



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
PARKINSON SEGÚN NOLA PENDER Y LOS PATRONES
FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

GATÑAY CAJAMARCA EMANUEL FERNANDO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PIZARRO ANGAMARCA DAYANA LIZBETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
PARKINSON SEGÚN NOLA PENDER Y LOS PATRONES
FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

GATÑAY CAJAMARCA EMANUEL FERNANDO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PIZARRO ANGAMARCA DAYANA LIZBETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PARKINSON
SEGÚN NOLA PENDER Y LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY
GORDON

GATÑAY CAJAMARCA EMANUEL FERNANDO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PIZARRO ANGAMARCA DAYANA LIZBETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RODRIGUEZ SOTOMAYOR JANETH DEL ROSARIO

MACHALA, 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022

MACHALA
2022

TITULACIÓN 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

1 %

INDICE DE SIMILITUD

1 %

FUENTES DE INTERNET

0 %

PUBLICACIONES

0 %

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

2%

★ idoc.pub

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PARKINSON SEGÚN NOLA PENDER Y LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

por Emanuel Fernando GATÑAY CAJAMARCA

Fecha de entrega: 09-sep-2022 02:17p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1896108958

Nombre del archivo: TURNITING.pdf (93.18K)

Total de palabras: 2486

Total de caracteres: 11682

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, GATÑAY CAJAMARCA EMANUEL FERNANDO y PIZARRO ANGAMARCA DAYANA LIZBETH, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PARKINSON SEGÚN NOLA PENDER Y LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de septiembre de 2022



GATÑAY CAJAMARCA EMANUEL
FERNANDO
0706667789



PIZARRO ANGAMARCA DAYANA LIZBETH
0706210986

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson es una patología que va en aumento en el número de casos de forma significativa a nivel global, llegando a afectar un 9.3 % de la población por encima de los 60 años de edad, dicha enfermedad es de carácter neurodegenerativo la misma que altera las capacidades motrices voluntarias del individuo, estos manifiestan en movimientos involuntarios erráticos, además, de una pérdida de fuerza y tono muscular, es decir se notará una rigidez de las extremidades superiores e inferiores de las personas que la padecen.

Sus manifestaciones clínicas comienzan progresivamente, las mismas que pueden variar en cada individuo, los indicios principales son falta crucial de movimientos, temblor en estado de reposo, rigidez, un incremento en la tensión muscular y falta de equilibrio. Para obtener un diagnóstico de la enfermedad hay que basarnos en la información de la historia clínica, valoración a través del examen físico y examen neurológico del paciente, una vez detectado se selecciona el tratamiento más indicado el cual puede ser preventivo, sintomático, cirugía y restaurador.

Se han producido avances en la enfermedad de Parkinson desde el descubrimiento de la vía nigroestriatal y la confirmación de la deficiencia de dopamina en la década de 1950; luego, se produce la verificación de la eficacia de la levodopa para el tratamiento sintomático de esta entidad clínica en la década de los años 60. De esta manera la enfermedad de Parkinson es considerada como un trastorno único dopaminérgico, sin embargo, la presencia de los llamados síntomas no motores, como manifestaciones psicomotoras, trastornos del sueño, demencia, síntomas de discinesia e hipotensión, entre otros síntomas, sugiere que existe daño también de otras neuronas además de las dopaminérgicas, al igual que ciertas estructuras cerebrales, así como también los ganglios basales son afectados por esta enfermedad.

Aunque aún no se dispone de ningún fármaco que enlentezca la progresión de la enfermedad, existe un arsenal terapéutico extenso y eficaz para el control sintomático en cada una de sus fases, por lo que es importante realizar un diagnóstico preciso, así como un correcto manejo de fármacos que garanticen un estado óptimo en los pacientes que sufren de esta patología, lo que resultará en una mejora en su calidad de vida. La enfermedad de Parkinson supone cada vez

más un reto para la salud pública en nuestra sociedad, especialmente en las personas mayores de 60 años.

Según manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) dicha enfermedad puede llegar a más de 12 millones de personas en el año 2030, las estadísticas a nivel global indican que 9 a 19 casos de Parkinson se presentan entre cada 100.000 habitantes todos los años. El proceso de atención de enfermería conlleva un gran impacto en el área de la salud y constantemente mejora sus funciones para poder satisfacer las necesidades prioritarias en el cuidado del paciente, en el presente caso se aplicará teorías de enfermería como la de Marjorie Gordon, con su modelo de 11 patrones funcionales de la persona y Nola Pender con su modelo de prevención y promoción de la salud, conjuntamente con la utilización de instrumentos que proporcionan estrategias de adaptación y afrontamiento como lo es el Nanda Nic y Noc.

Palabras claves: Parkinson, Neurodegenerativo, Cuidado de enfermería.

SUMMARY

Parkinson's disease is a disease that is increasing in the number of cases significantly globally, affecting 9.3% of the population over 60 years of age, this disease is neurodegenerative, the same as it alters the voluntary motor skills of the individual, these manifest in erratic involuntary movements, in addition to a loss of strength and muscle tone, that is, a stiffness of the upper and lower extremities of the people who suffer from it will be noticed.

Its clinical manifestations begin progressively, the same ones that can vary in each individual, the main signs are lack of crucial movements, tremor in a state of rest, rigidity, an increase in muscular tension and lack of balance. To obtain a diagnosis of the disease, we must base ourselves on the information of the clinical history, assessment through physical examination and neurological examination of the patient, once detected, the most indicated treatment is selected, which can be preventive, symptomatic, surgery and restorative..

Advances in Parkinson's disease have occurred since the discovery of the nigrostriatal pathway and confirmation of dopamine deficiency in the 1950s; then, the efficacy of levodopa for the symptomatic treatment of this clinical entity was verified in the 1960s. Thus, Parkinson's disease is considered a single dopaminergic disorder, however the presence of so-called non-motor symptoms, such as psychomotor manifestations, sleep disorders, dementia, symptoms of dyskinesia and hypotension, among other symptoms, suggest that there is also damage to neurons other than dopaminergic ones, as well as to certain brain structures, as well as the basal ganglia are affected by this disease.

Although no drug is yet available that slows the progression of the disease, there is an extensive and effective therapeutic arsenal for symptomatic control in each of its phases, so it is important to make an accurate diagnosis as well as correct drug management that guarantee an optimal state in patients suffering from this pathology, which will result in an improvement in their quality of life. Parkinson's disease is increasingly a challenge for public health in our society, especially in people over 60 years of age.

According to the World Health Organization (WHO) this disease can reach more than 12 million people in the year 2030, global statistics indicate that 9 to 19 cases of Parkinson's occur among every 100,000 inhabitants every year. The nursing care process has a great impact on the health area and constantly improves its functions in order to satisfy the priority needs in patient care. In the present case, nursing theories such as Marjorie Gordon's will be applied, with her model of 11 functional patterns of the person and Nola Pender with her model of prevention and health promotion, together with the use of instruments that provide adaptation and coping strategies such as the Nanda Nic and Noc

KEY WORDS: Parkinson, Neurodegenerative, Nursing care.

INDICE	
SUMMARY.....	5
INTRODUCCIÓN	7
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.....	9
1.2 Hechos de interés	10
OBJETIVOS	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	12
1.1 Parkinson.....	12
1.2 Dopamina.....	12
1.3 Manifestaciones Clínica	12
1.3.1 Temblor articular.....	13
1.3.2 Bradicinesia.....	13
1.3.3 Trastorno temporomandibular y Disfagia.....	13
1.3.4 Incontinencia urinaria	14
1.3.5 Trastorno cognitivos y del sueño.....	14
1.3.6 Apatía y depresión.....	14
1.4 Factores de riesgo	15
1.4.1 Factor genético	15
1.4.2 Desencadenantes ambientales	15
1.5.1 Pruebas de imagen cerebral.....	15
1.5.2 Pruebas neurofisiológicas	16
1.6 Tratamiento.....	16
1.6.1 Tratamiento farmacológico	16
1.6.1.1 Levodopa.....	16
1.6.2 Tratamiento quirúrgico	17
1.6.3 Tratamiento no farmacológico.....	17
1.7 Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	17
Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Marjory Gordon.....	17
1.8 Modelo de promoción de salud de Nola Pender	20
Características y Experiencias Individuales	20
Conducta previa relacionada: Paciente diagnosticado con Parkinson hace 10 años.	
.....	20

1.9 Descripción del caso clínico	22
Descripción cronológica según la historia clínica de la unidad de salud.....	22
Intervenciones de enfermería	23
PLANES DE CUIDADO	26
CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO.....	30
3. Diseño o tradición de investigación seleccionada.....	30
3.1 Tipo de investigación	30
3.2 Tipo de estudio.....	30
3.3. Unidad de Análisis.....	30
3.4. Área de estudio	30
3.6 Técnica de Investigación	31
3.7 Instrumentos de Investigación.....	31
3.8 Recursos Materiales	31
3.9 Recursos Humanos	32
3.10 Categorías.....	32
3.11 Proceso de recolección de datos	32
Recomendaciones	38

INTRODUCCIÓN

Este estudio de caso revela el curso clínico de un paciente con enfermedad de Parkinson (EP), enfermedad definida como un proceso neurodegenerativo crónico que se desarrolla en complejidad y se presenta en la edad adulta, ocupa el segundo lugar en la lista de enfermedades neurodegenerativas más comunes en el mundo (1). Su origen es desconocido y, en general, su causa potencial es una combinación de factores genéticos y ambientales. Su nosología más común es la ausencia de neuronas dopaminérgicas del estroma y de una de las vías nigroestriatales. Los principales signos de la EP son falta de movimiento, rigidez, temblores en reposo, aumento de la tensión muscular y mala postura debido a la falta de equilibrio que conduce a caídas, y otros signos como: dificultad para desarrollar el movimiento (1). Según las estadísticas mundiales, se estima que, por cada 100.000 personas, 150 personas tienen la enfermedad de Parkinson. En los países europeos se presentan hasta 346 casos por cada 100.000 habitantes, esto dependerá de la raza, edad y sexo, manifestándose claramente en hombres mayores de 60 años (2).

Un estudio realizado por EPIEURO en 2003, la incidencia fue de, 4.4 por 1.000 habitantes. Al año siguiente, 2004, se observó una prevalencia de 30,7 por 100.000 habitantes en el área de Antioquia. En referencia a los datos obtenidos por el Instituto Nacional del Censo en conjunto con la Sociedad Ecuatoriana de Neurología (SEN), en el Ecuador se estima que el 1% de las personas mayores de 60 años (30.000) tienen la enfermedad de Parkinson, el 10% de los casos detectados acceden a las terapias farmacológicas o quirúrgicas, mientras que los pacientes que tienen la enfermedad prefieren realizar la rehabilitación física y social solos o con sus seres queridos (3).

Para ello se diseñó por primera vez un estudio de prevalencia de la enfermedad de Parkinson en la provincia de El Oro, un estudio casa por casa en dos fases. 116.983 residentes mayores de 40 años fueron entrevistados, en la primera fase utilizando los criterios de diagnóstico del London Brain Bank. En la segunda fase, los pacientes que cumplían criterios fueron derivados a consulta del neurólogo para confirmar el diagnóstico con un total de 285 personas (0,2%) positivas a la enfermedad de Parkinson, la mayoría mayores de 61 años (33,33%). y con una

prevalencia ligeramente mayor en varones (56,1%) que en mujeres (3,86%). Lo que significa que esta enfermedad es silente y amerita un diagnóstico temprano tomando en cuenta los primeros signos y síntomas. Hoy en día, aún no existe una cura para la enfermedad de Parkinson, pero se realiza un diagnóstico certero en base a la historia clínica, examen físico y examen neurológico del paciente, en base a los signos y síntomas, estos son: dolor articular, fatiga, temblor, rigidez. y en algunos casos puede aparecer un cuadro depresivo. Además, los neurólogos confían en una variedad de pruebas adicionales para identificar la enfermedad: pruebas de laboratorio, pruebas de imágenes cerebrales, pruebas de neuroimagen funcional y pruebas neurofisiológicas (4).

Capítulo I. Generalidades del objeto de estudio.

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

El Parkinson es una enfermedad crónica y degenerativa caracterizada por el daño de las neuronas dopaminérgicas presentes en la sustancia negra. Los síntomas principales de la EP son la rigidez muscular, el temblor en estado de reposo, los movimientos anormales musculares, la presencia de pasos cortos con arrastre de pies y la postura encorvada (5).

Se realiza un diagnóstico clínico al evidenciar al menos dos de estos signos característicos presentes con una respuesta positiva con los agentes antiparkinsonianos. Otro síntoma que puede desarrollar el paciente en su evolución es la postura de manera inestable y un bloqueo muscular, el cual se observa cuando se trata de iniciar o continuar un nuevo movimiento (6).

En las primeras etapas de la enfermedad es muy común la reducción de los movimientos corporales, la mayoría de los pacientes experimentan contracciones involuntarias en sus extremidades al despertarse cada día (7).

La depresión se presenta en casi el 50% de pacientes con EP, el paciente podría presentarlo en cualquier instancia de su enfermedad. Los medicamentos antiparkinsonianos podrían producir alucinaciones auditivas y visuales en pacientes que llevan un largo tratamiento.

La demencia no se presenta al inicio de la EP, esta suele desarrollarse en etapas futuras de la patología, entre otros signos que podrían relacionarse tenemos, la dificultad en las articulaciones, pérdida del autocontrol, micciones frecuentes, estreñimiento, seborrea, quejas sensoriales y disfagia. La EP se desarrolla con mayor incidencia en la población de edad avanzada, aunque es poco probable también podría aparecer en personas jóvenes, la sintomatología más común son las contracciones involuntarias de los músculos (8).

1.2 Hechos de interés.

Gracias a un censo realizado en Ecuador en el año 2015, por la Sociedad Ecuatoriana de Neurología, se encontró que la enfermedad de Parkinson afecta principalmente a personas mayores de 60 años, equivalente al 1% de la población, la misma que afecta su calidad de vida, requiriendo atención médica especializada que no todos están dispuestos o pueden pagar.

Según la OMS, el 30% de las personas diagnosticadas son menores de 65 años. De esta estimación final, el 15% tienen entre 45 y 65 años, y el 15% restante tiene menos de 45 años. Además, 1 de cada 10 nuevos casos de enfermedad de Parkinson se diagnostica antes de los 50 años. Incluso existe una "enfermedad de Parkinson juvenil" que afecta a niños menores de 15 años, aunque ciertamente es rara. Pero es cierto que la probabilidad de desarrollar la enfermedad de Parkinson aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60-65 años.

El 90% de las personas con la enfermedad de Parkinson tienen secuelas como deterioro de la movilidad, las extremidades superiores e inferiores son las más afectadas, lo que genera una alta necesidad de cuidados, que se debe principalmente a que los familiares del paciente ayudan a mejorar la calidad de vida. Esta enfermedad representa un alto costo médico que debe incluir el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados para las personas con la enfermedad.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un plan de cuidados de enfermería para un paciente con enfermedad de Parkinson, basado en la teoría de Nola Pender y los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Objetivos Específicos

- Aplicar un instrumento de evaluación con datos objetivos y subjetivos en base a la teoría de Marjorie Gordon y Nola Pender.
- Identificar sintomatología agregada del paciente con enfermedad de Parkinson realizando actividades de promoción y prevención por medio de visita domiciliar

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Parkinson

Se clasifica a la enfermedad de Parkinson como una enfermedad crónica degenerativa, siendo su principal característica es la muerte de las neuronas dopaminérgicas, esto sucede debido a una acumulación de la proteína llamada alfa-sinucleína la cual actúa en las inclusiones intraneuronales de los cuerpos de Lewy, la cual produce trastornos en la movilidad de la persona que presenta EP. Los movimientos pueden aumentar o disminuir por estos trastornos, ya que afectan el área encargada del control y la coordinación de los movimientos corporales, el tono muscular y la posición al momento de estar de pie (7) (1).

1.2 Dopamina

Este compuesto químico se encuentra presente en la matriz cerebral y es indispensable para regular los movimientos corporales para que se desarrollen de manera coordinada. Esta sustancia cumple la función de mensajero químico entre el estriado y el estroma. Al producirse pérdida de dopamina ocurre la activación neuronal anormal en el cerebro, esto conlleva la pérdida de la capacidad motora. Diversos estudios evidencian que las personas con EP han registrado una pérdida hasta del 80% de las células encargadas de producir dopamina, aquí ocurre una disminución de las terminaciones nerviosas encargadas de transmitir norepinefrina (9).

1.3 Manifestaciones Clínicas

La EP es caracterizada por trastornos motores tales como; temblores, inestabilidad postural, movimientos involuntarios, también existen manifestaciones clínicas no motoras como los síndromes geriátricos, generado por cambios fisiopatológicos que se desarrollan de manera central. La EP así mismo presenta consecuencias psicológicas y sociales debido a los cambios que se producen a nivel funcional y sistémico en diferentes partes del cuerpo (10).

1.3.1 Temblor articular

Es el síntoma principal en aparecer para el diagnóstico de la EP, actualmente el signo más importante es el trastorno de movimiento articular con el 40% de los casos estudiados, el cual se presenta de manera progresiva y silenciosa a medida que se desarrolla la enfermedad.

Uno de los muchos aspectos afectados por la EP es la motricidad fina, afectando los movimientos coordinados, como la coordinación ojo-mano. La Hipopotasemia y la rigidez dificultan que las personas con EP realicen actividades motoras de manera cotidiana (11).

1.3.2 Bradicinesia

Este es un signo el cual incapacita a las personas con EP, dado que se presenta de manera conjunta como la rigidez muscular y los temblores articulares lo cual afecta a los músculos axiales y faciales, esto no les permite realizar tareas como vestirse, comer, bañarse. También se la conoce por presentar un bloqueo muscular debido a que disminuye los movimientos voluntarios tales como; levantarse de la cama o desplazarse de un lugar a otro (12).

1.3.3 Trastorno temporomandibular y Disfagia

La articulación temporomandibular se ve afectada por la enfermedad de Parkinson, este trastorno involucra aspectos neuromusculares y anatómicos, que desarrollan síntomas como: cambios al masticar, dolor muscular, luxaciones y ruidos. Al extenderse los síntomas producen cambios en el movimiento mandibular.

La disfagia es la disminución muscular y nerviosa la cual es clasificada como un signo no motor agravado de la patología, no obstante, no guarda relación de manera directa con la severidad que presenta la enfermedad de Parkinson, sin embargo, afecta negativamente la vida de las personas que la padecen, afectando el consumo de alimentos y en ocasiones producir una aspiración traqueal (13).

1.3.4 Incontinencia urinaria

Está definida como la pérdida involuntaria de la orina, presente en hombres mayores de 60 años, la incontinencia urinaria está relacionada con la enfermedad de Parkinson provocando obstrucción de la vejiga, deterioro de la función cognitiva y de la movilidad. La durabilidad de la incontinencia urinaria está relacionada con el desarrollo de la patología (14).

1.3.5 Trastorno cognitivo y del sueño.

Esta patología está asociada con síntomas de disfunción cerebral secundarios tales como; el insomnio, el mismo que está relacionado con la pérdida de circuitos cerebrales y la disminución de células nerviosas. Los pacientes presentan en el líquido cefalorraquídeo un deterioro de la melatonina, esta hormona regula el equilibrio entre el insomnio y el sueño.

La mayoría de pacientes presentan una alteración en la conducta del sueño, la cual puede presentarse antes de ser detectada la enfermedad de Parkinson, las personas afectadas con esta enfermedad presentan cambios en el pensamiento, el lenguaje y la memoria (8).

1.3.6 Apatía y depresión

Una de las manifestaciones más comunes en las enfermedades neuropsiquiátricas es la apatía, la cual es la definición de la pérdida de interés, entusiasmo o alteración emocional. Esto afecta el entorno social de quien la padece causando un gran daño en la calidad de vida, esta aumenta conforme se presente un avance en su patología.

Se define a la depresión como la falta de interés y disminución de las actividades cotidianas. Estudios demuestran que la apatía y la depresión pueden coexistir en las enfermedades neurológicas, aunque de igual manera se pueden presentar de manera independiente (12).

1.4 Factores de riesgo

En la actualidad se ha logrado demostrar que esta enfermedad se origina de manera genética compleja y multifactorial (11).

1.4.1 Factor genético

El primer causante presente es la alfa-sinucleína o SNCA, el cual está relacionado en las formas monogénicas de la enfermedad de Parkinson, la cual está compuesta por 140 aminoácidos y se encuentra en la porción pre sináptica del axón, siendo también un componente muy importante en el cuerpo de Lewy. Está implicada en casos de mutaciones de este gen y también en la manera esporádica que se presenta la enfermedad de Parkinson (12) (15).

1.4.2 Desencadenantes ambientales

Esta patología se desarrolla por un factor conocido como la exposición a plaguicidas, lo cual fue descubierto en el año de 1983, durante un experimento desarrollado con un fármaco antiparkinsoniano. A partir de ese día se dio a conocer que los pesticidas podrían producir la enfermedad de Parkinson dada la implicación de toxinas neurotóxicas externas e internas. Hasta la actualidad se asocia como factor ambiental la exposición a los plaguicidas, ya que este puede producir la enfermedad de Parkinson en las personas que posean un alto contacto sin la debida protección (16) (17).

1.5 Diagnóstico

Actualmente no se encuentra aún una cura para la enfermedad de Parkinson, solo puede ser detectada con la revisión del historial clínico, una buena exploración física, un examen neurológico completo y pruebas adicionales realizadas por especialistas (18).

1.5.1 Pruebas de imagen cerebral.

Las tomografías y la resonancia magnética no detectan la enfermedad del Parkinson, sin embargo, pueden ayudar a prescindir de otras enfermedades que

presentan signos y síntomas iguales a la enfermedad de Parkinson, como; lesiones vasculares, tumores y una presión inestable (18).

1.5.2 Pruebas neurofisiológicas.

Este estudio nos ayuda a detectar precisamente la clase de temblor que presenta la persona con esta patología.

1.6 Tratamiento

Existen muchos tratamientos para brindar una mejoría en la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson, luego de ser detectada, se continúa a recomendar el tratamiento uno de los 4 tipos de tratamiento que existen:

- 1) Prevención: En la cual se busca la manera de detener el avance de la enfermedad.
- 2) Sintomatología: En este se puede estabilizar los niveles normales de la dopamina en el cuerpo y brindar una mejoría en la calidad de vida.
- 3) Cirugía: En esta se procede a la intervención quirúrgica.
- 4) Rehabilitación: Se trata de mejorar la calidad de vida del paciente y su estabilidad (18) (19).

1.6.1 Tratamiento farmacológico

Se busca contrarrestar la mayoría de sus síntomas, temblores, lentitud en sus movimientos, el cual busca desplazar la dopamina para buscar calmar la mayoría de síntomas de la enfermedad.

1.6.1.1 Levodopa

Es un tratamiento usado como precursor de la dopamina, él mismo que se metaboliza en el organismo. Este tratamiento puede reducir síntomas motores y brindar una mejor calidad de vida a los pacientes con Parkinson.

Este tratamiento pierde su eficacia con el paso de los años, porque las células nerviosas de los pacientes con Parkinson mueren y se debe aumentar la dosis para tratar de regular la dopamina en el cuerpo (20).

1.6.2 Tratamiento quirúrgico

Solo un neurocirujano podría realizar este tratamiento, ya que se debe valorar al paciente, dado de que no todos los casos son aptos para estas intervenciones quirúrgicas. Existen dos tipos de técnicas: la Reversible que se ejecuta por medio de inducción eléctrica por medio de electrodos en los núcleos cerebrales y la Irreversible la cual se realiza quirúrgicamente adormeciendo los núcleos del cerebro para calmar los signos y síntomas como el temblor, la rigidez, etc (21).

1.6.3 Tratamiento no farmacológico

En este se basa una buena alimentación, ejercicio, dejar de fumar y beber, es decir mejorando su estilo de vida e integrando hábitos saludables.

1.7 Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

Se empieza por la recolección de datos, y continuamos con una serie de actividades de manera objetiva e integral y específica, recolectando datos objetivos y subjetivos tanto de los pacientes como de los familiares y su entorno, realizando acciones como visitas domiciliarias y revisión de historias clínicas.

Proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Marjory Gordon

Es una herramienta muy útil para desempeñar las funciones de enfermería, porque tiene una secuencia sistemática la cual nos ayuda a planificar y aplicar las habilidades intelectuales, interpersonales y las técnicas e enfermería para mejorar la calidad de vida de la atención brindada por parte del personal de salud, este método es reconocido como PAE y consta de cinco etapas las cuales son:

Valoración: Este es el primer paso del proceso de enfermería, que se basa en la recogida de datos objetivos y subjetivos del paciente, su familia y su entorno.

Diagnóstico

Este es el segundo paso en el proceso de enfermería, es la opinión o resultado que surge de la evaluación de enfermería.

Planificación

Es el tercer paso en el proceso de enfermería, que consiste en promover habilidades para prevenir, minimizar y corregir problemas.

Ejecución

Esta etapa corresponde a la aplicación de los cuidados establecidos.

Evaluación

Es la etapa final del proceso de enfermería que incluye verificar si nuestras metas anunciadas han sido aceptadas o logradas.

Marjory Gordon, nacida en 1914 en los Estados Unidos, fue la primera líder de NANDA (North American Nursing Diagnostic Association) en 1982, también conocida como "Living Legend" en 2009, por la Academia Americana de Enfermería Ky. Como teórica y docente, hizo valiosas contribuciones a la práctica de enfermería y dejó un legado en los modelos funcionales de salud de Gordon. Murió el 29 de abril de 2015.

Patrón 1: Percepción/ Mantenimiento de la salud

- **Acepta estado de salud:** El paciente refirió que es consciente de la patología que padece y sigue estrictamente con su tratamiento farmacológico
- **Alergias:** Ninguna
- **Sigue tratamiento prescrito:** Paciente refiere respetar la dosificación y las horas prescritas por el doctor al momento de administrarse la medicación indicada.
- **Conductas saludables:** Está consciente de los hábitos que debe adquirir para mejorar su condición de salud.
- **Existencia o no de hábitos tóxicos:** Ninguno.
- **Vacunas:** Tiene el esquema completo de vacunación, y actualmente permanece activo con las campañas de inmunización.

Patrón 2: Nutricional/Metabólico

·**Nutrición:** Se encuentra con un leve sobrepeso, paciente refiere que frecuentemente presenta episodios de estreñimiento, debido a las reacciones adversas de la Carbidopa + Levodopa que produce náuseas y estreñimiento.

·**Piel:** Piel deshidratada y de color pálida

·**Edemas:** No se evidencia presencia de edemas.

·**Pelo, uñas:** pelo frágil, uñas cortas, mantiene correctamente la higiene.

Patrón 3: Eliminación

·**Intestinal y Urinaria:** Deposiciones poco frecuentes, micciones frecuentes por tratamiento para la próstata (Tamsulosina Clorhidrato 0,4). Realiza su deposición cada 3 días.

Patrón 4: Actividad/Ejercicio

·Frecuencia Cardíaca: 80x'

·Frecuencia Respiratoria: 19 x'

·Paciente sin ocupación laboral.

Patrón 5: Sueño/Descanso

Paciente refiere que tiene problemas para conciliar el sueño debido a sintomatología patológica, situación de salud inestable.

Patrón 6: Cognitivo/Perceptivo

·**Nivel de consciencia y orientación:** Paciente permanece consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.

·**Nivel de instrucción:** Paciente solo realizó una instrucción básica.

·**Problemas Conductuales:** Paciente durante la visita domiciliar se encuentra tranquilo, consciente y orientado, colaborador con el personal de salud.

Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto

Se encuentra consciente de su patología y sigue correctamente el tratamiento indicado por el médico.

Patrón 8: Rol/Relaciones

Vive con dos hijas, realiza sus propias actividades

Patrón 9: Sexualidad/Reproducción

Patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad: El paciente no tiene una vida sexual activa.

Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés

·Se encuentra tranquilo debido a adaptación en las rutinas diarias y estilos de vida

Patrón 11: Valores/Creencias

·Religión: católico

1.8 Modelo de promoción de salud de Nola Pender

Este modelo se basa en dos teorías, La teoría del aprendizaje social y el modelo de evaluación de las expectativas de motivación humana, los cuales se encuentran asociados a cuatro estados; atención, memoria, reproducción y motivación.

Características y Experiencias Individuales:

Conducta previa relacionada: Paciente diagnosticado con Parkinson hace 10 años.

Factores personales:

Biológico: Hombre de 72 años de edad, con 4 hijos de los cuales solo conviven con el dos hijas.

Psicológico: paciente permanece triste, irritable y refiere sentirse inútil, no posee conocimientos apropiados sobre conductas adecuadas para mantener la salud o prevenir complicaciones.

Socioculturales: persona de escasos recursos económicos, posee educación básica, no trabaja, recibe ayuda económica por parte de sus hijas.

Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica.

Percepción de beneficios de la acción: Se realiza promoción y prevención de la salud en la visita domiciliaria al paciente y sus familiares, mediante charlas educativas acerca de su patología, de igual manera una demostración del cuidado del paciente, alimentación y actividades físicas para prevenir complicaciones de la enfermedad.

Barreras percibidas de acción: Paciente refiere no contar con los medios económicos para realizar terapia física profesional y alimentarse de mejor manera, sin embargo se educa sobre técnicas para realizar terapia física en casa y también sobre la dieta adecuada con alimentos de bajo costo.

Autoeficacia percibida: Familiares y paciente tienen ideas claras y concretas sobre las actividades, se sienten comprometidos y seguros de seguir con el plan.

Afectos relacionados de la actividad: Refiere sentirse motivado por cuidar su salud, feliz y agradecido por contar con conocimientos sobre las actividades.

Influencias personales: familiares se encuentran comprometidos con la salud del paciente, apoyan y están dispuestos a ayudar en el proceso.

Influencias situacionales: familia con escasos recursos económicos.

Resultado conductual

Demandas y preferencias contrapuestas: A pesar de que no tienen suficientes recursos económicos los familiares se comprometen a hacer todo lo posible para mejorar la salud del paciente.

Compromiso con el plan de acción: Se logra el compromiso del paciente para mejorar los hábitos alimenticios, retomar y realizar con frecuencia las terapias físicas y de lenguaje, tener un mayor control de la enfermedad.

Conducta promotora de salud: Tiene alimentación adecuada, familiares llevan al paciente a terapia física profesional y también lo realizan en casa con ayuda de las personas que lo cuidan (hijas), mantienen la higiene y cuidados del paciente.

1.9 Descripción del caso clínico

Paciente de sexo masculino de 72 años de edad, residente del barrio 29 de noviembre de la ciudad de Santa Rosa, presenta enfermedad de Parkinson de 11 años de evolución con complicaciones motoras desde los 62 años de edad, el cual recibe su primera valoración en el hospital Teófilo Dávila, en el cual se lo estabiliza y se le indica un tratamiento, derivándolo al centro de salud “29 de Noviembre” presenta hipertensión arterial controlada.

Descripción cronológica según la historia clínica de la unidad de salud.

Enero

- 13 de enero del 2022: Paciente masculino de 72 años de edad, en visita domiciliaria con antecedentes de Parkinson hace 11 años, refiere que hace aproximadamente un mes sufre disminución de fuerza y tono muscular, familiares refieren que necesitan atención especializada.

A la valoración se evidencia extremidades inferiores con disminución de tono y fuerza muscular. FC: 99X1 PA: 152/75 SPO2: 97%, temperatura: 36.5 C.

Tratamiento:

- Dieta hiposódica,
- Terapia física
- Se le prescribe levo dopa carbidopa 250, 5 veces al día.

Febrero

-15 de febrero del 2022: Familiar del paciente acude a retirar medicación para seguir con su tratamiento, al cual nos refiere que presenta mejoría y una actitud más calmada, Se le recomienda:

- Dieta hiposódica
- Terapia física
- Se continúa con levo dopa carbidopa 250, 5 veces al día.

Abril

15 de abril del 2022: paciente es visitado por personal de salud, se evidencia una mejoría en la movilidad de sus extremidades y un déficit ligero en el habla del paciente, se controla signos vitales los cuales permanecen estables.

Tratamiento:

- Continuar Terapia física.
- Se le prescribe levo dopa carbidopa 250, 5 veces al día.

Intervenciones de enfermería

- 06 de junio del 2022: Se acude a realizar visita domiciliaria al paciente seleccionado para el estudio, se explica la importancia del mismo para el desarrollo del tema y todo lo que incluye a él y a su familia. Una vez ya explicada la situación, se procede a coordinar las visitas subsecuentes y actividades a realizar según sus requerimientos.
- 15 de junio del 2022: En el interrogatorio respectivo al paciente y representante para conocimiento de la enfermedad y tratamiento, a continuación, se realizó la valoración céfalo caudal, al examen físico se

detecta temblor en las extremidades superiores e inferiores, piel deshidratada sin presencia de úlceras por presión. Paciente se encuentra consciente, orientado en sus 3 esferas, con signos vitales estables PA: 124/78, FC: 98 X 1, SaO2: 97%, T: 36.7°C. Se brinda cuidados de enfermería y se educa a paciente y familiares.

- 29 de junio del 2022: Se realiza la visita y se educa sobre la importancia de una buena alimentación, sus ventajas y desventajas como parte del estilo de vida del paciente y familia. Se controlan signos vitales y se explican técnicas sobre mecánica corporal para la movilización del paciente.
- 13 de Julio del 2022: Se trabaja sobre la autopercepción de la persona logrando que ésta, exprese sus sentimientos detectando tristeza, enojo y baja autoestima, para ello se brinda apoyo al paciente y se incluye a su familia explicando formas de canalizar estos sentimientos y técnicas para lograr su inclusión. Se controlan signos vitales los cuales están estables.
- 27 de Julio del 2022: Se explican los cuidados de la piel y cambios posturales que se deben realizar en el paciente con el fin de evitar lesiones a nivel de la piel y/o úlceras por presión como producto del deterioro de la movilidad.
- 10 de agosto del 2022: Se realiza visita al paciente, se controla signos vitales y se realiza examen físico notando mejoras. Se procede a realizar limpieza de la piel con presencia de lesiones, mientras se educa al paciente y familia, en los cuales se nota mayor compromiso familiar.
- 15 de agosto del 2022: En la respectiva visita, durante la misma el paciente permanece tranquilo, el familiar moviliza al paciente empleando las técnicas correctas para su traslado, se educa sobre ejercicios como parte de terapia física explicando la importancia de realizar la misma, además se educa sobre úlceras por presión y cambio de posición para prevenir las mismas.

Acciones realizadas durante las visitas:

- Toma y control de signos vitales
- Intervención por parte del personal de enfermería en el cuidado directo.
- Educación sobre medicamentos
- Educación sobre las señales de alarma
- Educación sobre posición corporal
- Educación de Higiene y confort
- Ejercicios conservados
- Fisioterapias
- Nutrición
- Alimentación saludable
- Apoyo Emocional al paciente y familia

PLANES DE CUIDADO

VALORACIÓN	S	Insomnio									
	O	PA: 110/70 Sat: 98 % FR: 20 X` FC: 67 X` T: 36.2°C									
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	A	Dominio: 4 Actividad y reposo			Clase: 1 sueño y reposo						
		1 Insomnio relacionado con temblor manifestado por dificultad para conciliar el sueño									
	2	Dominio: 4 Actividad y reposo			Clase: 1 sueño y reposo						
		Trastornos sensoriales internos relacionados con alteración del estado sensorial manifestado por insomnio									
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	P	Dominio		Clase	Resultado	Dominio		Clase	Resultado		
		1a	Salud funcional	Mantenimiento de la energía	0004. Sueño	2a	Salud funcional	Mantenimiento de la energía	Fatiga		
	1b	Salud funcional	Mantenimiento de la energía	0003 Descanso	2b	Salud funcional	Mantenimiento de la energía	Sueño			
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	I	Campo		Clase	Intervención	Campo		Clase	Intervención		
		1a	Fisiológico básico	Facilitación del autocuidado	1850. Mejorar el sueño.	2a	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	6482 - Manejo de la energía		
		1b	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	6040. Terapia de relajación.	2b	Fisiológico básico	Facilitación del autocuidado	6482 - Manejo ambiental: confort		
		1a Actividades de Enfermería					2a Actividades de Enfermería				
		1	Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.				1	Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.			
		2	Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.				2	Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte de la paciente.			
		3	Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño				3	Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.			
		4	Prepara un entorno adecuado libre de ruido				4	Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.			
		5	Apagar los aparatos electrónicos para evitar distracciones				5	Observar a la paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.			
		1b Actividades de Enfermería					2b Actividades de Enfermería				
		1	Apaga las luces de tu habitación				1	Evitar la fatiga extrema, pero desaconsejar las siestas diurnas demasiado largas			
		2	Tener una cena ligera				2	Evitar la realización de actividad fuerte durante la última parte de la noche.			
		3	Realizar actividades para distraerse antes de dormir				3	Proporcionar medidas de alivio para inducir el sueño y el descanso (ej. masaje espalda, cambios posturales...).			
		4	Evitar el café antes de dormir				4	Colocarlo de manera que favorezca la respiración.			
		5	Mantenerse relajado antes de dormir evitar el estrés				5	Reducir la ingesta de líquidos 2-3 horas antes de acostarse y aconsejar que vacíe la vejiga antes de irse a dormir.			
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	E	Código - indicadores			Escala de Medición					Puntuación Diana	
					1	2	3	4	5		
		1a	Mejora el insomnio					X			x - mantener
		1a	Posee el sueño interrumpido						X		
		1b	Posee aspecto de estar descansado						X		
		1b	Posee energía recuperada							X	
		2a	Mejora la fatiga					X			v - aumentar
		2a	Mejora el sueño						X		
2b	Horas de sueño.					X					
2b	Patrón de sueño					X					

VALORACIÓN	S	Temblor							
	O	PA: 110/70 Sat: 98 % FR:22 X` FC:80 X` T: 36.5°C							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	A	Dominio: 4 Actividad/Reposo			Clase: 2 Gestión de la salud				
		1 Deterioro de la movilidad física relacionado con pérdida de la condición física manifestado por temblores							
		Dominio: 4 Actividad/Reposo			Clase: 5 Hidratación				
		2 Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con deterioro neuromuscular manifestado por disminución de la movilidad.							
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	P	Dominio	Clase	Resultado	Dominio	Clase	Resultado		
		1a	Salud funcional	Movilidad	0202 Equilibrio	2a	Dominio salud funcional	Autocuidado	0305 Autocuidados: higiene
		1b	Salud funcional	Movilidad	0208 Movilidad	2b	x	x	1802 Autocuidados: vestirse
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	I	Campo	Clase	Intervención	Campo	Clase	Intervención		
		1a	Seguridad	Control de riesgo	6490 Prevención de caídas	2a	Fisiológico Básico	Facilitación del autocuidado	1803 Ayuda con el autocuidado: higiene
		1b	Fisiológico Básico	Facilitación del autocuidado	1805 Ayuda con el autocuidado	2b	Fisiológico Básico	Facilitación del autocuidado	1802 Autocuidados: vestirse/arreglo corporal
		1a Actividades de Enfermería				2a Actividades de Enfermería			
		1	La enfermera estimulará al paciente durante la deambulación, para que balancee los brazos para compensar la marcha y que levante los pies para evitar caídas.			1	Determinar la cantidad y tipo de ayuda que necesita el paciente		
		2	Enseñar ejercicios de cabeza y cuello para fomentar una postura adecuada.			2	Mantener un ritual de baño		
		3	Aconsejar detenerse de vez en cuando para reducir la velocidad de la marcha.			3	Fomentar la participación de los familiares		
		4	La enfermera ayudará a la paciente en el movimiento articular regular y rítmico diariamente para mantener la flexibilidad, la fuerza y el equilibrio de la marcha.			4	Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.		
		5	Se colocará la cama mecánica lo más baja posible			5	Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.		
		1b Actividades de Enfermería				2b Actividades de Enfermería			
		1	Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.			1	Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.		
		2	Es preferible que el paciente se vista solo.			2	Ayuda con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o desea		
		3	La enfermera favorecerá la expresión de los sentimientos y mostrará interés por la situación del paciente			3	Controlar la capacidad funcional durante el baño.		
		4	Aumentar la movilidad de las extremidades.			4	Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.		
		5	Determinar el tipo de ejercicio adecuado para la persona (pasivo, activo).			5	Determinar las limitaciones físicas del paciente.		
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	E	Código – indicadores	Escala de Medición					Puntuación Diana	
			1	2	3	4	5		
		1a	Mejora la postura			X			x - mantener
		1a	Tambaleos controlados				X		
		1b	Mejora la coordinación				X		
		1b	Mejora la marcha					X	
		2a	Se baña con ayuda				X		v - aumentar
		2a	Se seca el cuerpo solo				X		
2b	Mantiene una apariencia pulcra			X					
2b	Mantiene una higiene corporal adecuada			X					

VALORACIÓN	S	Incontinencia urinaria									
	O	PA: 110/70 Sat: 98 % FR:20 X` FC:65 X` T: 36.2°C									
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	A	Dominio: 3 Eliminación e intercambio.			Clase: 1 Función urinaria.						
		1 Incontinencia urinaria de esfuerzo relacionado con debilidad de la musculatura del suelo pélvico manifestado con pérdidas involuntarias de orina.									
	A	Dominio: 3 Eliminación e intercambio.			Clase: 1 Función urinaria.						
		2 Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con debilidad de la estructura pélvica de soporte manifestado por pérdidas involuntarias de pequeñas cantidades de orina.									
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	P	Dominio		Clase		Resultado					
		1a	Salud fisiológica	Eliminación	[0503] Eliminación urinaria	2a	Salud fisiológica	[0502] Continencia urinaria.			
		1b	Salud fisiológica	Eliminación	[0504] Función renal.	2b	Salud fisiológica	[0503] Eliminación urinaria			
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	I	Campo		Clase		Intervención					
		1a	Fisiológico Básico	Control de la Eliminación	[0570] Entrenamiento de la vejiga urinaria	2a	Fisiológico Básico	Control de la Eliminación	[0610] Cuidados de la incontinencia urinaria.		
		1b	Fisiológico Básico	Control de la Eliminación	[0560] Ejercicios del suelo pélvico	2b	Fisiológico Básico	Control de la Eliminación	[6610] Identificación de riesgos.		
		1a Actividades de Enfermería				2a Actividades de Enfermería					
		1	Ayudar al paciente a identificar los patrones de incontinencia.			1	Proporcionar intimidad para la evacuación.				
		2	Establecer los intervalos de la pauta inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria.			2	Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.				
		3	Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño no inferior a 1 hora y preferiblemente no inferior a 2 horas.			3	Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.				
		4	Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al baño.			4	Comentar los procedimientos y los resultados esperados con la paciente.				
		5	Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad.			5	Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.				
		1b Actividades de Enfermería				2b Actividades de Enfermería					
		1	Enseñar al paciente a tensar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o defecar.			1	Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.				
		2	Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, a aguantar la respiración o a hacer sobreesfuerzos durante la realización de los ejercicios.			2	Identificar las estrategias de afrontamiento.				
		3	Explicar al paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.			3	Instruir sobre los factores de riesgos y planificar la reducción del riesgo.				
		4	Proporcionar una retroalimentación positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.			4	Aplicar las actividades de reducción del riesgo.				
		5	Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar un refuerzo.			5	Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo				
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	E	Código – indicadores			Escala de Medición					Puntuación Diana	
					1	2	3	4	5		
		1a	Patrón de eliminación.					X			x - mantener
		1a	Cantidad de orina.						X		
		1b	Balance de ingesta y diuresis en 24 horas.						X		
		1b	Registrar diuresis en 8 horas.							X	
		2a	Mantiene un patrón predecible de vaciado de la vejiga.					X			v - aumentar
		2a	Micción mayor de 150 ml cada vez.						X		
2b	Vacía la vejiga completamente.					X					
2b	Incontinencia por esfuerzo.					X					

VALORACIÓN	S	Atrofia muscular, Rigidez muscular							
	O	P/A 10/70 FC 82 FR 20 Temp 36 SO2 99							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	A	1	Dominio: 11 Seguridad y protección			Clase: 2 gestión en salud			
		Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculo-esquelética manifestado por atrofia muscular							
		2	Dominio: 11 Seguridad y protección			Clase: 2 gestión en salud			
		Deterioro de la movilidad física relacionado con enfermedad manifestado por rigidez muscular							
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	P	Dominio		Clase	Resultado	Dominio			
		1a		Salud funcional	Movilidad	2a	Salud funcional	Función muscular	
		1b		Salud funcional	Movilidad	2b	Salud funcional	Tolerancia a la actividad	
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	I	Campo		Clase	Intervención	Campo			
		1a		Fisiológico básico	Control de actividad y ejercicio	Precauciones del embolismo.	2a		
		1b		Fisiológico básico	Control de actividad y ejercicio	Fomento del ejercicio.	2b		
		1a Actividades de Enfermería				2a Actividades de Enfermería			
		1		Comprobación de pulso periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de extremidades.			1		Comprobar las limitaciones físicas del paciente.
		2		Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso si fuera necesario.			2		Ayudar a expresar las limitaciones al paciente.
		3		Poner medias anti embolia si fuese necesario.			3		Ver cuáles son las causas de la fatiga.
		4		Ayudar al paciente con el margen de movimientos activo o pasivo si procede.			4		Observar si existe dolor y cuál es el movimiento que se realiza cuando aparece dicho dolor.
		5		Evitar lesiones en la luz de los vasos sanguíneos			5		Facilitar la alternativa de periodos de reposo y actividad.
		1b Actividades de Enfermería				2b Actividades de Enfermería			
		1		Determinar la motivación del individuo para empezar el tratamiento			1		Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
		2		Animar al paciente a continuar realizando ejercicio			2		Colaborar con fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
		3		Ayudar a desarrollar un programa de ejercicio adecuado para el paciente			3		Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el Movimiento articular.
		4		Informar al individuo acerca de los beneficios del ejercicio			4		Explicar al paciente / familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
5		Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente			5		Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo / activo		
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	E	Código - indicadores		Escala de medición					Puntuación Diana x - mantener v - aumentar
				1	2	3	4	5	
		1a	Disminución de la fuerza muscular.				X		
		1a	Movimiento articular					X	
		1b	Mantenimiento del equilibrio			X			
		1b	Movimiento muscular				X		
		2a	Mantenimiento del equilibrio			X			
		2a	Mejora la marcha			X			
2b	Se mueve con poca dificultad					X			
2b	Ejercitar las piernas				X				

CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3. Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1 Tipo de investigación

El presente análisis de caso es de estudio cualitativo, fundamentado en la recolección de información de la historia clínica del paciente y la observación de su evolución clínica.

3.2 Tipo de estudio

Investigación cualitativa-descriptiva, la información que se obtiene posee características clínicas vinculadas a la unidad de análisis.

3.3. Unidad de Análisis

Paciente perteneciente al sexo masculino, con 72 años de edad, diagnosticado con Parkinson.

3.4. Área de estudio

Se realiza un estudio de caso de un paciente que recibió atención en el Centro de Salud "29 de Noviembre" que pertenece al cantón Santa Rosa, en la provincia de El Oro, que se ubica en las calles Doctor Italo Espinoza y Comandante Rosero. Este centro se ubica a 200 metros del monumento del pescador y está próximo a la Casa Comunal.

3.5 Materiales y Métodos

- **Recursos materiales:**

Casos clínicos pertinentes, bibliografía actualizada, e historia clínica del paciente.

- **Método clínico:**

El método clínico fue seleccionado porque representa el presente estudio de caso.

- **Método sintético:** El método sintético integra las categorías de análisis que reflejan las conclusiones del caso.

3.6 Técnica de Investigación:

Las fuentes confidenciales integradas a buscar información actualizada, constituyen los cimientos para establecer una investigación. Como resultado, es posible indagar a profundidad las enfermedades que se desean estudiar, al igual que la importancia de saber sobre el tema de investigación.

3.7 Instrumentos de Investigación

1. Historia Clínica del paciente.
2. Fuentes Bibliográficas: artículos científicos.
3. Consentimiento Informado.

3.8 Recursos Materiales

- Internet.
- Historia Clínica.
- Casos Clínicos de ejemplificación

3.9 Recursos Humanos

- Paciente y Familiares
- Guía de la Líder en enfermería en el centro de Salud 29 de Noviembre.
- Estudiantes: Emanuel Fernando Gatñay Cajamarca, Dayana Lizbeth Pizarro Angamarca.
- Licenciada Janeth Del Rosario Rodríguez Sotomayor.

3.10 Categorías

La categoría para el análisis de la historia clínica comprende: datos de filiación, motivo de consulta, signos vitales, antecedentes patológicos del paciente y posibles relaciones familiares, evolución clínica, exámenes de laboratorio, reportes de enfermería y tratamiento.

3.11 Proceso de recolección de datos

En la recopilación de datos para la historia clínica se cumplió con los pasos descritos a continuación de forma organizada y sistemática:

1. Aspectos éticos legales

Principio de confidencialidad: Protección total y omisión de nombres y apellidos del paciente.

Beneficencia: Se beneficiará al departamento de enfermería y a la institución con difusión de los resultados de la investigación.

No Maleficencia: No invasivo, porque se recopila los datos a través de un instrumento secundario, la historia clínica.

2. Solicitud de acceso al manejo de la historia clínica

Los datos se recopilan de un caso con la sintomatología característica, previo a la pandemia.

3. Revisión documental de la historia clínica

Fue posible recabar información necesaria y relevante de todas las categorías anteriormente descritas gracias al instrumento de la Historia clínica del paciente, permitiéndonos desarrollar el análisis de caso propuesto.

4. Realización de matriz de recolección de datos

Se registraron los datos obtenidos, de acuerdo a los lineamientos en la matriz, en nuestro estudio de caso.

Discusión

Según un artículo publicado por Vásquez-Celaya Lizbeth, Tamariz-Rodríguez Amiel; argumentan que la enfermedad del Parkinson se singulariza por temblor en estado de reposo, Bradicinesia, rigidez y pérdida de reflejos posturales. La etiología de la enfermedad del Parkinson basada en las definiciones de James Parkinson; que describe en el año 1817 a esta enfermedad como parálisis agitante, con su etiología desconocida la misma que se basa en la pérdida de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra (SN) (1). En nuestro país la enfermedad de Parkinson es aún difícil de identificar, en particular con nuestro paciente objeto de la investigación, el único síntoma que caracterizó su detección es el temblor de las extremidades, por lo que se necesita una mejoría en el sistema de salud para poder detectar esta enfermedad la cual es mortal si no es diagnosticada a tiempo.

Por otro lado, Tanner, 1989; Shoulson et al..., argumentan que los primeros síntomas de la enfermedad con Parkinson se tornan luego de la pérdida de neuronas dopaminérgicas. Por lo común esta neurodegeneración inicia varios años antes de ser sintomática (22). Según la historia clínica de nuestro paciente la evolución de su enfermedad pasó por este mismo proceso alrededor de 11 años, refiriendo que durante este tiempo presentó rigidez muscular en las extremidades inferiores, lo que nos permite evidenciar que existió una pérdida de neuronas dopaminérgicas, antes de ser detectada la enfermedad de Parkinson por la sintomatología presente.

Se suma también el estudio de María José G. Solís, Jacqueline F. Araneda, quienes definen que la enfermedad de Parkinson está coligado a múltiples factores de riesgo entre ellos factores genéticos y ambientales (23). En el caso del paciente en mención no presentaba antecedentes genéticos, era la primera persona de su familia en presentar esta enfermedad.

Basándonos en las manifestaciones clínicas que presentó el paciente, fue en primer lugar la rigidez muscular, evolucionando a temblor de las extremidades superiores, nos inclinamos en la fundamentación de Vásquez-Celaya Lizbeth,

Tamariz-Rodríguez Amiel. En relación a los factores de riesgo, la Dra. Ingrid Estrada-Bellmann, MSP1- Dr. Héctor Ramón Martínez Rodríguez, mencionan que no se sabe con exactitud cuánto tiempo se encuentre presente la enfermedad de Parkinson antes de aparecer los síntomas, pero se esbozan dos fases de la enfermedad; 1) Fase pre-sintomática que avanza entre la exposición del individuo con o sin carga hereditaria al medio ambiente, incorporando toxinas, traumatismos y la edad, 2) fase sintomática que implica signos y síntomas de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas están asociadas a la intransigencia de la pérdida neuronal en la sustancia negra (5).

Para el tratamiento de la enfermedad, Estela Quesada Rodríguez, Ada María Díaz Franco et,al..., mencionan que existen tres tipos de tratamientos: farmacológico, quirúrgico y rehabilitador (19). Sin embargo, en otro estudio publicado por Nilton Custodio, Carlos Alva Díaz, mencionan que el tratamiento para los pacientes con Parkinson consiste en administrar con L-dopa y uso de IMAO (24). Nuestro paciente sigue un tratamiento farmacológico a base de levodopa y carbidopa de 250 mg, la cual se administra 5 veces al día.

En nuestro caso se habla de un paciente de 72 años de edad el cual no tuvo un buen diagnóstico de los síntomas, lo cual no ayudó a la detección de la enfermedad y brindar un tratamiento inmediato para prevenir complicaciones severas, en razón de que nuestro sujeto de estudio se encuentra ahora con síntomas de manera avanzada como son la rigidez muscular, el temblor en las articulaciones y el déficit del habla, a la cual se van agregando la hipertensión arterial, incontinencia urinaria e insomnio de manera permanente en estos últimos meses. El trabajo de enfermería de atención primaria en salud debe realizarse enfocado en la reducción de factores de riesgo y prevención de futuras complicaciones, brindando soporte psicológico, educación sobre la dieta, el ejercicio físico y tratamiento farmacológico del paciente, brindando educación a los familiares quienes se encargan del cuidado permanente.

Las intervenciones de enfermería de calidad y de forma precoz en la rehabilitación del paciente con Parkinson luego del alta son de suma importancia para disminuir las secuelas y complicaciones, es indispensable la comunicación constante con los familiares pues ellos son los que cuidan al paciente cuando el equipo de salud no se encuentra presente, así mismo informar sobre cambios que se deben de realizar en la rutina diaria y el entorno según la comodidad y necesidad del paciente coincidiendo con un estudio realizado Whitehead et al. Titulado Rehabilitación posterior al ictus y Baltar et al (15). Estos estudios sobresalen el papel que cumplen los cuidadores en este tipo de pacientes y hacen un llamado a ofrecer ayuda en varios aspectos entre estos el más importante ofrecer información, apoyo emocional, desarrollo de técnicas y realizar atención domiciliaria, con el fin de reducir el estrés y la carga (24).

El rol que desempeñamos nosotros como personal de enfermería también debe incluir la rehabilitación motora y funcional, en este caso clínico la función motora se encuentra alterada, es ahí donde enfermería debe resaltar sus intervenciones enfocadas en la prevención de contracciones y atrofias musculares, para de esta manera mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir futuras complicaciones del sujeto de estudio.

Conclusiones

La enfermedad de Parkinson presenta una difícil detección de su diagnóstico en sus fases iniciales en personas mayores, dado que los síntomas pueden confundirse con rasgos característicos de la vejez. Se caracteriza por ser progresiva, afectando las capacidades individuales de la persona que la padece. Cabe destacar que el diagnóstico de la misma se dificulta debido a que se desarrolla comúnmente en adultos mayores de 60 años. Detectar a tiempo la enfermedad ayudará a ralentizar el avance progresivo de la enfermedad, dentro del estudio se aplicó un plan de cuidados de enfermería, el cual nos ayudó para identificar las principales necesidades del paciente e intervenir con procedimientos orientados a mejorar la calidad de vida.

En cuanto a la relación que se da entre el personal de enfermería del centro de salud y el paciente con Parkinson, se identificó que no mantienen un adecuado seguimiento con respecto a las visitas domiciliarias que al menos deben darse una vez al mes, con el propósito de identificar nueva sintomatología en el paciente y de igual manera educar y fomentar el autocuidado, también el buen uso de los fármacos para conseguir una adherencia terapéutica adecuada e incluyendo a la familia como pilar fundamental al participar en el tratamiento del paciente.

Este trabajo se ha enfocado en dos fundamentos teóricos muy importantes, los patrones funcionales de Marjory Gondon que permitieron identificar los problemas (patrones alterados) y las necesidades de salud del paciente, mediante la teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender se procedió a analizar las características propias del individuo y del entorno para comprender su conducta, con el fin de modificarla mediante acuerdos que se realizaron con el paciente y sus familiares. Se resaltó el papel indispensable que cumple el cuidador ya que de esta persona depende el cumplimiento del tratamiento, por ello es importante educarlo sobre técnicas y habilidades que contribuyan a mejorar la calidad de vida del paciente, brindar información sobre las patologías subyacentes, signos de alarma, alimentación saludable, ejercicio físico,

tratamiento farmacológico, seguido por la prevención de complicaciones como el desarrollo de úlceras por presión, contracturas y atrofas musculares, articulares y rehabilitación motora. Se realizaron planes de enfermería que responden a las alteraciones encontradas en el sujeto de estudio, para poder prestar cuidados de una forma racional y sistemática.

Nuestro paciente durante el proceso de estudio presentó una evolución favorable con el desempeño del plan de cuidado de enfermería que se realizó, donde se pudo observar que el sujeto de estudio obtuvo una mejora en su salud, se lo observa más animado, con una mejor movilidad de las extremidades, con una mejoría en el habla y refiere poder conciliar el sueño con más facilidad, sus familiares refieren que la educación brindada ha servido de mucho para poder ayudar a su familiar y darle los cuidados necesarios y una atención de calidad. Es importante señalar además el rol del cuidador que resulta en una actividad que afecta física y emocionalmente a la misma, de ahí es necesario educar a la familia en función de la ayuda al cuidador que debe tener en este proceso que tiene el paciente que en muchas ocasiones llevas mucho tiempo.

Recomendaciones

- Educar al paciente, sus familiares y la comunidad sobre los signos y síntomas que ayuden a la detección temprana de la enfermedad y cómo prevenir futuras complicaciones.
- Mantener una comunicación constante, tanto con el paciente, como con los familiares.
- Realizar de manera continua visitas domiciliarias para valorar y evaluar el estado del paciente, y realizar intervenciones de enfermería relacionadas a la prevención de complicaciones de la enfermedad.
- Brindar una mejor calidad en la atención del paciente con Parkinson, el cual incluya el tratamiento gratuito e integral del paciente.

ANEXOS

CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACION.

El propósito de esta ficha es proveer al participante esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Emanuel Fernando Gatñay Cajamarca y Dayanna Lizbeth Pizarro Angamarca, estudiantes de enfermería. El objetivo de este estudio es analizar su caso de Parkinson.

Si Usted accede a participar de este estudio, se le pedirá responder preguntas a través de una entrevista, esto tomaría aproximadamente 30 minutos de su tiempo y se le realizaran visitas domiciliarias durante la investigación, lo que conversemos durante las sesiones será grabado de manera que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria la información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar preguntas en todo momento durante su participación en el. De igual manera puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto lo perjudique de ninguna manera. Si durante la entrevista existen preguntas que le causen incomodidad tiene Usted el derecho de hacérselo saber al investigador y no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar de esta investigación conducida por Emanuel Fernando Gatñay Cajamarca y Dayanna Lizbeth Pizarro Angamarca.

Reconozco que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y de igual manera retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto produzca perjuicio alguno para mi persona. De tener problemas sobre mi participación en este estudio, pueden contactar a Emanuel Fernando Gatñay Cajamarca o Dayanna Lizbeth Pizarro Angamarca, al celular 0962563717 y 096760 5816. Se me entregara una copia de este consentimiento y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido. Para esto puedo contactar a Emanuel Fernando Gatñay Cajamarca o Dayanna Lizbeth Pizarro Angamarca a los números anteriormente mencionados.



.....
SALAZAR CRIOLLO TEOFILO ALBERTANO
0700897952

.....
SONIA SALAZAR
0702347568