

M.^a Concepción García Manzanares^{1,*}
 M.^a Lourdes Jiménez Navascués²
 Esther Blanco Tobar³
 María Navarro Martínez⁴
 María de Perosanz Calleja⁵

1. Graduada en Enfermería, Facultad de Enfermería de Soria, Universidad de Valladolid. Enfermera en la Residencia Social Asistida "San José", Toledo, España.
2. Doctora en Enfermería. Profesora en la Facultad de Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid. Soria. España.
3. Graduada en Enfermería, Facultad de Enfermería de Soria, Universidad de Valladolid. Enfermera en Stepping Hill Hospital, Stockport, Cheshire, Inglaterra.
4. Graduada en Enfermería. Facultad de Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid. Soria. España.
5. Graduada en Enfermería, Facultad de Enfermería de Soria, Universidad de Valladolid. Enfermera en el Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: conchy_4_mayo@live.com (M.C. García Manzanares).

Recibido el 5 de octubre de 2017; aceptado el 18 de diciembre de 2017

Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria

Parkinson's disease: Nursing approach from primary health care

RESUMEN ABSTRACT

Introducción: La enfermedad de Parkinson es un trastorno crónico neurodegenerativo de inicio insidioso y de curso prolongado. Tiene una mayor incidencia en las personas de edad avanzada; la edad media de inicio es de 57 años. Los cuidados que reciben los pacientes influyen en su calidad de vida. Se ha realizado una revisión bibliográfica de los datos publicados hasta el momento sobre qué necesidades tienen los enfermos de párkinson en fases iniciales y qué cuidados requieren. El objetivo principal del estudio ha sido determinar los cuidados de enfermería en los pacientes de párkinson recién diagnosticados en atención primaria. **Resultados:** Las necesidades más demandadas en la fase inicial de la enfermedad se relacionan con la movilidad, la eliminación y el sueño/reposo. Las intervenciones se programan según la necesidad de cada paciente. **Conclusiones:** La detección precoz del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson mejorará la eficacia de la intervención y dará lugar a un enlentecimiento del progreso de la enfermedad. La importancia de informar y educar al paciente sobre los aspectos fundamentales y el pronóstico evolutivo de la enfermedad de Parkinson son fundamentales para mejorar la capacidad de afrontamiento del individuo.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Parkinson, necesidades, cuidados, atención primaria, alteración motora, alimentación, depresión.

Introduction: Parkinson's disease is a chronic neurodegenerative disorder with insidious beginning and prolonged course. It has a higher impact in elderly people; the average age of onset is 57 years. The care that patients receive affect their quality of life. A literature review of the published data so far has been made to know which kind of needs the Parkinson's patients have in the early stages and which type of care they require. The main objective of this study has been to establish the nursing care for newly diagnosed Parkinson's patients at primary health care. **Results:** The most requested needs in the early stage of Parkinson's disease are related to mobility, elimination and sleep/rest. The interventions are programmed according to the needs of each patient. **Conclusions:** The early diagnosis of Parkinson's disease will improve the efficiency of the intervention and it will result in a slower progression of the disease. The importance of informing and educating the patient about the fundamental aspects and the evolution of the prognosis of Parkinson's disease are fundamental to improve the individual's ability of coping.

KEYWORDS: Parkinson's disease, needs, care, primary health care, motor neurone disease, feeding and depression.

■ INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo que afecta a las estructuras del cerebro encargadas del control y la coordinación del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y de la postura. Según la Organización Mundial de la Salud¹, es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer. Es una de las enfermedades que tiene un gran impacto

tanto en la vida de las personas que la padecen como de sus familiares, que afecta a la satisfacción de las necesidades básicas y produce situaciones de dependencia e incapacidad².

Estadísticamente, las tasas de incidencia y prevalencia más altas se muestran en Europa y América del Norte, las intermedias en China y Japón, y las más bajas en África³. En la actualidad, en España, esta enfermedad afecta a un 0,4% de las personas mayores de 40 años, a un 1%^{4,5} de personas de 65 años o mayores y a un 10% de personas mayores de

80 años⁶. Se puede decir que anualmente se dan unos 20 casos por cada 100.000 habitantes, con una edad media de 57 años⁷.

Farreras y Rozman y cols.⁸ la consideran como un síndrome y la clasifican en tres tipos:

1. El síndrome de Parkinson idiopático o primario, descrito por James Parkinson, conocido como EP.
2. Los parkinsonismos producidos por factores etiológicos, conocido como parkinson secundario o sintomático.
3. Y un tercer grupo, los síntomas de parkinsonismo que aparecen en el contexto de otra enfermedad neurológica y se asocian a otros síntomas de disfunción neurológica, conocido como los parkinsonismos plus.

El diagnóstico de la EP es clínico⁹, aunque en ocasiones se confirma cuando el tratamiento farmacológico produce mejoría y se excluye tanto el parkinsonismo secundario como el parkinsonismo plus^{8,10}. Por otro lado, es bastante difícil de diagnosticar en las personas mayores, porque el proceso de envejecimiento puede causar algunos problemas similares, como la pérdida de equilibrio, movimientos lentos, rigidez muscular y postura encorvada. Por lo tanto, no existen estudios de diagnóstico que nos hagan confirmar un diagnóstico de forma directa, pero sí que existen ayudas como la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear, que nos permiten detectar si un trastorno estructural es la causa de los síntomas¹¹.

El tratamiento de la EP, en su etapa inicial, se basa en una terapia multidisciplinaria no farmacológica y farmacológica. Las intervenciones de enfermería no farmacológicas son esenciales, como la educación, el soporte emocional, el ejercicio físico y la nutrición, ya que son los pilares principales en esta primera fase. Sin olvidar la importancia que tiene la coordinación y el constante *feedback* entre el personal sanitario y el paciente¹².

La intervención de enfermería, para el tratamiento farmacológico, consiste en educar, fomentar el autocuidado y el buen uso de los fármacos para conseguir una adherencia terapéutica adecuada¹³. Actualmente, los fármacos antiparkinsonianos más demandados son: levodopa, amantadina, agonistas dopaminérgicos, inhibidores dopaminérgicos (de la catecol-O-metiltransferasa [COMT] y de la monoaminoxidasa B [MAO-B]) y anticolinérgicos. Hoy por hoy, el tratamiento quirúrgico únicamente está indicado en aquellos pacientes que no responden bien al tratamiento farmacológico¹⁴.

Hemos enfocado esta revisión bibliográfica hacia las necesidades y demandas que tienen los pacientes recién diagnosticados en fases iniciales de la enfermedad, porque percibimos que existe mayor desconocimiento sobre las fases iniciales, debido a la fácil confusión que puede darse con la sintomatología del envejecimiento.

■ OBJETIVO

La pregunta que motiva esta revisión bibliográfica es ¿qué necesidades de cuidados tiene el paciente en las fases iniciales de la EP y su familia y cómo abordarlos desde enfermería en atención primaria?

Los objetivos específicos que ayudan a dar respuesta son:

- Determinar las necesidades de los pacientes recién diagnosticados de EP.
- Describir los cuidados más demandados tanto por el paciente como por la familia.
- Proponer un plan de cuidados estandarizados en pacientes recién diagnosticados de EP en el ámbito de la atención primaria.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio es una revisión bibliográfica. Inicialmente se establecieron las siguientes palabras clave con operadores booleanos que las relacionan: “Enfermedad de Parkinson”, “Parkinson”, “Necesidades”, “Cuidados”, “Depresión”, “Dieta”, “Alimentación”, “Alteración motora” y “Atención primaria”.

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

Los criterios de inclusión y exclusión que se han tenido en cuenta son:

- *Criterios de inclusión:* relación con los objetivos, fecha de publicación inferior a 10 años e idiomas seleccionados inglés, español y portugués.
- *Criterios de exclusión:* literatura gris, publicaciones de hace más de 10 años e idiomas diferentes del inglés, español y portugués.

Por último, se recuperaron un total de 19 publicaciones que cumplían los criterios establecidos y se realizó el posterior análisis teniendo en cuenta los objetivos propuestos inicialmente.

■ RESULTADOS

Presentamos conjuntamente los resultados del estudio sobre la EP y la discusión según los objetivos propuestos, una vez analizados los artículos.

Necesidades de los pacientes recién diagnosticados de enfermedad de Parkinson

Se han recuperado 15 artículos, que analizan las necesidades de los pacientes recién diagnosticados de EP y sus familias (tabla 1). La mayoría de las publicaciones se centran en las necesidades que requieren los pacientes con EP en fases más avanzadas y no en fases iniciales.

Tras el análisis de los artículos seleccionados, observamos que en relación con el concepto de EP, los aspectos más destacados de la definición son: que es una enfermedad neurológica degenerativa, asociada a rigidez muscular, con dificultades para andar, temblor y alteraciones en la coordinación entre otras manifestaciones¹⁵.

En la actualidad, la etiología es desconocida, pero en la mayoría de los trabajos la consideran de origen multifactorial y asocian la enfermedad a cuatro mecanismos: estrés oxidativo, predisposición genética, exposición a tóxicos ambientales o del propio organismo y envejecimiento¹⁶. Se han realizado diferentes estudios que relacionan el nivel de educación con la aparición de la enfermedad, pero se ha comprobado que no existe tal relación¹⁷. Es una enfermedad progresiva en la que los síntomas se agravan según avanza en el tiempo. En la actualidad no se conoce un tratamiento que resuelva definitivamente la enfermedad, solo se describen tratamientos que mejoran los síntomas y la calidad de la vida del enfermo.

Según el estudio llevado a cabo por Arroyo y cols.¹⁸, es difícil diagnosticar la enfermedad en fases iniciales. En su estudio detectó que el 24% de los pacientes fueron captados en fase leve, un 25% en fase moderada, un 22% en fase avanzada y un 24% en fase muy avanzada. También Gincy y cols.¹⁵ insisten en la dificultad de diagnosticar dicha enfermedad en fases iniciales, porque es fácil confundirla con los primeros síntomas de la vejez, por lo que los diagnósticos en fases iniciales son menores. Ofrecer un diagnóstico temprano, en primeras fases, puede influir en la capacidad del paciente y su familia para aceptar la enfermedad.

Tabla 1. Principales características de los estudios analizados en la revisión

Referencias	Objetivos	Metodología	Resultados
Eluvathingol G et al. ¹⁵	Generar conocimiento sobre las necesidades de los cuidadores informales de las personas con EP y analizar la evidencia de las intervenciones de apoyo social para satisfacer estas necesidades.	Revisión bibliográfica no sistemática. Bases de datos: PubMed-Medline, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library, CUIDEN y BIREME, en un intervalo de 10 años.	Los cuidadores informales tienen gran cantidad de necesidades que la mayoría de las veces no cubren con el apoyo social que reciben. Las ayudas más demandadas por ellos son: el relevo de cuidado, ayuda económica, el apoyo socioemocional continuo y la coordinación del cuidado multidisciplinar.
Price G et al. ¹⁶	Identificar la frecuencia y los factores de riesgo que influyen en la aparición de caídas en pacientes con EP.	Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal realizado con 70 pacientes afectados de EP atendidos en una unidad de atención al paciente neurológico en João Pessoa.	El estudio demuestra que son frecuente las caídas, por los factores extrínsecos y por la propia progresión clínica de la enfermedad.
Mestas L et al. ¹⁷	Estudiar el efecto del nivel de educación sobre el rendimiento cognitivo en una muestra de pacientes con EP, e investigar si existe relación entre el nivel de educación adquirido, el deterioro cognitivo y el inicio de la enfermedad.	La muestra estaba compuesta por 30 pacientes diagnosticados de EP sin demencia, agrupados en 3 grupos de nivel de educación (básica, media y superior), a los cuales se les aplicaron el <i>MiniMental</i> Parkinson y la escala autoaplicada para la evaluación de la depresión con el Inventario de depresión de Beck.	Se obtuvieron importantes diferencias entre el nivel de educación básico, medio y superior. El análisis del <i>MiniMental</i> no arrojó diferencias significativas; sin embargo, se obtuvo una correlación moderada entre la prueba de memoria y los años de escolaridad.
Arroyo M et al. ¹⁸	Conocer y cuantificar la dependencia, limitaciones y problemas que genera la enfermedad y explicar las consecuencias sociales de las mismas, en las distintas etapas de su desarrollo.	El análisis se ha realizado a partir de la bibliografía y documentación disponible; junto con una exploración original con base en una investigación cualitativa constituida por 27 individuos.	En este trabajo se ha expuesto la problemática social de la EP, para los pacientes y familiares. También cuantifica el grado de avance de la enfermedad que implica el deterioro de la vida social del enfermo, en ambos sexos.
Navarro-Peternella FM et al. ¹⁹	Evaluar la calidad de vida de las personas con EP e identificar las relaciones con el transcurso del tiempo y la gravedad de la enfermedad.	El estudio consta de 40 participantes, los cuales fueron evaluados individualmente mediante tres instrumentos: cuestionario sociodemográfico, Escala de Hoehn e Yahr y PDQ-39.	Demostró la gravedad de la enfermedad, la tendencia a empeorar la percepción en la calidad de vida (actividades de la vida diaria y cognitivas).
Anaut-Bravo S et al. ²⁰	Conocer la realidad sociosanitaria de las personas con EP y sus familiares en la Comunidad Foral de Navarra a partir de la detección de necesidades y demandas en materia de atención y cuidados directos, tanto de la persona enferma como de su cuidadora principal.	Se han llevado a cabo entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión con profesionales sanitarios, personas diagnosticadas de EP y familiares.	La presencia de la familia en el cuidado de personas con EP es presencial, ya que estos cuidados que ofrecen son de buena calidad de vida. A parte de juzgar la calidad de estos, podemos decir que los que son aportados por la familia son contrastados con los ofrecidos por los profesionales sanitarios.
Pla C et al. ²¹	Determinar el efecto de un neuroestimulador cerebral profundo en la calidad de vida de los pacientes con EP.	Es un estudio longitudinal, prospectivo, descriptivo y abierto en el que se evaluó la calidad de vida de 15 pacientes antes y después de la colocación de un neuroestimulador cerebral profundo.	Se ha demostrado la eficacia de la neuroestimulación en pacientes con la enfermedad avanzada y sus complicaciones motoras. La depresión es un factor significativo en la calidad de vida de estos pacientes.
Labiano-Fontcuberta A et al. ²²	Elucidar de forma crítica las evidencias a favor y en contra que relacionan estas dos patologías, agrupándolas desde un punto de vista epidemiológico, genético, clínico, de neuroimagen y anatomopatológico.	Las referencias de la revisión están obtenidas de la búsqueda en la base de datos de Medline entre 1960 y agosto de 2012. También se han incluido los libros y tratados especializados en el trastorno del movimiento.	Se llegó a la conclusión de que el temblor de la EP es un síntoma predictor. Sin embargo, el temblor esencial también presenta alteraciones en el sistema dopaminérgico.
Chueca E et al. ²³	Demostrar que una alimentación correcta en pacientes con EP mejora su sintomatología y en consecuencia en su calidad de vida.	Revisión bibliográfica basándose en la alimentación y educación para la salud en pacientes con EP.	Los pacientes que padecen esta enfermedad necesitan un abordaje terapéutico integral, basado en los cuidados esenciales (como la alimentación) con el fin de mejorar su calidad de vida.
Fernández-del Olmo M et al. ²⁵	Dar a conocer la importancia que tiene la estimulación sensorial y auditiva externa sobre la autotomía motora en individuos con EP.	Revisión bibliográfica de los estudios que tratan sobre las dificultades motoras en pacientes con EP, en presencia de señales auditivas y visuales externas.	El estímulo sensorial tiende a convertirse en uno de los puntos de referencia más importantes dentro de las estrategias de rehabilitación. Es un instrumento útil para mejorar la autonomía motora de los enfermos de Parkinson.
Garbayo E et al. ²⁴	Demostrar la importancia de las terapias neuroprotectoras y neurorestauradoras en pacientes con EP.	Revisión bibliográfica sobre diferentes terapias como la neuroprotectora y neurorestauradora, en pacientes con EP.	En la actualidad, existen terapias sintomáticas, aunque no son muy eficaces, ya que poseen efectos secundarios. El objetivo de la terapia sería frenar el avance de la enfermedad. Podemos destacar, la terapia celular y la terapia con factores tróficos tipo GDNF.

Tabla 1. Principales características de los estudios analizados en la revisión (*cont.*)

Referencias	Objetivos	Metodología	Resultados
Pagonabarraga J et al. ²⁶	Proporcionar una información lo más práctica y detallada posible, tanto para el paciente como para sus cuidadores, sobre los principales problemas para la alimentación con los que se pueden encontrar en el día a día.	Guía clínica.	El principal objetivo de la dieta en personas diagnosticadas de EP es conservar su estado nutricional, para mantener tanto la eficacia como su bienestar y calidad de vida.
Schrag A et al. ²⁷	Evaluar la asociación entre la presentación de varias características prediagnósticas en atención primaria y el diagnóstico de EP y el tiempo de aparición de estas primeras presentaciones antes del diagnóstico.	Se identificaron individuos con un primer diagnóstico de EP y otros sin la enfermedad, desde el 1 enero de 1996 hasta el 31 diciembre de 2012, de la base de datos de atención primaria del sistema de salud inglés.	Se ha observado en la EP que existen diferentes sintomatologías: alteraciones motoras, disfunciones del sistema nervioso autónomo y alteraciones neuropsiquiáticas, entre otras.
Da Silva TM et al. ²⁸	Investigar los efectos que tiene el omega-3, ante la depresión en pacientes con EP.	Es un estudio de doble ciego controlado por placebo, cuya finalidad fue analizar la depresión en 31 pacientes con EP.	Los resultados han demostrado que los pacientes con EP que toman aceite de pescado, con o sin antidepressivos, presentan mejoría en los síntomas depresivos e indican que la ingesta de omega-3 puede usarse como efecto antidepressivo.
Lagalla G et al. ²⁹	Investigar la seguridad y eficacia del tratamiento con toxina botulínica tipo A (BoNTX) para reducir la sialorrea en la EP.	Es un estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. Incluyó a 32 pacientes con EP que se quejaban de babeo excesivo.	Los individuos tratados con BoNTX experimentaron una reducción tanto en la frecuencia de babeo como en la discapacidad familiar y social, así como en la producción de saliva. No se registraron eventos adversos. Es un tratamiento seguro y efectivo para el manejo del babeo relacionado con la EP.

En fases avanzadas hay una mejor aceptación de la enfermedad, mientras que en fases iniciales la aceptación es menor, idea que comparten Arroyo y cols.¹⁸ y Navarro y cols.¹⁹. Es muy frecuente en personas diagnosticadas de EP el rechazo de la realidad y la negación de la enfermedad en fases iniciales, ya que les cuesta hacerse a la idea de que la enfermedad avanzará progresivamente y alterará su autonomía en su vida cotidiana²⁰.

Entre las consecuencias más destacadas por distintos autores se encuentran los problemas físicos que interfieren en las funciones del individuo y los problemas psicosociales que ponen énfasis en las funciones emocionales, que influyen en la capacidad de autonomía generando situaciones de dependencia¹⁵.

Problemas psicosociales: el principal problema es la capacidad de afrontamiento, la negación en la fase inicial del diagnóstico de la enfermedad.

Según datos aportados por Pla y cols.²¹, la depresión es el trastorno neuropsiquiátrico más frecuente de la EP. Se da en un 40% de los casos recién diagnosticados en fases iniciales, y produce alteraciones en los roles sociales y laborales. Le sigue la ansiedad, con un 30% de los casos, y por último el trastorno del pánico, últimamente más frecuente, con un 13-30%.

Los problemas físicos más referidos se relacionan con las necesidades de la movilidad, eliminación, alimentación y sueño. En cuanto a la sintomatología motora, en las primeras fases se ve caracterizada por síntomas leves como la bradicinesia, con un 37% de los casos, seguida de temblor en reposo e inestabilidad postural y rigidez^{15,18,22}. Hasta la fecha, el temblor era el primer síntoma en el que se basaba el diagnóstico de la enfermedad, pero en la actualidad se considera que es la bradicinesia el signo más importante, aunque es el más silente. Aun así, en la mayoría de los casos, el paciente identifica el temblor como la primera manifestación de una alteración de su salud¹⁵.

Otra necesidad, que se ve afectada desde la fase inicial, es la eliminación, como consecuencia del tratamiento farmacológico con levodopa, que puede producir efectos secundarios como el estreñimiento. Según algunos estudios, este problema llega a afectar al 75%²³ de los pacientes. Este tratamiento farmacológico ocasiona también una alteración en la alimentación, ya que la toma de levodopa puede producir una intolerancia a los aminoácidos. Otro de los problemas previsibles es la sialorrea.

Se ha observado que la EP también produce alteración en la necesidad de reposo y sueño, al principio como consecuencia de la inquietud de su nuevo estado de salud y posteriormente por la rigidez.

Los cuidados más demandados por el paciente

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

El tratamiento recomendado para los pacientes con EP debe incluir dos aspectos: el farmacológico y las medidas no farmacológicas. El empleo de fármacos es, hasta la fecha, imprescindible para el tratamiento de pacientes con esta enfermedad durante su evolución²⁴. No obstante, las medidas no farmacológicas son también herramientas útiles para un manejo integral del paciente, ya que el objetivo es mantener la mejor calidad de vida en su nueva situación de salud²¹.

En cuanto a las alteraciones motoras, los trastornos de la marcha constituyen uno de los síntomas más comunes en fases iniciales de la EP y uno de los principales aspectos que más limitan la autonomía y la calidad de vida de estos pacientes. El ejercicio físico como es la natación, caminar o bailar ha demostrado eficacia como tratamiento sintomático asociado al tratamiento farmacológico¹⁴. Se considera que la actividad física podría enlentecer la progresión de la enfermedad, mejorar la movilidad articular, la flexibilidad muscular, la rigidez y evitar contracturas, y de esta forma frenar el incremento de las dosis de medicación.

Fernández y cols.²⁵ aportan evidencias sobre las terapias físicas relacionadas con las estimulaciones sensoriales, como las auditivas en fases iniciales, porque disminuyen el número de episodios de bloqueo. Estas terapias han producido mejora en la marcha tanto en línea recta como en los giros, mejora significativamente la estabilidad temporal de la misma.

Para abordar la sintomatología que afecta al aparato locomotor se están desarrollando nuevas terapias como la neuroprotectora y la neu-

Tabla 2. Propuesta de un plan de cuidados estandarizados en pacientes recién diagnosticados de Parkinson en el ámbito de la atención primaria

Necesidad Comunicación	
NANDA	Afrontamiento individual ineficaz (NANDA: 00069) Definición: incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles. Factores relacionados: falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación e incertidumbre. Características definitorias: expresa incapacidad para el afrontamiento, cambio en los patrones de comunicación verbal y trastornos del patrón del sueño.
NOC	Aceptación: estado de salud (NOC: 1300) – Reconoce la realidad de la situación de salud. – Busca información sobre la salud. Afrontamiento de problemas (NOC:1302) – Verbaliza la aceptación de la situación – Toma decisiones relacionadas con la salud.
NIC	Apoyo emocional (NIC: 5270) – Ayudar al paciente a reconocer sentimientos como la ansiedad, ira o tristeza. – Proponer apoyo durante la fase de negación. Escucha activa (NIC: 4920) – Mostrar interés por el paciente. Mejorar el afrontamiento (NIC: 5230) – Ayudar al paciente a adquirir los métodos adecuados para la resolución de problemas.
Necesidad Moverse	
NANDA	Deterioro de la movilidad física (NANDA: 00085). Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades. Factores relacionados: disminución de la fuerza y la resistencia secundaria a enfermedad del sistema nervioso: Parkinson, rigidez, temblor y bradicinesia. Características definitorias: alteración de la capacidad para moverse dentro de su entorno.
NOC	<u>Objetivos:</u> Movilidad (NOC: 0208) – Mantenimiento del equilibrio. – Mantenimiento de la posición. – Deambulación: camina.
NIC	<u>Actividades</u> Terapia de ejercicios: control muscular (0226). – Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios. – Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios.
NANDA	Riesgo de caídas (NANDA: 00155) Definición: riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico. Factores de riesgo: dificultad en el equilibrio y en la marcha.
NOC	<u>Objetivos:</u> Conducta de prevención de caídas (NOC: 1909) – Quita las alfombras. – Elimina el desorden, derramamientos y abrillantadores del suelo. – Proporcionar ayuda para la movilidad.
NIC	<u>Actividades:</u> Manejo ambiental: seguridad (NIC: 6486). – Identificar las necesidades de seguridad, según función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente. – Identificar riesgos respecto a la seguridad en el ambiente. – Eliminar los factores de peligro en el ambiente. Prevención de caídas (NIC: 6490). – Identificar factores que afecten al riesgo de caídas. – Enseñar medidas de seguridad personal para prevenir caídas.

Continúa

Tabla 2. Propuesta de un plan de cuidados estandarizados en pacientes recién diagnosticados de Parkinson en el ámbito de la atención primaria (cont.)

Necesidad Eliminación	
NANDA	Estreñimiento (NANDA: 00011)
Definición:	Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.
Factores relacionados:	Efectos secundarios al tratamiento.
Características definitorias:	Incapacidad para eliminar las heces y cambios en el patrón intestinal.
NOC	Objetivos: Eliminación intestinal (NOC: 0501) – Patrón de eliminación. – Intervención para eliminación fecal.
NIC	Actividades: Control intestinal (NIC: 0430) – Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede. – Tomar notas de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad. – Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra. – Evaluar el perfil de la medicación para determinar los efectos secundarios gastrointestinales Manejo de líquidos (NIC: 0450) – Vigilar estado de hidratación. – Favorecer ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, tomar gelatinas, etc.).
Necesidad Reposo/Sueño	
NANDA	Insomnio (NANDA: 00095)
Definición:	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
Factores relacionados:	Nueva situación de salud.
Características definitorias:	Expresa dificultad para conciliar el sueño.
NOC	Objetivos: Descanso (NOC: 0003) – Calidad de descanso. – Tiempo de descanso. Sueño (NOC: 0004) – Patrón del sueño. – Sueño interrumpido.
NIC	Actividades: Mejorar el sueño (NIC: 1850). – Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. – Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

rorrestauradora, a través de estimulaciones cerebrales profundas, con el objetivo de mejorar la calidad en la movilidad y ofrecer un pleno desarrollo de las actividades diarias con mayor bienestar emocional²¹. Estas nuevas terapias son muy útiles en las primeras etapas de la enfermedad, ya que ralentizan la aparición de la sintomatología motora.

En cuanto a la alimentación, Chueca y cols.²³ argumentan que una adecuada intervención en la dieta puede potenciar y estabilizar la respuesta al tratamiento con levodopa, y recomiendan ingerir la levodopa antes o después de la comida, dejando los alimentos ricos en proteínas para la noche, para facilitar así la absorción de los aminoácidos.

En las primeras fases de la EP existe cierta inquietud por parte del paciente y de su familia sobre la alimentación, porque los pacientes se han informado sobre la evolución de la enfermedad y saben que es una necesidad que se verá afectada. No es aconsejable realizar cambios especiales en la dieta inicialmente; se sugiere seguir una dieta equilibrada, rica en fibra e incrementando la ingesta en alimentos ricos en antioxidantes²³. Es necesario tener un aporte adecuado de calcio, magnesio y vitaminas D y K para fortalecer la piel y los huesos²⁶, lo que puede prevenir las fracturas producidas por caídas²⁷. Un aporte de estos micronutrientes se consigue con una ingesta mantenida de productos lácteos. Según Da Silva y cols.²⁸, el suplemento de ácidos grasos omega-3 en la dieta de

los pacientes con la enfermedad ha mostrado incluso un posible efecto terapéutico sobre la sintomatología depresiva, además de enlentecer la progresión de la enfermedad. Se puede hacer mediante un incremento de aporte semanal de pescado azul.

Como ya hemos mencionado, el tratamiento interfiere en la eliminación, ocasionando estreñimiento, y para prevenir esta situación se recomiendan medidas higiénico-dietéticas. Algunas de estas medidas pueden ser la ingesta suficiente de líquidos y aumentar el consumo de fibra (verduras, fruta fresca, cereales integrales, etc.) o bien incluir suplementos de fibra como es el salvado de avena o semillas de lino entre otros. Se aconseja disminuir los alimentos astringentes como el arroz, el plátano o el membrillo y fomentar el uso de yogures y otras leches fermentadas que mejoran la eliminación intestinal. También el consumo de aceite favorece los movimientos intestinales por su potencial efecto lubricante²⁶.

La sialorrea es un síntoma que padece casi el 80%²⁹ de los pacientes con EP. Para controlar este síntoma, en la actualidad se está utilizando la toxina botulínica con administraciones intraparotídeas, que produce un bloqueo autonómico de la salivación que puede ser efectiva durante unas semanas.

La alteración en el patrón del sueño se puede abordar desde diferentes terapias alternativas, como la acupuntura. Aunque no hay evidencias

claras, varios estudios han demostrado una ligera eficacia en el control de los trastornos psicológicos y del dolor, favoreciendo que el paciente pueda dormir mejor.

En cuanto a las intervenciones dirigidas a las alteraciones psicosociales es fundamental informar y educar sobre los aspectos relevantes de la EP y su pronóstico evolutivo para un control de los síntomas, tanto al paciente como a su familia, con una gran sensibilidad para ayudar a afrontar el miedo y facilitar los medios para que el enfermo aprenda a convivir con su nueva situación. Es importante reflexionar con el paciente sobre los nuevos cambios que debe llevar a cabo en su nueva situación de salud; por ello, debemos facilitar que el paciente exprese sus dudas y temores para una mejor intervención.

Propuesta de un plan de cuidados estandarizados en pacientes recién diagnosticados de enfermedad de Parkinson en el ámbito de la atención primaria

Después de conocer las necesidades alteradas, en la fase inicial en pacientes con EP, vamos a proponer un plan de cuidados estandarizado, donde se recogen los cuidados que con mayor frecuencia requieren los pacientes recién diagnosticados de la enfermedad con el objetivo de mejorar su calidad de vida. La estandarización de un plan de cuidados facilitará las intervenciones enfermeras y proporcionará una herramienta

de trabajo útil para el desarrollo de unos cuidados más eficientes y de calidad. Para el desarrollo del plan de cuidados hemos empleado las taxonomías NANDA³⁰, NOC³¹ y NIC³² (tabla 2).

CONCLUSIONES

- Es difícil la detección precoz del diagnóstico de la EP en fases iniciales, en personas mayores, ya que es fácil confundirla con los primeros síntomas de la vejez.
- La detección precoz de la EP mejorará la eficacia de la intervención y dará lugar a un enlentecimiento del progreso de la enfermedad.
- Es importante informar y educar al paciente sobre los aspectos fundamentales y el pronóstico evolutivo de la EP, para facilitar el afrontamiento. Por ello, debe existir una línea de comunicación entre el profesional sanitario y paciente.
- Las necesidades más afectadas son la movilidad, la eliminación y el reposo/sueño. El plan de cuidados estandarizados incluirá estas necesidades, para proporcionar unos cuidados de calidad ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede web] Ginebra: Eur J Neurology; 27 de Febrero del 2007 [acceso el 13 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>
2. Ruiz M, Gómez M, Ruiz A, Ruiz J, Ruiz A, Herráez V. Calidad de vida de los enfermos de Parkinson tras tratamiento quirúrgico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Rev Cient Soc Esp Enferm Neuro. 2011;33(1):10-5.
3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos neurológicos, desafíos para la salud pública. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/trastornos_neurológicos.pdf
4. Levine CB, Fahrback KR, Siderowf AD, Estok RP, Ludensky VM, Ross SD. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease: a systematic review of the literature. Evid Rep Technol Assess (Summ) [Internet] 2003 [citado el 20 de abril de 2015]; (57):1-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11895>
5. Fuente AI, Ayuso L. Alteración degenerativa. En: Fuentes M, coord. Enfermería médico-quirúrgica II. 2.ª ed. Enfermería S 21: Ediciones DAE (Paradigma); 2009. p. 989-94.
6. Noyce AJ, Bestwick JP, Silveira-Moriyama L, Hawkes CH, Giovannoni G, Lees AJ, et al. Meta-analysis of early nonmotor features and risk factors for Parkinson disease. Ann Neurol [Internet] 2012 [citado el 22 de abril de 2015]; 72(6):893-901. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556649/pdf/ana0072-0893.pdf>
7. Merck Sharp & Dohme. Nuevo Manual MERCK de Información médica general. 2.ª ed. Barcelona: MMVII Editorial Océano; 2008.
8. Farreras P, Rozman C, Cardellach F. Medicina interna. 17.ª ed. Madrid: Elsevier; 2012.
9. Luquin MR, Moya M. Diagnóstico en la enfermedad de Parkinson. 1.ª ed. Barcelona: Ars Medica; 2003.
10. Jiménez O. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos. En: Jiménez O, Stephens C, coords. Temas de Neurología. 1.ª ed. Chile: Universidad de la Frontera; 2003. p.211-19. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/148155283/Temas-de-Neuro-Ufo>
11. NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. Parkinson's Disease: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians; 2006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0008867/pdf/TOC.pdf>
12. Federación Española de Parkinson [sede web]. Madrid. Fefesparkinson.org [acceso el 21 de enero del 2015]. Sobre el Parkinson. Disponible en: <http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9%20es%20la%20enfermedad%20de%20Parkinson&idm=36>
13. Garrica A, García P. Guía de buena práctica clínica en Geriatría: Enfermedad de Parkinson. 1.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y Elsevier; 2009.
14. Escamilla F, Minguéz A. Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. 1.ª ed. Granada: Grupo Andaluz de Trastornos del movimiento, Sociedad Andaluza de Neurología. Barcelona: Editorial Glosa; 2012.
15. Eluvathingol G, Portillo MC. Cuidadores informales de personas con Parkinson. Necesidades y redes de apoyo, una revisión bibliográfica. Rev ROL Enferm. 2013;36(7-8):524-32.
16. Price G, Torquato IM, Araújo MS, Stohsen J, Figueiredo M, Barreto LW. Frequency of falls and identification of the risk factors in patients with primary Parkinsonism. J Nurs UFPE on line. 2012;6(8):1530-8.
17. Mestas L, Salvador J. Análisis del desempeño cognitivo de los enfermos con Parkinson: Importancia del nivel educativo. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2013;33(118):245-55.
18. Arroyo M, Finkel L. Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. Revista española de discapacidad. 2013;1(2): 25-49.
19. Navarro-Petermella FM, Marcon SS. Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(8):1-8.
20. Anaut-Bravo S, Méndez-Cano J. El entorno familiar ante la provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson. Portularia. 2011;11(1):37-47.
21. Pla C, García S, Zárate A, Hernández M, Sauri S, Meza E, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda. Med Int Mex. 2007;23:7-14.
22. Labiano-Fontcuberta A, Benito-León J. Temblor esencial y enfermedad de Parkinson: ¿existe una asociación? Rev Neurol. 2012;55:479-89.
23. Chueca E, Marin L, Villacampa S, Pérez A, Ramo S. Alimentación y fracturas, dos aspectos importantes que influyen en la calidad de vida del enfermo de Parkinson. Anales de Ciencias de la Salud. 2007;10:1-21.
24. Garbayo E, Aymerich MS, Ansorena E, Lanciego JL y Blanco-Prieto MJ. Terapias neuroprotectoras y neurorestauradoras en el tratamiento de Parkinson. An Sist Sanit Navar. 2006;29(3):325-35.
25. Fernández-del Olmo M, Arias P, Cudeiro-Mazaira FJ. Facilitación de la actividad motora por estímulos sensoriales en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol. 2004;39(9):841-7.
26. Pagonabarraga J, Campolongo A, Kulisevsky J. Consejos para pacientes con Parkinson: el papel de la dieta en el Parkinson y Alteraciones conductuales y emocionales. Barcelona: Hospital de Sant Pau; 2012.
27. Schrag A, Horsfall L, Walters K, Noyce A, Petersen I. Prediagnostic presentations of Parkinson's disease in primary care: A case-control study. Lancet Neurol. 2014;14:57-64.
28. Da Silva TM, Munhoz RP, Álvarez C, Naliwaiko K, Kiss A, Andreatini R, et al. Depression in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled pilot study of omega-3 fatty-acid supplementation. J Affect Disord. 2008;111:351-9.
29. Lagalla G, Millevolte M, Capecci M, provinciali L, Ceravolo MG. Botulinum toxin type A for drooling in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Mov Disord. 2006;21:704-7.
30. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: definición y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
31. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
32. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.