  No

Desencadenantes conocidos	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="text"/>	
¿Están o han estado?	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Prob. en la resolución	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Estrategias adaptación estrés  Sí  No

Sistemas de apoyo  Sí  No

Ayudas para relajación  Sí  No

Técnicas de relajación	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Medicinas/herbales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Tolerancia al estrés  Sí  No

COMENTARIOS

RESULTADO Patrón eficaz



