



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicado a una persona con alteración significativa en
la necesidad de movilidad y postura por Enfermedad
de Parkinson.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
LAURA HERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ



DIRECTOR ACADÉMICO:
I.E.O. FEDERICO SACRISTAN RUIZ.

MEXICO, D.F.

AGOSTO DE 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

Por darme la serenidad, la fuerza y el valor de terminar una etapa más de mi vida.

A mis padres.

Por estar siempre a mi lado y su apoyo incondicional, y que me han enseñado a ser una mujer perseverante, que sigue adelante después de una caída, por ser mejor cada día. Quiero que sepan que los amo, a pesar de la ausencia de mi papi que se que esta siempre a mi lado como un ángel. Esta meta es en gran parte gracias a ellos y por ellos.

A mis Hermanos y Sobrinos

Por darme su cariño sin condiciones, por ser mis compañeros de tantos momentos, por tantas travesuras compartidas, su apoyo, sus consejos y ser tolerantes conmigo.

A Marco Antonio Del Rio Macías

Por su paciencia, tolerancia, por estar siempre a mi lado incondicionalmente y el apoyo para continuar a realizar mi proyecto de vida.

A mis hermanos Scouts



Que me han enseñado a vivir y servir de una manera diferente, por compartir el calor de una fogata y retomar los valores en que me educaron mis padres

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	7
<i>CAPITULO I. MARCO TEÓRICO</i>	
1.1 Antecedentes Históricos de la Enfermería.....	8
1.2 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	12
1.3 Movilidad y Postura.....	17
<i>CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PAE</i>	
2.1 Presentación del caso.....	26
2.2 Valoración.....	28
2.3 Diagnósticos de Enfermería.....	33
2.4 Planeación, Ejecución y Evaluación.....	35
CONCLUSIONES.....	75
SUGERENCIAS.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
GLOSARIO.....	80
ANEXOS.....	85

INTRODUCCIÓN.

Lo que define a cada profesión y la distingue de las demás es el servicio que presta a la sociedad. El servicio que la profesión de Enfermería ofrece, es atención y cuidado al individuo, familia y comunidad para recuperarse de su enfermedad, mejorar su calidad de vida o morir en paz¹.

La enfermería se ha venido practicando como profesión desde hace más de un siglo y ha ido evolucionando hasta la aplicación de conocimientos científicos, para lo cual tiene instrumentado un método que contiene todos los elementos necesarios para identificar, analizar, describir en forma lógica y razonable la atención para la salud, a este método se le conoce como Proceso Atención de Enfermería. Por lo tanto este proceso es la serie de acciones señaladas pensadas en cumplir el objetivo de enfermería y de mantener el bienestar óptimo en la evolución de la enfermedad.

El presente trabajo consiste en la elaboración de un Proceso de atención de Enfermería en una persona con deterioro de la movilidad y postura por Enfermedad de Parkinson, al ingresar al servicio de neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), se realizó la elección del caso clínico, se recabo información iniciando la valoración a través del interrogatorio directo, exploración física y observación de la persona, además de la información indirecta proporcionada por familiares, compañeros del área de la salud y expediente clínico.

Se identificaron las necesidades afectadas de la persona y se elaboraron una serie de diagnósticos encaminados a programar planes de cuidados; con ayuda

¹ . Almansa, P. Metodología de los cuidados de Enfermería. (2000) pp.8

de información bibliográfica se fundamentaron las intervenciones de enfermería. Todo lo anterior se realizó para mejorar la calidad de vida e independencia de la persona dentro de sus capacidades y limitaciones.

Finalmente se realizó la evaluación continua de los cuidados proporcionados por cada necesidad afectada, algunos de ellos no lograron ser evaluados ya que se requiere de mayor tiempo para observar resultados.

Se describe la metodología del trabajo de cómo se llevo a cabo el Proceso de Atención de Enfermería.

OBJETIVOS

GENERAL.

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una persona con alteración neurológica, tomando en cuenta el modelo conceptual de Virginia Henderson, para proporcionar cuidados de manera holística para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la persona.

ESPECÍFICOS.

- Identificar e investigar acerca de las necesidades afectadas de la persona con alteración neurológica, para valorar y realizar diagnósticos de Enfermería en base a los problemas reales, potenciales y de bienestar detectados.
- Elaborar un plan de cuidados para realizar intervenciones de enfermería encaminadas a mejorar el estado actual de la persona y evitar complicaciones: así mismo realizar una evaluación de dichas intervenciones.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

El Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo a partir del enero del 2010, en la Unidad de Neuropsiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) Manuel Velasco Suárez, servicio que presta atención a personas con daño en el sistema nervioso y trastornos psiquiátricos.

Se eligió al Sr. José Leopoldo, adulto con alteración significativa en la necesidad de movilidad y postura, se aplicó el instrumento de valoración basado en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson; con el cual se recabó y examinó información, con el fin de conocer la situación actual de la persona. Los datos se obtuvieron a través de la entrevista y exploración física de la persona, interrogatorio a familiares y revisión del expediente clínico. Los datos obtenidos fueron clasificados según las necesidades de acuerdo a la capacidad de la persona para satisfacerlas.

Se plantearon diagnósticos en base a las necesidades afectadas así como identificación de factores de riesgo que pudieran complicar el estado actual de la persona. Los diagnósticos fueron estructurados de acuerdo a la American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y al formato PES (problema, etiología y signos y síntomas). Clasificándose en reales, potenciales y de bienestar.

Durante la planeación se priorizaron diagnósticos y se establecieron resultados esperados de las intervenciones de enfermería planeados, dirigidas a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la persona.

Durante la ejecución se llevaron a cabo las intervenciones planteadas en la planeación de Enfermería.

En la evaluación se estableció un juicio sobre la evolución y capacidad de la persona para desempeñar el comportamiento establecido dentro de los resultados esperados.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERIA.

La historia de la profesión enfermera comienza desde los papeles tradicionales de la mujer como esposa, madre, hija y hermana que siempre han consistido en el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia.

La existencia de individuos que ayudaban y consolaban a los enfermos y a las personas que no podían cuidarse por sí mismas, también ayudaban a los curanderos a atender a la sociedad.

Durante las primeras civilizaciones antiguas, las creencias sobre las causas de las enfermedades eran supersticiones y magia. Sin embargo, conforme estas sociedades fueron evolucionando surgieron ideas sobre causas ajenas a la magia que ocasionaban enfermedad. Se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar a las madres y a sus hijos durante el embarazo y el alumbramiento; las nodrizas a menudo cuidaban y amamantaban a los niños de familias ricas, las mujeres que desempeñaban estas tareas eran esclavas. Las enfermeras esclavas dependían del maestro, curandero o sacerdote que se encargaba de instruir las y dirigir las en su trabajo.

Las enfermeras son mencionadas en forma ocasional en el antiguo testamento como mujeres que cuidaban a los lactantes, niños enfermos y moribundos, actuaban como comadronas asistiendo a mujeres embarazadas.

En Grecia y Roma el cuidado de enfermos y heridos estaba dado por el dios (Asclepio), su esposa Epione se encargaba de tranquilizar a los enfermos y su hija Higiea era considerada como diosa de la salud.²

En las culturas de África las funciones de la enfermera eran de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y ancianos.

² s/ Referencia

En la antigua india los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos:

- Conocimientos de la forma de preparar fármacos y administrarlos.
- Inteligencia
- Dedicación del paciente
- Pureza de cuerpo y mente.

Las mujeres indias actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de la familia.

En tiempos de las cruzadas diversas órdenes de caballería formaron compañías que prestaban cuidados a sus compañeros heridos o enfermos, estas órdenes se encargaron de construir hospitales. Con el crecimiento de la iglesia católica se edificaron numerosos hospitales y hubo instituciones que se especializaron en el cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos.

Se fundaron órdenes religiosas femeninas y masculinas con el fin de cuidar enfermos.

En 1633 San Vicente fundo la orden de hermanas de la caridad, esta orden mando enfermeras para que prestaran cuidados en el nuevo mundo con la finalidad de crear hospitales en Canadá, E.U. y Australia; estos grupos de mujeres que prestaban cuidados fue suprimido en la edad media por la iglesia occidental, sin embargo reaparecieron en 1836 cuando Teodoro Fliedner volvió a crear la orden de las Diaconistas y abrió un pequeño hospital y escuela de prácticas en Kaiserswerth Florence Nightingale obtuvo capacitación en Enfermería en dicha escuela.³

Los cuidados que necesitaban los enfermos en los hospitales o viviendas privadas los prestaban mujeres que eran prostitutas o prisioneras que tenían

³ S/Referencias

poco entrenamiento como enfermeras, por esta razón la Enfermería era poco aceptada y carecía de prestigio.

Durante la guerra de Crimea *Florence Nightingale*, por su educación, experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses.⁴

En E.U. en el siglo XVIII se fundaron varias escuelas de enfermería ya con programas educativos organizados. Desde que se inicio la organización oficial de la enfermería a fines del primer decenio del siglo XVIII hasta final de la primera guerra mundial, fue rápida difusión y fundación de hospitales; con escuelas de enfermería que dependían de ellos.

En el siglo XX se comienza a recomendar que las escuelas de enfermería fueran independientes de los hospitales y tuvieran nivel universitario. Estas escuelas insistieron en el bienestar social y los aspectos sanitarios de la enfermería y demostraron el valor de las normas de la universidad en el campo de esta. En este mismo siglo las enfermeras comenzaron a separar a los pacientes de acuerdo a su proceso patológico; así que las tuvieron que adquirir conocimientos para cuidar determinada clase de pacientes.

Hoy en día las enfermeras son responsables de aumentar sus propios conocimientos clínicos, su competencia y también deben mejorar la calidad de los cuidados que imparten y la calidad de aprendizaje e investigación, condición que se ha visto favorecida en estudios de maestría y doctorado.

Se han realizado grandes avances en los programas de educación de enfermería y en muchos servicios hospitalarios y comunitarios. Con todos estos cambios la enfermería ha seguido prestando un servicio estable para ayudar a las personas.

⁴ Kérouac, Suzanne. El pensamiento enfermero(1996) pp.1-21

Nuestra profesión es una vocación que requiere conocimientos habilidad y preparación especiales, la profesión se distingue de otro tipo de ocupación porque:

- Exige un aprendizaje especializado y prolongado para conseguir conocimientos adecuados para el papel que se va a desempeñar.
- Por orientar al individuo hacia un servicio ya sea para la comunidad u organización.

Cuidar es y será siempre indispensable no solo para la vida de los individuos sino también para la perpetuidad de todo el grupo social⁵.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson

Virginia Henderson, enfermera norteamericana, que nació en 1897 desarrolló su interés por la enfermería durante la segunda guerra mundial.

Su modelo ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de Enfermería humanístico por que considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Su preocupación fue la función propia de enfermería, postula que para que una persona logre mantener su integridad física y psicológica debe cumplir requisitos que están relacionados con la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales estas son⁶:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1. Oxigenación | 8. Higiene y protección de piel |
| 2. Nutrición e Hidratación | 9. Seguridad |
| 3. Eliminación | 10. Comunicación |
| 4. Movilización | 11. Creencias y Valores |
| 5. Descanso y Sueño | 12. Trabajar y realizarse |
| 6. Vestirse y Desvestirse | 13. Actividades recreativas |
| 7. Termorregulación | 14. Aprendizaje |

² Colliere, Marie. Promover la vida (1997) capitulo I

⁶ García, María. Proceso de Atención Enfermería y el modelo de Virginia Henderson (2002) p. 9-14

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. (PAE)

El término de Proceso de Atención de Enfermería y el método de trabajo son relativamente nuevos, el término se creó en 1955 Hall; el uso de este en la práctica clínica adquirió mayor legitimidad en 1973 cuando la American Nurses Association (ANA) describe el ejercicio de la Enfermería como “directo, orientado hacia los objetivos y adaptable a las necesidades de los individuos, familia y comunidad tanto en la enfermedad como en la salud.

El proceso de atención a Enfermería es un método racional, dinámico y sistemático para organizar y prestar cuidados de Enfermería, tiene como objetivo identificar el estado de salud del paciente, así como los problemas reales o posibles de su salud, establecer planes de cuidados para atender las necesidades identificadas como afectadas y determinar las intervenciones específicas de Enfermería para así cumplir con los cuidados de estas necesidades.

La aplicación del proceso propicia bases para la habilidad del pensamiento crítico, requeridas para actuar en forma segura y efectiva.

El proceso de atención a enfermería es cíclico y los elementos que lo integran siguen un orden lógico. Sus etapas incluyen lo siguiente:

Valoración: En esta primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, la enfermera recoge, examina, ordena y registra la información obtenida por medio de la entrevista, observación y exploración física. Esto sirve como base para las intervenciones y toma de decisiones posteriores.

La valoración conduce a la identificación del estado de salud del paciente y se aplica a individuos, familia y comunidades⁷. La valoración es continua ya que se realiza durante todas las fases del Proceso de Atención de Enfermería.

⁷ . Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería (1999) pp. 3 y 91

Durante la entrevista se pueden obtener dos tipos de datos:

- Datos subjetivos: Se refiere a los que la persona siente o percibe. No se pueden medir ya que son propios del paciente.
- Datos objetivos: Se pueden medir a través de cualquier escala o instrumento (signos vitales).

Durante la observación la enfermera (o) reúne los datos utilizando los cinco sentidos, consta de dos aspectos:

- Reconocer los estímulos
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Exploración Física. Para llevar a cabo la información la enfermera utiliza la auscultación, palpación y percusión, métodos que facilitan la recabación de datos mediante los cuales se obtendrá información observable y objetiva.

Diagnóstico: En esta fase se utiliza habilidades del pensamiento crítico para analizar e interpretar los datos obtenidos durante la valoración para formular enunciados diagnósticos.

Es la base para planear, intervenir y evaluar los problemas de salud de la persona.

- Identificación del problema: incluye el análisis de datos significativos.
- Formulación del enunciado: diagnóstico de enfermería y problemas dependientes componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Tipos de diagnósticos. Existen diagnósticos reales, de riesgo o potenciales y de bienestar⁸.

- Real: Es un juicio sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, ante un problema de salud que existe en el momento de la

⁸ Kozier. Op cit.. ; p. 117

valoración de enfermería. Representa un estado que ha sido clínicamente validado a través de características definitorias identificables, basadas en signos y síntomas asociados; consta de tres componentes: enunciado del problema, características que lo definen y factores relacionados.

Formato PES: problema (P) mas etiología, factores causales (E) mas signos y síntomas (S) que validan el diagnóstico.

- De riesgo o potenciales: Es el juicio clínico de una persona, familia o comunidad más vulnerable a determinados problemas que otros en situación igual o parecida, consta de dos componentes: Enunciado del problema (P) mas etiología/factores de riesgo (E).
- Posibles: aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere de más datos para corroborarlo o refutarlo.
- De bienestar: Se refiere a una respuesta saludable por parte del paciente. Juicio clínico sobre la persona. Familia o comunidad en transición de un nivel de bienestar a un nivel más elevado⁹.

Planeación: El plan de atención de Enfermería comienza con el enunciado diagnóstico, avanza hacia la meta y el resultado esperado de enfermería.

El plan dirige la acción de la enfermera para asistir al enfermo en el alivio de un problema o para cubrir una necesidad.

Fase en la que se toman decisiones y se resuelven problemas, se consultan datos de valoración y enunciados diagnósticos para la formulación de resultados esperados, así como determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar problemas de salud en la persona.

Etapas del plan de cuidados.

⁹ IBIDEM.; p. 117 Y 166

- Establecer prioridades: proceso por el cual se determina un orden de preferencias para las intervenciones de Enfermería atendiendo problemas y/o necesidades de la persona, familia o comunidad.
- Formular resultados esperados: describen en términos de respuestas observables del paciente, lo que se espera conseguir al ejecutar las intervenciones de Enfermería.

Resultados esperados a largo plazo. Se formulan para cumplir en semanas o meses, pueden ser apropiados para resolver problemas después del alta, en pacientes en entorno domiciliario que se están adaptando a enfermedades crónicas.

Resultado esperados a corto plazo. Son aquellos que se planean o esperan alcanzar en poco tiempo, regularmente en menos de una semana, pacientes a quienes se dirige un plan de cuidados inmediatos o que precisan asistencia durante poco tiempo.

Ejecución: En esta etapa se revisan nuevamente los cuidados proporcionados al paciente, se señalan necesidades de asistencia, la enfermera ejecuta las intervenciones planeadas para cubrir necesidades y prioridades del paciente ya sea de manera dependiente o independiente y se documentan las intervenciones de enfermería y respuesta del paciente.

El proceso de ejecución incluye:

- Valoración del plan de atención. Se realiza justo antes de la ejecución valorando si la intervención aún es necesaria; los nuevos datos a juicio de la enfermera pueden cambiar prioridades en la asistencia.
- Determinar la necesidad de cuidados de enfermería. Al ejecutar intervenciones la enfermera (o) puede requerir ayuda¹⁰.
- Ejecución de intervenciones de Enfermería. Valorar nuevamente al paciente y determinar la necesidad de asistencia; la enfermera realiza

¹⁰ IBIDEM.; p. 166 Y167

las intervenciones planeadas que incluyen cuidar, comunicar, ayudar, enseñar, aconsejar, guiar y tratar al paciente.

- Comunicar las intervenciones de Enfermería. La enfermera completa la fase de ejecución, registrando intervenciones así como respuesta del paciente en las notas de Enfermería.

Evaluación: Esta es la quinta y última fase del Proceso de Atención de Enfermería, es una actividad en cual se determina:

- Progreso del paciente de acuerdo a los resultados esperados
- Eficacia del plan de cuidados de Enfermería.

Tipos de evaluación

- *Continua*. Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una intervención de Enfermería y permite realizar modificaciones puntuales en una intervención.
- *Intermitente*. Se realiza por intervalos determinados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del resultado esperado y permite a la enfermera (o) corregir cualquier deficiencia así como modificar el plan de cuidados en función a las necesidades.
- *Final*. Indica el estado de la persona al ser dado de alta, incluye la consecución de resultados esperados y la evaluación de la capacidad del paciente para cuidarse por sí mismo.

Es parte importante del proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones obtenidas en la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben suspenderse, continuar o modificar. Se evalúa el resultado esperado que se planeó, si se logró cumplir en la fecha establecida durante el plan¹¹.

Clasificación de resultados esperados.

- Resultado esperado logrado
- Resultado esperado parcial

¹¹ IBIDEM.; p. 167

- Resultado esperado no logrado

Esta etapa es una comparación sistemática planeada del estado de salud del paciente con los resultados esperados y metas definidas. Un propósito importante es determinar el adelanto de la persona para alcanzar lo establecido, otro de los objetivos es juzgar la eficacia de planes, estrategias y cuidados de Enfermería.

Por otro lado en esta etapa es posible estudiar nuevamente alguna de las etapas, revisar el plan si es necesario y dar por finalizada la asistencia de acuerdo a los problemas resueltos¹².

1.3 NECESIDAD DE MOVILIDAD Y POSTURA.

La coordinación de los movimientos del cuerpo implica el funcionamiento integrado del sistema esquelético, muscular y sistema nervioso; estos tres cooperan en el soporte mecánico del cuerpo.

El **Sistema esquelético** es el almacén de soporte del cuerpo y comprende 4 tipos de huesos.

- Largos. Contribuyen a la altura del cuerpo (fémur, peroné) o su extensión (falanges de los dedos).
- Cortos. Forman grupos que cuando se combinan con ligamentos y cartílagos, permiten el movimiento de las extremidades (rótula).
- Planos. Proporcionan un conjunto estructural como los huesos del cráneo o costillas.
- Irregulares. Forman la columna vertebral¹³.

¹² IBIDEM.; p.167

¹³ Potter, Patricia. Fundamentos de Enfermería (2004) p.1511

El sistema esquelético tiene funciones: proteger órganos vitales, contribuyen a al regulación del calcio y lo libera a la circulación si es necesario.

Además la estructura interna del hueso alberga la médula ósea, participa en la producción de hematíes.

Articulaciones. Son conexiones entre los huesos, existen cuatro tipos:

- Sinostotica. Hueso conectado con hueso no se asocia a ningún tipo de movimiento y el tejido óseo que se forma entre los huesos proporciona fuerza y estabilidad.
- Cartilaginosa. Proporciona poco movimiento, pero es elástica y emplea el cartílago para ensamblar superficies óseas.
- Fibrosas. Las dos superficies óseas están unidas por un ligamento o membrana. Las fibras del ligamento son flexibles y tensas permitiendo movimiento limitado.
- Sinovial. Articulación de movimiento libre en la que las superficies óseas contiguas están recubiertas de cartílago y conectadas por ligamentos cubiertos por una membrana sinovial.

Ligamentos. Son bandas de color blanquecino, brillantes y flexibles de tejido fibroso que juntan y conectan huesos y cartílagos; son elásticos y contribuyen a la flexibilidad y estabilidad de las articulaciones. Además algunos tienen función protectora como los situados entre los cuerpos vertebrales que evitan lesión de la médula espinal.

Tendones. Son bandas de tejido, fibrosas y blancas que se conectan al músculo con el hueso. Son resistentes, flexibles e inelásticos de grosores y longitudes variables.

Cartílago. Es un tejido de soporte, no vascularizado que se localiza en articulaciones del tórax, tráquea, laringe, nariz y pabellón auricular¹⁴.

Las articulaciones, ligamentos, tendones y cartílago proporcionan fuerza y flexibilidad del esqueleto.

¹⁴ Potter. Op. cit.; p. 1511-1512

Sistema músculo esquelético. El movimiento de huesos y articulaciones implica un proceso activo, los músculos por su capacidad de contraerse y relajarse, son el elemento de trabajo de los movimientos.

Los músculos están hechos de fibras que se contraen cuando son estimulados por un impulso electroquímico que viaja desde el nervio hasta la unión neuromuscular. Las contracciones musculares pueden clasificarse atendiendo a su finalidad funcional.

- Movimiento
- Resistencia
- Estabilización de parte del cuerpo.

Los músculos fijados a los huesos que tiene función de palanca proporcionan la fuerza necesaria para mover un objeto, la palanca en un movimiento característico de las extremidades superiores; estos músculos proporcionan fuerza y trabajan conjuntamente con huesos y articulaciones.

Los músculos que se asocian con el mantenimiento de la postura son cortos y con aspecto de pluma, como los de extremidades inferiores, tronco, cuello y espalda. Estos grupos musculares trabajan en conjunto para estabilizar y soportar el peso corporal cuando se está de pie o sentado, además permiten a la persona mantenerse en estas posiciones.

La postura y el movimiento dependen de la forma y grado de desarrollo de los músculos, la coordinación y la regulación de los diferentes grupos dependen del tono muscular¹⁵.

El tono muscular es el estado normal de tensión muscular equilibrada, se consigue gracias a la alternancia de la contracción y relajación sin movimiento activo de las fibras de un grupo muscular, como resultado de la inmovilización

¹⁵ IBIDEM.; p-1513-1515

por reposo prolongado en cama, disminuye el grado de actividad, la tolerancia a esta y el tono muscular.

Sistema nervioso. El movimiento y la postura están regulados por el sistema nervioso, el área principal del movimiento voluntario localizada en la corteza cerebral es la vía motora. Las fibras descienden por esta vía y se cruzan en la médula; de esta manera que las fibras motoras del área derecha inician el movimiento voluntario de la parte izquierda del cuerpo, y las fibras del área motora izquierda inician movimientos de la parte derecha del cuerpo.

Un impulso sale de la medula espinal a través de los nervios motores y viaja a través de estos hasta los músculos, en lo que produce el movimiento.

La transmisión del impulso desde el sistema nervioso hasta el sistema músculo esquelético es un proceso electroquímico que requiere de un neurotransmisor, estas sustancias químicas como la acetilcolina transfieren los impulsos eléctricos a través de la unión neuromuscular hasta el músculo, generando movimientos.

La movilidad puede verse alterada por varias circunstancias patológicas como: Anomalías posturales. Congénitas o adquiridas influyen sobre la eficiencia del sistema músculo esquelético, así como en alineamiento corporal, equilibrio y aspecto. Estas anomalías pueden producir dolor y afectar la movilidad o alineamiento.

Alteración del desarrollo muscular. Las lesiones y enfermedades pueden producir numerosas alteraciones en la función musculoesquelética. Las distrofias caracterizadas por debilidad, atrofia progresiva y simétrica de los músculos esqueléticos produciendo deformidades e incapacidad¹⁶.

¹⁶ IBIDEM.; p-1516-1517

Lesión del sistema nervioso central. La lesión de cualquier componente del SNC, que regula el movimiento involuntario tiene como resultado la falta de alineamiento y movilidad corporal. La vía motora de una lesión craneal, isquemia por accidente cerebral vascular o una infección bacteriana como meningitis.

El traumatismo más frecuente es la sección medular en la que se cortan las fibras motoras, si la lesión es completa existirá una pérdida bilateral del control motor voluntario por debajo de esta.

Traumatismos directos sobre el sistema músculo esquelético. Puede producir hematomas, contusiones, esguinces y fracturas. Las enfermedades congénitas o adquiridas que afectan la estructura del sistema nervioso o músculo esquelético, impiden un alineamiento corporal y movilidad articular correctas.

Los periodos de inmovilidad o reposo prolongado en cama provocan problemas fisiológicos y psicológicos importantes, estos pueden ser graduales o inmediatos y varían de cada persona.

Efectos sistémicos. Los sistemas del organismo trabajan con mayor eficacia con cierto grado de movimiento. Cuando se produce alteración de la movilidad todos los sistemas están sometidos a un riesgo de deterioro, la gravedad de este depende del estado de salud global de la persona, de la edad y de la duración de la inmovilidad.

Cambios metabólicos. Los cambios en la movilidad influyen en el sistema endocrino, la reabsorción de calcio y el funcionamiento del aparato gastrointestinal¹⁷.

El sistema endocrino formado por glándulas secretoras de hormonas, contribuyen a mantener y regular funciones vitales como:

- Respuestas al estrés y lesiones

¹⁷ IBIDEM.; p 1518-1519

- Crecimiento y desarrollo
- Reproducción
- Homeostasis iónica
- Metabolismo energético.

Cuando se produce una lesión en el sistema endocrino aparecen una serie de respuestas dirigidas a mantener la tensión arterial y preserva la vida. El sistema endocrino participa en la regulación de la homeostasis iónica a través del mantenimiento de balance entre sodio, agua y equilibrio acido-base.

La inmovilidad interrumpe las funciones metabólicas, altera el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas; produce desequilibrio en la composición de líquidos, electrolitos y calcio, y genera trastornos gastrointestinales como la disminución de apetito y la perístasis como consecuencia de la disminución de la movilidad.

Cambios respiratorios. Durante la inmovilización las complicaciones respiratorias más frecuentes son las atelectasis (colapso de alvéolos) y la neumonía hipostática (inflamación pulmonar por retención de secreciones). Ambas disminuyen la oxigenación, prolongan la recuperación y añaden un problema más al paciente.

En la atelectasis las secreciones bloquean un bronquio o bronquiolo y el alveolo se colapsa ya que el aire de su interior se reabsorbe, produciendo hipoventilación. En algún momento la capacidad del paciente para generar tos productiva disminuye, finalmente aumenta la cantidad de moco en los bronquios, este es un medio de crecimiento para las bacterias, por lo que el resultado puede ser neumonía hipostática.

Cambios cardiovasculares. Los tres principales son la hipotensión ortostática, aumento de la sobrecarga cardíaca y la formación de trombos¹⁸.

¹⁸ IBIDEM.; p-1520-1521

Hipotensión ortostática. Es un descenso de 25 mmHg de la tensión arterial sistólica y 10 mmHg de la diástole, cuando el paciente pasa de una posición sentada a acostada a ponerse de pie. En la persona inmovilizada del líquido circulante y descenso de la respuesta autónoma.

Entre factores favorecen el descenso del retorno venoso, seguido de la disminución del volumen minuto cardíaco que se traduce en la caída de la tensión arterial. A medida que la sobrecarga cardíaca aumenta, también aumenta el consumo de oxígeno; por lo tanto en periodos de reposo prolongando el corazón trabaja más y de forma menos eficiente.

El paciente también está sometido al riesgo de que se formen trombos, estos son acumulación de plaquetas, fibrina, factores de coagulación y elementos de la sangre fijados al interior de la pared de una vena o arteria, que puede llegar a ocluir totalmente la luz del vaso. Existen tres factores que favorecen la formación de trombos.

- Pérdida de la integridad de la pared vascular (por lesión)
- Anomalías de flujo sanguíneo (flujo sanguíneo lento, asociado a reposo en cama)
- Alteraciones de los componentes de la sangre (factores de la coagulación plaquetas).

Cambios músculo esquelético. La restricción puede generar pérdida de la resistencia, fuerza y masa muscular; además de alteración en el metabolismo del calcio y alteraciones en la movilidad articular.

Efectos musculares. Debido al catabolismo proteico el paciente pierde masa corporal neta formada por músculo. La reducción de la masa es incapaz de mantener la actividad sin que aumente la fatiga¹⁹.

¹⁹ IBIDEM.; p-1522-1523

Efectos esqueléticos la inmovilización genera dos cambios esqueléticos.

- Alteración del metabolismo del calcio
- Anomalías articulares.

La inmovilidad produce reabsorción, el tejido óseo es menos denso o se atrofia el resultado es la osteoporosis. La reabsorción ósea produce que el calcio se libere a la sangre provocando hipercalcemia.

La inmovilidad puede provocar contracturas articulares que son situaciones anormales y probablemente permanentes, se caracteriza por la fijación de la articulación por falta de uso, de la atrofia y del acortamiento de las fibras musculares. Cuando los pacientes sufren de hemiplejía pueden presentar pie caído (el tobillo fijado en flexión plantar, no puede flexionarse).

Cambios en la eliminación vesical. Cuando el paciente está acostado y plano los riñones y uréteres se sitúan en un plano más horizontal y la orina formada por los riñones debe entrar a la vejiga sin ayuda de gravedad, las contradicciones peristálticas de los uréteres son insuficiente para superar la gravedad la pelvis debe llenarse antes de que la orina llegue a los uréteres. Esta situación recibe el nombre de estasis urinaria y aumenta el riesgo de sufrir infecciones del tracto urinario.

Cambios de los tegumentos. El efecto directo de la presión sobre la piel en la inmovilización se va agravando por los cambios metabólicos. Los pacientes que presentan parálisis tienen mayor riesgo de sufrir úlceras por presión estas son las interrupción en la continuidad de la piel como resultado de la isquemia tisular prolongada, se caracteriza por inflamación y suelen aparecer en prominencias óseas. La isquemia aparece cuando la presión sobre la piel es mayor que la presión en el interior del vaso sanguíneo que irriga la piel²⁰.

²⁰ IBIDEM.; p-1524

El metabolismo tisular depende de la llegada de oxígeno y nutrientes al organismo gracias a la irrigación sanguínea, así como a la eliminación de productos de desecho. Cuando una persona permanece tiempo prolongado en cama o sentado en una silla el peso del cuerpo descansa sobre prominencias óseas, cuando mayor sea la presión aplicada más prolongado será el periodo de isquemia y habrá mayor riesgo de que la piel se ulcere.

Efectos psicosociales. Puede producir trastornos emocionales y de conducta, adaptaciones sensoriales y falta de adaptación. Los más frecuentes son depresión, trastornos del sueño-vigilia y falta de adaptación ante la situación. El paciente puede adoptar un papel pasivo o de rechazo²¹.

²¹ IBIDEM.; p-1524

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PAE

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de la persona José Leopoldo G.S. de 51 años de edad con Antecedentes heredo familiares de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 sin datos de Enfermedades crónico degenerativos en la familia.

Inicia su padecimiento desde hace aprox. 17 años con Dx de Enf. Parkinson presentando disminución de la fuerza en miembro torácico, posteriormente marcha claudicante. Un mes después presenta temblor fino en miembro inferior derecho que 15 días después se presento en M. inferior izquierdo. Meses después la persona presenta temblor fino en ambas manos (a la pantomima la esposa hace un temblor en cuenta monedas). Refiere un año después presentar hipomimia facial y rigidez de predominio braquial.

La persona fue atendido en H. Gral. Darío Fernández del ISSSTE donde permaneció hospitalizado durante 3 meses, se llega a la conclusión de Enfermedad de Parkinson. La persona no conforme con esto acude al Hospital 20 de Noviembre en donde se realiza nuevamente estudios y se confirma el diagnostico. Desde los 34 años el paciente fue tratado con bromocriptina (cada 8 hrs) y levodopa (variando las dosis $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{2}$ tab. Al día). Por lo que refiere la esposa, la persona presentaba buen control de la enfermedad, buen desempeño en su trabajo. En el año 2000 presenta aumento en la rigidez por el cual requiere aumento constante de la dosis de levodopa. 2003 se decide realizar colocación de Neuroestimuladores, cirugía realizada en el Hosp. 20 de Nov. Continúa con el mismo tratamiento, la persona presentó mejoría importante en la sintomatología de Parkinson, lo cual duró hasta 2006, posterior a eso la persona tiene problemas con las baterías del mismo, para esa época ya no contaba con ISSSTE así que no pudo cambiar la batería del estimulador, permanece sin asistencia médica durante 2 años. Siguió con Tx. de Levodopa (ajustado por él mismo). Acude a valoración NL 2007 en H. Gral. De México en donde se indica necesidad de cambio de batería pero por la

dificultad económica se opto por continuar Tx. Farmacológico, a mediados 2007 se retira estimulador debido a Neuroinfección sin complicaciones y sin secuelas. Permanece 8 meses sin supervisión médica pero aparentemente continua con Tx. de levodopa y sin supervisión médica de manera periódica.

Acude el 18-11-09 al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el servicio de urgencias por mal manejo de tratamiento aumentando la rigidez generalizada indicando que tiene mucho dolor en todo el cuerpo, responde ante estímulos verbales, al inicio contesta de manera concreta pero monótona a las preguntas, temblor fino en miembros, disminución de mímica facial o gesticulación con trastornos de habla de volumen muy disminuido, velocidad y tono bajo. Al principio de la entrevista cooperador pero conforme esta avanza se observa mas negativista, respondiendo casi con la misma frase a todas las preguntas “tengo Parkinson, estoy rígido”. El familiar refiere que inicia cuadro hace 20 días posterior al aumento en la ingesta de levodopa, presenta conducta agresiva rompiendo objetos en su casa, ideas delirantes de daño, agresividad física heterodirigida principalmente a los familiares y alteraciones en el sueño-vigilia.

Concluyendo al ingreso del Sr. Leopoldo al servicio de Neuropsiquiatría con impresión diagnóstica de síntomas psicóticos secundarios al uso de medicamento reportando signos de T/A: 120/70, FC: 74x', Fr:18x', Temp:36.7°.

Actualmente se encuentra negativista a la ingesta de alimentos, distonías en pico de dosis de medicamento, la mayor parte del tiempo postrado en cama, demandante de atención, refiere que no puede levantarse que requiere ayuda para sentarse y caminar, cuestiona acerca de los medicamentos ya que quiere más dosis de levodopa y que se le den antes del horario indicado, sin presentar alucinaciones y sin ideas de daño, con ánimo triste, ansiedad, apático, adinámico así como de mencionar que no ha evacuado en los últimos días.

2.2 VALORACIÓN

Ficha de identificación

Nombre: José Leopoldo G. S.

Dirección: Texcoco Edo. de México

Edad: 51 años

Fecha de nacimiento: 5 de julio de 1959

Estado civil: Casado

Lugar de nacimiento: México D.F.

Sexo: Masculino

Religión: Católico

Educación: Licenciatura en Biblioteconomía

Ocupación: Hogar

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos de independencia. El Sr. Leopoldo se encuentra alerta, su frecuencia respiratoria oscila entre los 18 y 22 respiraciones por minuto, estas son rítmicas y regulares en profundidad, frecuencia cardíaca oscila entre 68 y 88 latidos por minuto, ruidos cardíacos rítmicos aparentemente sin alteración.

Datos de dependencia. No se identificaron

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos de independencia. Cuenta con todos sus piezas dentales, mucosa oral hidratada de color rosa claro, su dieta es abundante frutas y verduras, carnes de todo tipo.

Datos de dependencia. Ingiere pocos líquidos 900 ml aprox. De agua al día, en ocasiones refiere cuando tiene debilidad muscular y temblor en manos, le afecta la ingesta de alimentos por el cual requiere ayuda parcial para alimentarse y por ende se torna negativista.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos de independencia. En cuanto a la eliminación vesical no se identificaron alteraciones.

Datos de dependencia. Ligera distensión abdominal, abdomen no depresible, con dolor y gases intestinales, no evacúa durante 3 días consecutivos, heces duras y secas, refiere padecer de estreñimiento desde hace varios años el cual se ha exacerbado al estar tiempo prolongado en cama.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

Datos de independencia. Fuerza muscular generalizada 4/4 realiza movimientos sencillos.

Datos de dependencia. Bradicinesia (lentitud de movimiento), Rigidez muscular en particular de grandes articulaciones y Temblor fino tiende a disminuir o desaparecer con movimientos intencionados.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos de independencia. La mayor parte del día se mantiene despierto en algunas ocasiones muy esporádicas se encuentra bajo sueño fisiológico pero responde perfectamente a estímulos verbales.

Datos de dependencia. Insomnio, periodos de irritabilidad y ansiedad.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Datos de independencia. No identificados.

Datos de dependencia. Rigidez muscular, temblor y debilidad muscular, se le dificulta vestirse por sí solo y requiere apoyo parcial para colocarse la pijama del hospital.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos de independencia. Presenta temperatura corporal que oscila entre los 36.5°C y 37°C, su habitación se mantiene con buena ventilación e iluminación.

Datos de dependencia. No se identificaron.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE PIEL

Datos de independencia. Su higiene bucal está en buenas condiciones aparentemente, están limpios los dientes sin signos de caries.

Datos de dependencia. Requiere de apoyo parcial para cumplir con esta necesidad así mismo como en el baño, WC. Presenta descamación ligera de piel, cabello reseco ligeramente largo así como uñas de manos.

NECESIDAD DE SEGURIDAD

Datos de independencia. El Sr. Leopoldo refiere conocer las medidas de prevención en caso de desastre. Vive en casa de tabique y loseta, las escaleras cuentan con barandal de protección.

Datos de dependencia. No conoce ejercicios pasivos y posturales como técnicas para caminar que le ayuden a mejorar la marcha así como la utilización de dispositivos auxiliares.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Datos de independencia. Mantiene buena comunicación con su familia y personal del hospital aunque con el paso de los días se observó deteriorada.

Datos de dependencia. Debilidad muscular afecta al habla de volumen disminuido, tono bajo y velocidad, dificultad para articular palabras complejas. El temblor fino de manos le dificulta la escritura.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Datos de independencia. El Sr. Leopoldo es católico, considera que el cree en un ser superior.

Datos de dependencia. No se identificaron.

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

Datos de independencia. Anteriormente trabajaba en una biblioteca, al inicio del padecimiento el Sr. Leopoldo presentaba buen control de la enfermedad y logro incorporarse nuevamente en sus actividades diarias.

Conforme la progresión de alteración de movimiento y temblor, cambio el rol de su trabajo, en la actualidad ayuda en atender la tienda de miscelánea que tiene su familia.

Datos de dependencia. No se identificaron.

NECESIDAD DE RECREACIÓN

Datos de independencia. En algunas ocasiones acepta escuchar un poco de música o ver televisión.

Datos de dependencia. No participa en ninguna actividad recreativa que le agrade, pero refiere que le gusta leer. La mayor parte del día se torna aislado y apático.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia. El Sr. Leopoldo sabe leer, tiene buena memoria y estudio la Lic. En Biblioteconomía, además se interesa por saber acerca de su enfermedad.

Datos de dependencia. Sus síntomas psicóticos fueron secundarios al abuso de de ingesta del medicamento y durante el turno se torna con conducta demandante de atención en aumento de dosis del medicamento y hora.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
Movilidad y Postura	<p>Deterioro de la movilidad física R/C déficit neuroquímico cerebral de dopamina M/P afección progresiva de la movilidad y estabilidad física, rigidez muscular y temblor involuntario.</p> <p>Riesgo de síndrome de desuso R/C inmovilidad.</p>
Seguridad	Riesgo de lesiones R/C inestabilidad postural y rigidez muscular.
Nutrición e hidratación	Dificultad para la alimentación R/C alteración del sistema extrapiramidal M/P temblor en manos, el cual lo incapacita para llevar la comida a la boca.
Eliminación	Estreñimiento R/C tiempo prolongado en cama M/P disminución del patrón de eliminación fecal, logrando evacuar en ocasiones heces duras, secas, además de dolor, distensión abdominal e ingesta de líquidos.
Vestirse y desvestirse	Dificultad para vestirse y desvestirse R/C rigidez y temblor involuntario M/P incapacidad para colocarse el pijama.

<p>Higiene y protección de piel</p>	<p>Riesgo de deterioro en la integridad cutánea R/C movilidad disminuida y presión sobre los tejidos.</p> <p>Dificultad para llevar a término su Higiene/baño R/C deterioro de las funciones motoras M/P alteración de la movilidad, para lavarse y trasladarse al cuarto de baño.</p> <p>Dificultad para el uso del WC R/C deterioro de las funciones motoras M/P incapacidad para trasladarse al WC, así como para sentarse o levantarse del mismo y manipular la ropa.</p>
<p>Comunicación</p>	<p>Deterioro de la comunicación verbal R/C debilidad muscular y alteración de la conducción neuronal M/P habla dificultosa, monótona, tono bajo.</p>
<p>Descanso y sueño</p>	<p>Alteración del patrón de sueño R/C inmovilidad o actividad disminuida M/P insomnio, irritabilidad, ansiedad.</p>
<p>Recreación</p>	<p>Dificultad para realizar actividades recreativas R/C alteración de la movilidad física M/P aislamiento y apatía.</p>
<p>Aprendizaje</p>	<p>Falta de conocimiento R/C el tratamiento para Enfermedad de Parkinson M/P demandante de atención en dosis y hora del medicamento.</p>

2.4 PLANEACIÓN

1. Deterioro de la movilidad física R/C déficit neuroquímico cerebral de dopamina M/P afección progresiva de la movilidad y estabilidad física, rigidez muscular y temblor involuntario.

Resultados esperados. El Sr. Leopoldo mantendrá un programa de ejercicios para aumentar el vigor muscular, mejorar la coordinación y deambulación. Deberá identificar los factores que aumenten el temblor.

Fundamentación.

El movimiento y la postura están regulados por el sistema nervioso central, el área principal del movimiento voluntario localizado en la corteza cerebral es la vía motora.

Un impulso sale de la médula espinal a través de los nervios motores y viajan a través de estos hasta los músculos, en los que se producen el movimiento.

La transmisión del impulso desde el sistema nervioso hasta el sistema músculo esquelético es un proceso electroquímico que requiere de un neurotransmisor, estas sustancias químicas como la acetilcolina y dopamina transfieren los impulsos eléctricos a través de la unión neuromuscular hasta el músculo generando movimiento. La deficiencia de estos neurotransmisores alteran en el control de la postura, sostén y movimiento voluntario.

La lesión de cualquier componente del SNC que regula el movimiento voluntario tiene como resultado la falta de alineamiento y movilidad corporal así como de movimientos involuntarios.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Observar la función motora y la fuerza en manos, brazos y piernas.	Esta observación nos ayuda a delimitar el tipo de asistencia que necesita el paciente.
Alentar al SR. Leopoldo a que siga	Los ejercicios ayudan aumentar su

<p>programación de ejercicios y fisioterapia cuando tenga mayor capacidad de movimiento y se encuentre menos cansado</p>	<p>vigor muscular, mejorar la coordinación y destreza, tratar la rigidez a evitar contracturas y compensar la falta de movimientos automáticos, evitando que se atrofien los músculos así mismo a favorecer la circulación.</p>
<p>Estimular y enseñar al Sr. Leopoldo que cuando deambule que alargue los pasos, pies separados y marcha talón-dedo del pie, camine balance los brazos.</p>	<p>Los ejercicios posturales y técnicas para caminar con el fin de mejorar la marcha pesada y la tendencia a inclinarse hacia adelante. El balance ayuda a aflojar los brazos y hombros.</p>
<p>Realizar actividades de calentamiento antes de iniciar cualquier ejercicio.</p>	<p>Un periodo de calentamiento o estiramiento previo a los ejercicios permite a los músculos prepararse gradualmente para un trabajo más exhaustivo y evitar lesiones</p>
<p>Enseñar al Sr. Leopoldo sobre el uso de dispositivos auxiliares (silla de rueda o andadera).</p>	<p>Estos aparato sirven de apoyo en la deambulaci3n deben utilizarse correctamente y con seguridad para garantizar su eficacia y evitar lesiones.</p>
<p>Movilizar y evitar que el SR. Leopoldo permanezca en la misma posici3n durante largos periodos de tiempo (cada dos hrs. o tres).</p>	<p>Al movilizar se alivia la presi3n y se permite la entrada de sangre y oxigeno en los capilares. Cambiar de posici3n al paciente evita contracturas por flexi3n com3nmente en la cadera y evitar lesiones por presi3n.</p>

<p>Disminuir los movimientos involuntarios (temblor) con medicamento preescritos: Levodopa cada 2 horas respetando horario.</p>	<p>La levodopa es un medicamento que se transforma en dopamina en el cerebro y sustituye su deficiencia, alivia la rigidez en la mayoría de los pacientes y suele mejorar el temblor algún tiempo, tiene vida media de 60 a 90 minutos, cualquier aspecto que propicie un retraso en la absorción, impide que la levodopa llegue al cerebro, por lo tanto su eficacia disminuye, el uso prolongado del medicamento o dosis altas puede presentar fluctuaciones, fenómeno conocido como periodos de ON-OFF se manifiesta como impredecible periodos de movilidad seguidos de inmovilidad súbito, puede ocurrir de la 2 horas después de haber tomado la levodopa.</p>
<p>Explicar al Sr. Leopoldo sobre la importancia de evitar las situaciones que aumenten el temblor.</p>	<p>El temblor fino disminuye con el reposo y se aumentan con los movimientos bruscos así como se intensifican con el estrés. El estrés puede precipitar un episodio agudo.</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Día con día se valoró la fuerza muscular así como la movilidad del Sr. Leopoldo.	Durante su Hospitalización el Sr. Leopoldo no mostro cambio alguno en lentitud del movimiento y la fuerza. No se observó mejoría pero tampoco deterioro.
Se realizo con ayuda del familiar una serie de ejercicios de amplitud, flexión y extensión una vez durante el turno, diario. Tomando en cuenta cuando presentaba mayor capacidad de movimiento.	Durante las terapias de ejercicios indicados por personal de rehabilitación el Sr. Leopoldo e mostró optimista y le sirvieron para conservar la fuerza y movilidad que aún mantiene.
Se instruyó al Sr. Leopoldo y al familiar sobre el uso de silla de ruedas y andador.	El Sr. Leopoldo utiliza correctamente los dispositivos auxiliares y se observa mejoría en la deambulacion con el andador y técnica de caminar con pasos alargados
Se ministra Levodopa indicados con hora exacta y se orienta sobre la importancia de toma del medicamento con hora y dosis así como efectos secundarios en sobre dosis.	Con ayuda del medicamento posteriormente el Sr. Leopoldo manifiesta mejoría en la rigidez y disminución del temblor sin presentar fenómeno de on-off. Aunque continua demandante de atención sobre anticipar la toma de medicamentos de la hora señalada.
Se aplica técnicas de reducción del estrés: como la respiración profunda y de visualización, cuando el Sr. Leopoldo se observa con estrés.	El Sr. Leopoldo identifica que aumenta el temblor cuando realiza movimientos bruscos y cuando esta estresado. Se observa Disminución cuando está en reposo y aplica relajación.

2. Riesgo de lesiones R/C inestabilidad postural y rigidez muscular

Resultados esperado. El Sr. Leopoldo deberá identificar los factores que aumenten el riesgo de lesión y utilizar medidas de seguridad para prevenirlos.

Fundamentación

Cuando la persona ha estado inactiva crecientes de rigidez y marcha festinante son susceptibles a correr el riesgo de caídas así como el uso de aparatos como sillas de ruedas y andador en el proceso de la habilidad para su uso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Evaluar diariamente las funciones sensoriales y motoras	La valoración constante ayuda identificar posibles riesgos para la seguridad
Asistir al Sr. Leopoldo a deambular y subir o bajar de la cama	El déficit de movilidad y postura, tienen alto riesgo de caídas y por ende son la principal causa de lesiones
Mantener medidas de seguridad cuando el paciente este en cama	Estas medidas ayudan a prevenir una nueva lesión por actividad muscular involuntaria
Informar al Sr. Leopoldo de la necesidad de ayudas específicas para la movilidad como andador o silla de ruedas y el uso correcto	Enseñar al paciente la importancia de dispositivos auxiliares, facilita la adaptación a su uso, aunque puede resultar difícil la adaptación a ellos, las ayudas pueden prevenir lesiones y ofrecer al paciente una sensación de seguridad mientras deambula

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Se evalúa a diario funciones motoras y sensitivas del Sr. Leopoldo	El Sr. Leopoldo requiere mayor asistencia para incorporarse de la cama para sentarse cuando presenta distonías en pico de dosis
Se brindan las medidas de seguridad al deambular y en cama con barandales arriba	El Sr. Leopoldo se mantiene cooperador e identifica las medidas de seguridad y sin presentar lesiones secundarias
Se diestra al Sr. Leopoldo sobre el uso adecuado de andador y silla de ruedas tomando en cuenta, cuando presenta mayor capacidad de movimiento	Durante la hospitalización el Sr. Leopoldo usa de forma correcta el andador y silla de ruedas.

3. Deterioro de la comunicación verbal R/C debilidad muscular y alteración de la conducción neuronal M/P habla dificultosa, monótona y tono bajo.

Resultados esperados. El Sr. Leopoldo establecerá alguna forma de comunicación verbal o no verbal.

Fundamentación

Los trastornos del habla, dificulta la comunicación de las personas con su entorno.

La comunicación es un proceso a través del cual se reciben y transmiten ideas, emociones e información entre grupos de personas. Incluye todos los mecanismos mediante los cuales una persona se relaciona con otra.

El poder comunicarse con los demás es importante en todas las etapas de la vida ya que es un medio para satisfacer otras necesidades; el medio para recibir información del ambiente externo son los sentidos corporales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Valorar la capacidad de comunicación (claridad, volumen y la coherencia de sus ideas)	La identificación de los problemas del habla, es el primer paso en la planificación para establecer la necesidades de comunicación y la rehabilitación
Establecer la intimidad usando unas maneras suaves y tranquilizadoras, el contacto visual y el contacto físico con el Sr. Leopoldo	El déficit de comunicación puede contribuir al aislamiento profundo del paciente. El uso de la comunicación no verbal establece contacto y ayuda a disminuir la ansiedad
Hablar claro y lentamente al Sr. Leopoldo usando frases cortas, no gritarle. Usar explicaciones sencillas y	Las explicaciones rápidas o complejas pueden causar sobrecarga neurosensorial y contribuir a

<p>gestos. Incluir siempre al Sr. Leopoldo en la conversación cuando haya otras personas presentes en la habitación. Evitar responder por él, no usar un lenguaje infantil. Proporcionar medios alternativos de comunicación (pizarra o lápiz y papel) si es necesario</p>	<p>la frustración del paciente. La audición generalmente no está afectada y gritar puede añadir tensión, al déficit existente. Responder por el paciente, hablar como si no estuviera o usar terminología infantil es humillante para el paciente y contribuye a su sensación de impotencia. Puede ser necesarios medios alternativos de comunicación mientras el paciente recupera la habilidad verbal.</p>
<p>Promover al Sr. Leopoldo que lea en voz alta como ejercicio físico y verbal</p>	<p>Fortalece sus músculos faciales y mejorar así el lenguaje</p>
<p>Elogiarlo y estimular al Sr. Leopoldo para que continúe con sus esfuerzos para comunicarse, sin reprimirlo y fortalecer la relación enfermera-paciente en todo momento.</p>	<p>El estado en el que una persona experimenta o percibe una necesidad de motivación contribuye a la progresión de rehabilitación y al mantener buenas relaciones y Favorece para disminuir la situación así como anímico del paciente</p>

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Continuamente se valora el tono, claridad y volumen del habla del Sr. Leopoldo	Sr. Leopoldo se observa mejoría en tono y volumen del habla durante su estancia hospitalaria
Al comunicarse con el Sr. Leopoldo se formulan preguntas sencillas, claras y lentamente que nos pueda contestar con un “sí” o “no”	El Sr. Leopoldo mantiene buena comunicación
Se le habla claro y no mostrar prisa para comunicarnos, así como darle oportunidad al Sr. Leopoldo para que intente expresar sus necesidades, dudas o temores	El Sr. Leopoldo demuestra empatía en la relación enfermera-paciente, facilitando la comunicación para expresar sus necesidades
Si el Sr. Leopoldo nos externa un mensaje, se confirma repitiendo lo que se entendió del mismo para saber si se capto el mensaje adecuado	Al confirmar el mensaje el Sr. Leopoldo expresa confianza y disminuyo su ansiedad de comprensión al comunicarse
Se exhorta al Sr. Leopoldo a que realice lectura en voz alta explicándole que le ayudara como ejercicio	El Sr. Leopoldo se observa motivado para realizar lectura por que manifiesta que siempre le ha gustado leer y se observo mejor coherencia al hablar

4. Estreñimiento R/C tiempo prolongado en la cama M/P disminución del patrón de eliminación fecal. Logrando evacuar en ocasiones heces duras, secas, además de dolor, distensión abdominal e ingesta de líquidos.

Resultado esperado. El Sr. Leopoldo mejorará las condiciones de eliminación fecal.

Fundamentación.

El estreñimiento es la disminución de los movimientos intestinales, el desencadenamiento de este varía entre 1 y 4 días, dependiendo del movimiento intestinal que sea normal para el paciente. Si la masa fecal se endurece y se seca el paciente es incapaz de eliminarla, produciendo imputación fecal.

En el estreñimiento existe una pérdida en el ritmo de evacuación en muchas ocasiones relacionado con la alteración de la movilidad, ya que esta disminuye los movimientos intestinales, ocasionando así que los alimentos pasen mayor tiempo en el colon descendiente y se absorba mayor cantidad de líquidos en el mismo, mientras más tiempo pasen ahí las heces serán más duras y secas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Realizar ejercicios en cada cuadrante abdominal, del paciente. De forma circular en sentido de la manecillas del reloj.	Los ejercicios abdominales favorecen la actividad intestinal y por consecuencia la defecación.
Sugerir al profesional de la salud correspondiente que la dieta del paciente sea rica en fibra.	Una alimentación equilibrada y rica en fibra, favorece la actividad peristáltica y la evacuación regular. La fibra aumenta la motilidad intestinal, ayuda a crear una masa fecal voluminosa, que pasa con más

	facilidad.
Movilizar al Sr. Leopoldo considerando sus limitaciones. Y verificando si no hay contraindicación.	Movilizar al Sr. Leopoldo favorece la actividad de la masa muscular del abdomen, estimula el peristaltismo.
Ministrar laxantes indicados Milpar 10 ml c/12 hrs Supositorio de glicerina PRN	Los laxantes ayudan a eliminar obstrucciones de la parte alta del colon. Aunque un uso prolongado puede provocar hábito y reducir la sensación de defecar, por ello es importante suspenderlos cuando el paciente ha estabilizado su patrón para defecar.
Desimpactar al Sr. Leopoldo, para deshacer grandes masas de heces duras.	Esta actividad ayuda al Sr Leopoldo cuando las heces son excesivamente duras y ocasionan dolor abdominal. Después de desimpactar, el paciente logra evacuar.
Cuestionar al Sr. Leopoldo acerca de sus patrones de evacuación previos a la hospitalización.	Esta información es de gran ayuda para el profesional de enfermería, ya que nos indica si el Sr. Leopoldo ha tenido problemas al evacuar anteriormente.
Recordar al Sr. Leopoldo la importancia de beber agua a lo largo del día.	Un aporte hídrico adecuado, ayuda a mantener la consistencia de las heces en el intestino, además de estimular con regularidad las evacuaciones.

<p>Valorar el estado del abdomen, para detectar distensión o borborigmos.</p>	<p>La disminución de la movilidad gastrointestinal puede producirse por estrés, inmovilidad o efectos de algún medicamento.</p> <p>Por otra parte los borborigmos nos indica la recuperación del peristaltismo.</p>
<p>Respetar la intimidad del Sr. Leopoldo cuando intente la eliminación.</p>	<p>La intimidad del Sr. Leopoldo y la sensación de normalidad que se le pueda proporcionar favorecen la relajación y facilita la defecación.</p>

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
<p>Se instruyo al familiar para que realizara ejercicios abdominales al Sr. Leopoldo, además se comento con el médico sobre la dieta así que se indico rica en fibra, así como un laxante.</p>	<p>Estas medidas se realizaron durante dos días, pero no se obtuvieron resultados favorables para el Sr. Leopoldo.</p>
<p>Se colocó supositorio de glicerina para que el Sr. Leopoldo lograra evacuar y posteriormente se desimpactó ya que la evaluación no fue completa.</p>	<p>Después de colocar el supositorio el Sr. Leopoldo logro evacuar aunque no del todo, se decidió desimpactar al paciente porque al día siguiente presento distensión abdominal y dolor lo cual cedió después de la maniobra. Se permitió al Sr. Leopoldo consumir los productos naturales que desde hacía un tiempo consumía para regular su función intestinal.</p> <p>El Sr. Leopoldo siguió con estreñimiento aunque menos constante.</p>

5. Dificultad para la alimentación R/C alteración del sistema extrapiramidal M/P temblor en manos, el cual lo incapacita para llevar la comida a la boca.

Resultado esperado. El Sr. Leopoldo demostrara adaptación a la incapacidad presente y logra alimentarse sin ayuda.

Fundamentación.

El concepto de autocuidado pone como relieve el derecho de cada persona de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida; implica animar y enseñar a que el paciente haga sus propios planes.

La asistencia que necesita cada paciente para alimentarse depende de sus limitaciones físicas y mentales, los pacientes con movimientos involuntarios requieren de asistencia frecuentemente ya que no pueden controlar el temblor de sus manos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Procurar que el entorno sea agradable y proporcionarle a la persona el tiempo necesario.	Un lugar agradable y cómodo a la hora de la comida motiva al paciente a alimentarse, además es necesario que se tome el tiempo que se necesite para realizar esta necesidad, sobre todo si presenta dificultad para esta. Procurar que el tiempo de tomar alimentos sea agradable buscando un tema de conversación que le interese al paciente, puede mejorar también su estado de ánimo.
Mantener a temperatura ambiente los	Siempre que ayudemos a un

alimentos.	paciente a comer debemos preguntarle por qué alimento quiere comenzar, pero además debemos informarle a que temperatura se encuentran los alimentos (fríos, calientes o tibios) para que el paciente elija a su gusto.
Proporcionar solo la ayuda necesaria para la degustación.	<p>Permitir que el Sr. Leopoldo participe en su necesidad de alimentarse, favorece su independencia y ayuda en su autoestima.</p> <p>Aunque debemos aprender a identificar sentimientos de apuro, resentimiento y pérdida de autonomía en paciente que no pueden comer por ellos mismos; ya que para algunas personas resulta deprimente comprobar que necesitan ayuda para comer y sienten que son una carga.</p> <p>Por ello, es importante que la enfermera jamás se note molesta, impaciente al darles de comer, se debe mostrar paciencia y hacer sentir al paciente que dispone del tiempo necesario.</p>
Proporcionar babero y botellas de cuello largo o popotes. Utensilios adecuados.	Esto favorecerá al Sr. Leopoldo que tiene dificultad para llevarse la comida del utensilio a la boca, evitando que tire la comida fuera de

	este. Además estos objetos le ayudan a realizar la actividad con mayor seguridad y permiten ingerir los alimentos con menor esfuerzo y riesgo de derramarlos, permitiendo la independencia del paciente.
Ayudar al Sr. Leopoldo a colocarse en posición cómoda.	Los pacientes con alteraciones en la movilidad requieren ayuda para sentarse ya que no pueden realizarlo por sí mismos.
Ayudar al Sr. Leopoldo a abrir envases, o cortar carnes.	Se debe proporcionar al Sr. Leopoldo la ayuda necesaria durante la hora de la comida, si la conserva movilidad se debe estimular dejando que participe a su alimentación dentro de sus limitaciones.

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
Se proporcionaron las medidas necesarias del Sr. Leopoldo para que pudiera alimentarse por sí misma, su familia trajo varios objetos adaptables para cubrir hasta necesidad.	El Sr. Leopoldo logro alimentarse por sí misma, la presencia de su familia le favoreció demasiado para el logro de esta actividad.

6. Dificultad para llevar a término su higiene/baño R/C deterioro de las funciones motoras M/P alteración de la movilidad, para lavarse y trasladarse al cuarto de baño.

Resultado esperado. El Sr. Leopoldo seguirá participando durante el aseo personal.

La familia demostrara en un mes haber adquirido la habilidad y conocimiento para suplir las actividades proporcionadas por las enfermeras durante su estancia en el hospital, para brindar bienestar y mejor calidad e vida al Sr. Leopoldo.

Fundamentación.

Las personas son responsables de su propia salud, el conocimiento acerca de cómo cuidarse aumenta la capacidad y confianza en las mismas. El personal de enfermería debe proporcionar ayuda al paciente de acuerdo a sus limitaciones, de tal forma que se pueda intervenir totalmente cuando el paciente es dependiente en todos los aspectos, en algunas ocasiones los pacientes pueden realizar algunas actividades o colaborar en ellas y es importante que se le permita participar y solo vigilarlo cuando tiene la capacidad de cuidarse por sí mismo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Mantener la temperatura del agua como el Sr. Leopoldo lo prefiera.	Los pacientes con alteraciones neurológicas, en ocasiones manifiestan pérdida de la sensibilidad por lo que la enfermera debe preguntar la temperatura del agua que le gusta al bañarse para prepararla. Si el Sr. Leopoldo tiene oportunidad de ducharse en el cuarto de baño

	debe vigilarse para evitar complicaciones como quemaduras.
Proporcionar intimidad durante el baño.	<p>Las personas hospitalizados se sienten despojados, avergonzados, incómodos y angustiados desde su ingreso al hospital ya que se les retiran todas sus pertenencias y en un instante todo cambia para ellos de estar en su hogar y sentirse seguros a un sitio desconocido. Procurar guardar su intimidad es muy importante, proporciona seguridad y comodidad.</p> <p>La enfermera siempre debe guardar respeto a los pacientes sin juzgar, ni cuestionar sus creencias.</p>
Observar el estado de la piel de la persona durante el baño.	La ducha es un buen momento para valorar la piel del paciente en busca de lesiones, cambios de color y humectación.
Proporcionar al equipo de baño y mantenerlo a su alcance.	La incapacidad para el autocuidado produce sentimiento de dependencia y un deficiente autoconcepto. Al aumentar la capacidad de autocuidado, también aumenta el autoestima del paciente. Mantener cerca los objetos que el paciente utiliza favorece su participación en actividades que puede realizar con vigilancia.

<p>Enseñar al familiar el baño en regadera con la utilización de silla de baño para que lo realicen en su domicilio.</p>	<p>Es de gran importancia para la familia y el paciente aprender actividades que la enfermera realiza. Una vez que el paciente se va de alta se debe seguir los mismos cuidados en su domicilio; si el paciente no puede cuidarse por si mismo necesitaría ayuda de algún familiar, por ello se les debe instruir, permitirles participar en actividades dirigidas a preservar el bienestar del paciente, así como aclarar dudas relacionadas con cuidados que proporcionaran.</p>
--	--

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
<p>Se asiste en el traslado al cuarto de baño al Sr. Leopoldo con ayuda de silla de baño, se le proporcionaba todo el equipo para el baño.</p> <p>Durante el baño se permitió la participación del familiar que mayor tiempo pasara con la persona, para que realizara la actividad en su domicilio.</p>	<p>El Sr. Leopoldo siempre participó en su aseo personal, dentro de sus capacidades, en ocasiones opinando acerca de un tipo de shampoo, aceptando la temperatura del agua, y lavándose hasta donde alcanzaba.</p> <p>Su esposa aprendió perfectamente como movilizar al Sr. Leopoldo durante el baño, cómo realizarlo, humectar la piel, en si participó en todos los cuidados que se le proporcionaban al paciente, aclarando dudas.</p>

7. Dificultad para el uso de WC R/C deterioro de las funciones motoras M/P incapacidad para trasladarse al WC, así como para sentarse o levantarse del mismo y manipular su ropa.

Resultado esperado. El Sr. Leopoldo mostrará la capacidad para hacer uso de aparatos adaptativos que faciliten la eliminación vesical e intestinal.

Fundamentación.

La capacidad de moverse libremente, sin dificultad, de forma rítmica y voluntaria en un aspecto fundamental de la vida. Necesitamos movernos para conseguir alimentos, agua y satisfacer otras necesidades bastante importantes como la eliminación intestinal y vesical. La movilidad es vital para la autonomía e independencia de la persona. Una persona inmovilizada es vulnerable y dependiente y habrá que modificar su estilo de vida de acuerdo a las condiciones actuales de cada persona.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
<p>Insistir al SR. Leopoldo para que utilice objetos adaptativos (silla de ruedas, pato, silla de baño) para aumentar la independencia y seguridad.</p>	<p>Estas medidas pueden reducir los sentimientos de vergüenza asociada a la ayuda para usar retrete.</p> <p>Sin embargo siempre es importante pensar en el lugar del paciente, y tratar de entenderlo, sobre todo cuando lleva una vida aparentemente normal y de repente la enfermedad lo cambia todo.</p> <p>Lograr que le Sr. Leopoldo utilice algún objeto adaptativo depende del nivel de cada persona, la enfermera debe mostrar paciencia para que el</p>

	paciente utilice accesorios sustituidos para cubrir una necesidad que anteriormente realizaba sin ayuda de nadie.
Proporcionar supervisión y ayuda necesarias para que la persona se adapte a los aparatos.	Cuando el Sr. Leopoldo acepta el uso de objetos adaptativos se les debe explicar antes como hacerlo, y vigilar durante su ejecución para evitar lesiones.

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
Se instruyó al familiar para la colocación del pato y cómodo a la persona. Aunque la enfermera realiza habitualmente esta función es importante involucrar a los familiares para que posteriormente realicen estas actividades en casa.	Al Sr. Leopoldo no le agrada la idea de usar aparatos adaptativos para la necesidad de evacuar; pero no resistió a utilizarlo después de explicarle las circunstancias, siempre se mantuvo con respeto la intimidad de la persona.

8. Dificultad para vestirse y desvestirse R/C rigidez muscular y temblor en manos M/P incapacidad para colocarse el pijama de hospital.

Resultado esperado. Que el Sr. Leopoldo participe en la colocación de prendas de vestir y arreglo personal de acuerdo a sus capacidades.

Fundamentación.

La dificultad para moverse limita a las personas para la realización de actividades de la vida diaria, además las mantiene dependientes de otras personas que se encarguen de su cuidado. Cuando una persona es independiente se encarga de sí misma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Aplicar diario desodorante y crema en todo el cuerpo.	El arreglo personal del paciente es importante para mejorar la apariencia del paciente, además ayuda en a mantener su piel humectada y ayuda en su autoestima.
Proporcionar ayuda al Sr. Leopoldo para colocarse la pijama de hospital.	Cuando el Sr. Leopoldo presenta dificultad para vestirse, se debe proporcionar la ayuda necesaria, sin olvidar sus capacidades.
Reconocer los logros del Sr. Leopoldo.	Esto es muy importante para el Sr. Leopoldo, le sirve como estímulo para seguir participando en su recuperación. Se deben reconocer los logros del paciente, pero no sólo en esta actividad sino todo aquello que él intente realizar.

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
Posterior a la ducha se ayudaba al Sr. Leopoldo a colocarse el pijama del hospital.	El Sr. Leopoldo siempre mostró interés en su arreglo personal y participó en la colocación de su pijama dentro de sus capacidades.

9. Alteración del patrón del sueño R/C inmovilidad o actividad disminuida M/P insomnio, irritabilidad y ansiedad.

Resultados esperados. El Sr. Leopoldo deberá describir los factores que previenen e inhiben el sueño, identificar las técnicas para inducir el sueño y poner de manifiesto un equilibrio óptimo entre el reposo y la actividad.

Fundamentación.

El sueño es un proceso de restauración y recuperación que facilita el crecimiento celular y la respiración de los tejidos corporales dañados por la edad.

La alteración en el patrón de sueño es el estado en el que un individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio o calidad de su patrón de sueño correspondiente a sus necesidades biológicas y emocionales.

En la vida del individuo existen factores que pueden contribuir como: Fisiopatologías (transporte de oxígeno, eliminación, metabólicos, etc), de Situación (inmovilidad, falta de ejercicios, trastornos en el estilo de vida, ansiedad, cambios ambientales, medicamentos, etc).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
Establecer y respetar un horario para dormir y descansar, evitar permanecer demasiado tiempo en cama.	El dormir en exceso es un factor que produce un sueño fragmentado y superficial. La cantidad de sueño y la capacidad de quedarse dormido y permanecer dormido durante un periodo suficiente de tiempo, constituye un indicador de la salud fisiológica, psicológica y espiritual del individuo.
Reducir o eliminar las distracciones ambientales e interrupciones del sueño.	El ruido, la iluminación permanente y las interrupciones como los procedimientos innecesarios durante

	<p>el periodo de sueño son factores estresantes y de ansiedad que alteran el patrón de sueño.</p> <p>La privación moderada de sueño puede producir conductas de huida, depresión, apatía, irritabilidad, confusión, y hasta alucinaciones.</p>
<p>Aumentar las actividades del día según resulte indicado.</p> <p>Establecer un programa de actividades diarias (caminar, fisioterapia). Limitar la cantidad y duración del sueño durante el día.</p>	<p>La inmovilidad o actividad disminuida son factores causales y concurrentes. Al mantener activo al paciente lo estimula para estar despierto y le ayudara a no interferir con el sueño y patrones de descanso normales.</p>
<p>Proporcionar medidas de comodidad para inducir al sueño como: técnicas de relajación, ropa limpia, ejercicios ligeros, material de lectura.</p>	<p>El adulto necesita aproximadamente 20 minutos para quedarse dormido. Al utilizar estas medidas de comodidad ayudaran al paciente para disminuir en el tiempo para inducir el sueño y el estado anímico.</p>

EJECUCION	EVALUACIÓN
<p>Se mantiene al Sr. Leopoldo la mayor parte del turno estimulado a permanecer fuera de cama en la silla de ruedas o reposit y se establece un horario fijo para dormir.</p>	<p>El Sr. Leopoldo manifiesta que al estar acostado durante el día cuando nota mayor rigidez duerme más tiempo y por lo tanto en la noche refiere insomnio. Se mantiene cooperador al permanecer fuera de cama.</p>
<p>Se proporciona durante el sueño un ambiente sin interrupciones y libre de estímulos para evitar privación moderada de sueño.</p>	<p>Se observa disminución de irritabilidad apatía y ansiedad cuando el Sr. Leopoldo duerme bien.</p>

10. Riesgo de deterioro en la integridad cutánea R/C movilidad disminuida y presión sobre los tejidos.

Resultados esperados. La piel se mantendrá íntegra sin lesiones e infección.

La piel es el órgano más grande del cuerpo, protege el organismo contra pérdidas excesivas de agua y agentes ambientales como virus o bacterias así como en la radiación ultravioleta. La piel regula también la pérdida de calor, sintetiza la vitamina D, excreta sustancias de desecho y toxinas.

La piel también utiliza para la comunicación si se lesiona puede haber ardor, dolor y prurito.

Las personas con alteraciones o deterioro en la movilidad resulta más fácil que aparezcan lesiones en la piel, principalmente si no se tiene especial cuidado en vigilar las características de la piel día con día, así como proporcionar al paciente atención adecuada cuando permanecen tiempos prolongados en cama.

Las personas que no se pueden mover por si mismos requieren ayuda para cambiar de posición, además para tendido de su cama, cambio de ropa y en algunas ocasiones no controlan esfínteres así que pueden permanecer húmedos durante varios periodos si no se les proporciona ayuda; los aspectos antes mencionados favorecieron la aparición de lesiones en piel.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Examinar la piel del Sr. Leopoldo diariamente.	Nos ayuda a identificar si el Sr. Leopoldo tiene riesgo de presentar lesiones en la piel, para reducir el riesgo mediante las intervenciones de enfermería de presentar úlceras.
Valorar el estado de hidratación en la	La disminución de ingesta de líquidos produce deshidratación en

piel del Sr. Leopoldo.	el organismo, lo que ocasiona perdida de humedad en la piel y favorece la lesión de la misma.
Valorar el estado de hidratación en la piel del Sr. Leopoldo.	La disminución de ingesta de líquidos produce deshidratación en el organismo, lo que ocasiona perdida de humedad en la piel y favorece la lesión de la misma.
Humectar la piel del Sr. Leopoldo con crema o aceite después del baño.	Estas sustancias desenvuelven los líquidos y retrasan la perdida de agua en la piel, evitando así que se lesione.
Observar que no existan signos de lesión, como enrojecimiento, cianosis, ampollas o aumento de calor local, al menos una vez al día.	La inspección de la piel es muy importante, para prevenir lesiones, ya que proporciona información esencial, para planear intervenciones que reducen riesgo.
Dar cambios de posición al Sr. Leopoldo por lo menos cada dos horas de manera continuada. Sobre todo si permanece grandes periodos en cama.	El periodo para que se produzca una alteración en el tejido por presión es entre una y dos horas. Cambiar de posición al paciente evita que la piel se lesione. El cambio de posición permite el retorno de la circulación a los tejidos en los que la presión lo ha evitado.
Realizar el tendido de cama evitando dejar pliegues.	Los movimientos voluntarios e involuntarios, realizados por los pacientes pueden provocar lesiones en piel, especialmente en codos y talones. El tendido de cama sin

	pliegues disminuye la fricción entre la piel y la ropa de cama evitando lesiones.
Ayudar al Sr. Leopoldo en su caso diario, manteniendo la piel limpia y seca.	Se debían retirar diariamente los desechos metabólicos y los contaminantes del medio ambiente acumulados en la piel para mantenerla en buen estado.
Evitar que la ropa de cama o pijama de la persona estén húmedas.	La humedad puede causar reblandecimiento de la piel y lesionarla, favoreciendo la proliferación de los microorganismos patógenos.
Proteger las zonas de presión y prominencias óseas con almohadillas.	Es esencial colocar almohadillas en zonas óseas para evitar que la piel sufra lesiones.
Colocar colchón de aire o agua en la cama del Sr. Leopoldo.	El riesgo de desarrollar una lesión en piel, puede evitarse reduciendo la carga mecánica sobre el cuerpo. Esto puede conseguirse utilizando sistemas de reducción de presión como los colchones, que evitan que la piel se desplace por superficies toscas.
Dar masajes en miembros pélvicos.	Ejercitar los miembros inferiores activa la circulación, ya que aumenta la potencia del bombeo muscular en las venas profundas, mejorando el retorno venoso.

<p>Valorar los puntos de presión (omóplatos, talones, codos, sacro y caderas). En cada cambio de postura.</p>	<p>Las prominencias óseas están cubiertas por una piel delgada y grasa mínima, siendo las áreas más susceptibles a la abrasión de la piel por la presión.</p>
<p>Recordarle al Sr. Leopoldo la importancia de mantener una alimentación e hidratación óptimas.</p>	<p>Una alimentación e hidratación insuficientes reducen la circulación y aumentan la pérdida de tejido protector.</p>
<p>Evitar arrastrar al Sr. Leopoldo en la cama.</p>	<p>Las úlceras por fricción se producen cuando la piel se desolara a través de una superficie tosca, como la ropa de cama, las lesiones se pueden evitar utilizando técnicas para mover al paciente.</p>
<p>Evaluar el estado nutricional del paciente con ayuda del nutriólogo.</p>	<p>La alimentación en los pacientes hospitalizados es de gran importancia ya que el déficit nutricional se considera un factor de riesgo para desarrollar úlceras por decúbito. A la nutrición deficiente se asocia la pérdida de peso y atrofia muscular, la reducción de tejido subcutáneo y muscular; también disminuye el efecto de almohadilla entre la piel y las prominencias óseas, aumentando el riesgo de presentar úlceras por decúbito.</p> <p>Por ello es muy importante que el paciente ingiera la dieta adecuada y mantenga un IMC óptimo en cuanto</p>

	al peso y talla.
--	------------------

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
Durante la ducha diaria se observa la piel, posteriormente se hidrata y se proporciona masaje comenzando por los miembros pélvicos.	El Sr. Leopoldo mantuvo su piel hidratada durante el tiempo de su hospitalización.
Se le dieron cambios de posición 2 a 3 veces durante el turno colocando almohadillas en los puntos de presión.	Los cambios de posición y la protección con almohadillas ayudaron a no presentar lesiones de la piel y a sentirse cómoda.
Se le colocó colchón de aire a la cama y se procuró el tendido sin pliegues.	Se logró que el Sr. Leopoldo no presentara lesiones de piel durante su estancia hospitalaria.

11. Riesgo de síndrome de desuso R/C inmovilidad.

Resultado esperado. Procurar que le Sr. Leopoldo no presente complicaciones por disminución de la movilidad.

Fundamentación.

La inmovilidad es la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por un deterioro de las funciones motoras. Es aguda si por lo menos pasan tres días y el paciente permanece en cama o con una vida de cama-sillón y constituye una real emergencia, pues se ha comprobado que existe una mortalidad de 33% a los tres meses y del 58% al año de persistir la condición descrita anteriormente. Los pacientes que permanecen la mayor parte del tiempo en cama presentan deterioro progresivo de todos los órganos principalmente los blancos (corazón, pulmones, riñón y cerebro).

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Explicar al Sr. Leopoldo los efectos de la inmovilidad de los sistemas.	El conocimiento de la situación actual ayuda al Sr. Leopoldo a cooperar para reducir la inmovilidad y participar en las intervenciones.
Fomentar la función respiratoria. Cambiar de posición al Sr. Leopoldo, estimular la respiración profunda, fomentar el uso del espirómetro cada hora.	La inmovilidad favorece al acumulo de secreciones y posiblemente neumonía o atelectasia. Estas medidas ayudan a aumentar la expansión pulmonar y la capacidad para eliminar secreciones.
Explicar la importancia que tiene moverse dentro de sus limitaciones.	La actividad en la defecación al mejor al tono muscular y estimular el apetito y el peristaltismo.
Fomentar factores que contribuyen a la	Todas estas acciones favorecen al

<p>defecación, como; dieta rica en fibra, beber líquidos y simular un ambiente cómodo.</p>	<p>proceso de defecación, ya que la fibra absorbe líquido, esto ayuda a mantener la materia fecal suelta y previene el estreñimiento.</p> <p>La fibra soluble regula el nivel de azúcar en la sangre, ayuda al cuerpo a digerir mejor las grasas y reduce el nivel de colesterol.</p> <p>La fibra también controla el peso puesto que no tiene calorías y hace que uno se sienta satisfecho. Acelera el avance de los alimentos que pasan a lo largo del aparato digestivo y permite que la evacuaciones intestinales sean regulares. Facilita el peso de la heces fecales mantiene los músculos intestinales en buena condición y evita la lentitud que ocasiona que la heces permanezcan en el colon durante periodos prolongados.</p> <p>Las dietas pobres en fibra contribuyen a padecimientos de trastornos intestinales como estreñimiento, hemorroides y divertículos, pues las heces permanecen mucho tiempo en el colon endureciéndose y predisponiendo al cuerpo a acumular toxinas. La fibra actúa</p>
--	---

	<p>como un cepillo realizando una acción laxante y depurativa, haciendo limpieza de aditivos, colorantes, residuos y toxinas.</p> <p>Beber de 6-8 vasos (1500-2000 ml. aprox.) de agua al día, es importante ya que la fibra absorbe agua. Las cantidades adicionales de ésta son útiles para empujar la fibra a lo largo de todo su trayecto.</p> <p>La privacidad de la persona es muy importante para que se sienta confiado al evacuar.</p>
<p>Instaurar medidas para evitar úlceras por presión.</p>	<p>La persona inmovilizado está en riesgo de padecer úlceras por presión. Evitar la presión prolongada evita la presencia de úlceras.</p>
<p>Observar si existe eritema y palidez, al palpar la piel.</p> <p>Aplicar un suave masaje cuando se le cambie de posición.</p>	<p>El eritema la palidez de piel, son signos iniciales de hipoxia tisular, el masaje intenso puede lesionar capilares, pero el masaje suave estimula la circulación local.</p>
<p>Recomendar al Sr. Leopoldo el uso de medias de compresión o vendaje. Y levantar la piesera y la cabecera de la cama en periodos.</p>	<p>Las mallas elásticas reducen la acumulación venosa sobre la pierna, aumentan el riesgo de las venas más profundas, al disminuir el calibre de las venas superficiales.</p> <p>Por otra parte la inmovilidad reduce el retorno venoso y aumenta la presión intravascular que contribuye</p>

	a la estasia venosa y tromboflebitis.
<p>Recordar al Sr. Leopoldo no usar almohadas debajo de las rodillas.</p> <p>Cambiar de posición, mover las extremidades con ayuda; además de movilizar los dedos de manos y pies.</p>	<p>Si se colocan almohadas bajo las rodillas o estas permanecen en flexión por tiempos prolongados, se dificulta el riego venoso.</p> <p>Los ejercicios fomentan el bombeo muscular en las venas profundas.</p>
Realizar ejercicios de amplitud de movimiento, apoyar extremidades en almohadas para el edema.	Las articulaciones que nos e ejercitan con amplitud de movimientos pueden presentar contractura, ya que los músculos flexores son más fuertes que los extensores.
<p>Tomar medidas para mantener una adecuada alineación corporal de la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitando periodos prolongados en decúbito en la misma posición. • Cuando la persona esté en decúbito lateral colocar una almohada entre las piernas, desde la ingle hasta el pie, otra en la espalda y en la extremidad superior que rosa con el colchón de cama. 	<p>Evitar periodos largos en una misma posición contracturas por flexión de cadera.</p> <p>La colocación de almohadas evita la rotación interna y la aducción del fémur y el hombro e impiden la caída del pie.</p>
Vigilar la aparición de signos de hipercalcemia. (Aumento en la concentración de calcio, náuseas,	La falta de movimiento y el soporte de peso, provoca destrucción ósea causa liberación de calcio a la

vómito, polidipsia, poliuria, letargo).	sangre originando hipercalcemia.
Recordar al Sr. Leopoldo la importancia de ingerir líquidos.	La hidratación óptima reduce la coagulación de la sangre, aclara las secreciones para facilitar su expectoración evitando el crecimiento de microorganismos patógenos; inhibe la formación de piedras y fomenta la filtración glomerular de los residuos corporales.

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
Se proporciono puñopalmopercusión en los cambios de posición, la ropa de cama así como pijama de hospital se mantuvieron limpias y secas.	El Sr. Leopoldo no presento complicaciones respiratorias, ni alteraciones en la piel durante su estancia en el área de neuropsiquiatría.
Se colocó vendaje de espiga en miembros inferiores, y se realizaron ejercicios de amplitud, flexión y extensión de extremidades cuando fue oportuno 1 vez en el turno.	El vendaje favoreció la circulación sanguínea evitando zonas de isquemia y por consiguiente lesión en piel. Aunque para evaluar este resultado se requiere de mayor tiempo, aunque son pocas las posibilidades de que los pacientes con enfermedad de Parkinson recuperen el 100% su movilidad y con ello su condición de vida pasada: ya que es una enfermedad degenerativa progresiva.

<p>Se ofreció dieta abundante en fibra y líquidos libres.</p>	<p>El Sr. Leopoldo siempre manifestó tener problemas de estreñimiento que se agravaron con su hospitalización y el tiempo prolongado en cama, durante su hospitalización se logro que el paciente no presentara complicación evacuando al menos 1 vez cada 2 días.</p>
---	--

12. Dificultad para realizar actividades recreativas R/C alteración de la movilidad física M/P aislamiento y apatía.

Resultado esperado. El Sr. Leopoldo intentara participar en alguna actividad recreativa que pueda realizar de acuerdo a sus capacidades.

Fundamentación.

La recreación es un aspecto importante en la vida de cada persona, ayuda a disminuir las tensiones de la vida diaria y estimula la necesidad de convivir con otras personas. Las personas con alteraciones en la movilidad participan en actividades de acuerdo con sus capacidades y el grado de actividad que las personas realicen en la actualidad tiene que ver con el pasado, la motivación influye en la respuesta del paciente para practicar actividades de su grado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	FUNDAMENTACIÓN.
Analizar gustos y aversiones del Sr. Leopoldo.	Esta valoración puede ayudar a la enfermera a identificar posibles actividades recreativas que el paciente pueda realizar de acuerdo a sus capacidades. (Leer, escuchar música, ejercitar brazos con pelota de esponja, juegos de mesa etc.).
Aconsejar visitas y llamada telefónicas a la persona.	Los visitantes estimulan la interacción social y estimulación mental en los pacientes.
Animar a los familiares a hablar de algunas experiencias.	El inicio de conversaciones corrobora que la persona tiene interés y opiniones así que también se le involucra en temas diferentes a sus preocupaciones.

EJECUCIÓN.	EVALUACIÓN.
Se permito la entrada a tres familiares a la vez no todos los días, así como la introducción de libros o revistas.	El Sr. Leopoldo recibía visitas cuando se sentía bien como para recibirlas y se observa mejoría en el edo. de ánimo y conducta. Durante su hospitalización no realizó ninguna manualidad, le gustaba escuchar música, ver televisión o leer.

13. Falta de conocimiento R/C el tratamiento de Enfermedad de Parkinson M/P demandante de atención y aumento de verbalización en dosis y hora del medicamento.

Resultados esperados. El Sr. Leopoldo deberá participar activamente en los comportamientos sanitarios prescritos, experimentara menos ansiedad, a una pérdida de control, conceptos erróneos o mala información previa. Y deberá describir el proceso de enfermedad causas y factores que contribuyen a los síntomas y procedimientos para el control de la enfermedad o de los síntomas.

Fundamentación.

La falta de conocimientos es el estado en el que el individuo experimenta una deficiencia en el área cognoscitiva o en las habilidades psicomotoras, que altera o puede alterar al mantenimiento de la salud. Diversos factores pueden producir falta de conocimiento como: Fisipatologicos (cualquier situación médica existente o nueva). De Situación (diferencias lingüísticas, tratamiento prescrito, características personales, etc).

La educación sanitaria del paciente es el proceso de enseñanza/aprendizaje para influir en el comportamiento del paciente y familia, por medio de cambios en el conocimiento, actitudes y creencias y por la adquisición de habilidades psicomotoras. No debe esperarse obtener nada más que el cambio en el comportamiento.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Escuchar atentamente transmitiendo empatía y comprensión.	El estado en el que una persona experimenta o percibe una necesidad de contar con otras pero es incapaz de establecer ese contacto. Al escuchar a la persona minimiza y favorece a expresar sus

	sentimientos abiertamente al receptor lo que le genera ansiedad y sobre los factores de situación que afectan en su estado de conducta.
Valorar sobre el conocimiento del proceso de la Enfermedad de Parkinson.	El valorar el nivel de conocimiento que tiene el paciente ayudara a la enfermera identificar la necesidad de aprendizaje para planificar la enseñanza.
Enseñar sobre la acción y efectos secundarios que producen la ministración de Levodopa.	El conocimiento sobre el tratamiento permitirá al Sr. Leopoldo a que disminuya su edo. de ánimo y a que influya en un cambio de comportamiento, favoreciendo a mejorar actitudes y creencias.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Se establece con el Sr. Leopoldo prácticas con atención trasmitiendo empatía y comprensión.	El Sr. Leopoldo externa abiertamente sus sentimientos durante la conversación manifestando que si le dan más dosis y antes del horario el medicamento se mantendrá con mayor tiempo sin rigidez y temblor.
Se da información general sobre la Enfermedad de Parkinson al Sr. Leopoldo y haciendo hincapié sobre la importancia y el manejo adecuado de dosis y horario del medicamento a si como efectos secundarios.	La información que se le brindo al Sr. Leopoldo fue de mayor interés sobre el medicamento y disipo muchas dudas. Se observa disminución en la actitud demandante de atención pero cuando se acerca la hora del medicamento se torna ansioso.

CONCLUSIONES

Los objetivos planteados fueron cumplidos. Se llevaron a cabo satisfactoriamente una serie de actividades y cuidados encaminados principalmente a favorecer el estado actual del paciente, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y mantener su bienestar.

Por otra parte es importante mencionar que la rehabilitación física del Sr. Leopoldo inicio dentro del hospital con una serie de ejercicios (amplitud, flexión y extensión) con el fin de mejorar y conservar la fuerza muscular, coordinación y habilidades manuales, para que lograra ser lo más independiente posible.

El terapeuta físico aplico técnicas para mejorar la deambulación y la postura, procurando que las articulaciones y músculos no perdieran su movilidad y fuerza, se instruyo al familiar y al Sr. Leopoldo a la utilización correcta de dispositivos auxiliares para el traslado lo cual durante su estancia hospitalaria se mantuvo libre de riesgo de lesiones.

Por medio de una Terapia Ocupacional se adiestro al Sr. Leopoldo para que pudiera realizar sus actividades cotidianas, enseñándole a usar dispositivos auxiliares para la alimentación, higiene personal y eliminación para favorecer su dependencia, toman en cuenta cuando presentaba mayor capacidad de movilidad.

A través de la terapia de lenguaje se enseñó al Sr. Leopoldo para mejorar su comunicación. La psicóloga apoyo tanto a la persona para superar la ansiedad, como a su familia para que comprendiera que estos cambios en el estado de ánimo son causados en gran medida por la enfermedad misma.

Durante la valoración, las necesidades de oxigenación, termorregulación, creencias/valores y trabajo/ realización, no se detectaron alteración, ya que el Sr. Leopoldo se conserva independiente para satisfacerlas.

Cabe destacar que después de todo este proceso el Sr. Leopoldo continúa demandante de atención, por ser una enfermedad crónica degenerativa progresiva, realiza ciertas labores cotidianas, así mismo tener en cuenta que existen trastornos asociados a la Enfermedad Parkinson.

Al implementar el modelo de Virginia Henderson, favoreció en la persona en mantener la capacidad y esfuerzos para conservar y conducir su independencia de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales.

SUGERENCIAS

A través del Proceso de Atención de Enfermería, el profesional de enfermería brinda *cuidados* que es la esencia de la enfermería y tiene como propósito proporcionar atención integral a la persona, familia y comunidad en las diferentes áreas clínicas y niveles de salud.

El proceso de enfermería es una herramienta que aplica el método científico al quehacer profesional. Habilita en la práctica de la enfermería en la resolución del problema de salud y en la planificación del cuidado holístico.

Las etapas del proceso se llevan lógicamente una después de la otra, como base para tomar decisiones sobre las acciones que emprenderá la enfermera, por ser un método sistemático permite jerarquizar prioridades en la identificación de necesidades y elaborar un plan de acción para ayudar a que la persona logre los objetivos, y posterior poner en práctica el plan de acción, es decir; llevar a cabo las medidas específicas (Intervenciones de Enfermería). El proceso es cíclico que permite evaluar y revalorar las intervenciones que puede dar como resultado nueva información que lleve a modificar o establecer nuevamente los resultados esperados, con la finalidad de la recuperación de su enfermedad de la persona y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, R. (2003). Aplicación del proceso de atención de Enfermería, Barcelona; España. MASSON.

Almansa, P. (2000). Metodología de los cuidados de Enfermería, Murcia; España: Diego Marín.

Carpenito, L. (2005). Planes de Cuidado y Documentación Clínica en Enfermería, Madrid; España: McGraw-Hill INTERAMERICANA.

Casa, I (2005). Manual de Neurología. Buenos Aires; Argentina: Grupo Guía.

Colliere, M. (1997). Promover la vida. Madrid

Diccionario de medicina Escasa Calpe, S.A.

Kérouac, S (1996). El Pensamiento Enfermero. Barcelona; España:MASSON.

Kozier, B. (1996). Fundamentos de Enfermería. D.F: Mexico: Interamericana McGRAWHILL.

Series del INNN y colaboradores. (2004). Diagnósticos Neurológicos en Enfermería. México: Primera edición. Editorial patrocinado de PISA.

Guía práctica para pacientes y familiares de INNN (2009). Como vivir con la enfermedad de Parkinson. México: Primera edición. Editorial patrocinado de TEVA Pharmaceutical Industries LTD.

www.innn.salud.gob.mx.

M. Luis. y colaboradores (2008). Diagnósticos Enfermeros. Madrid España: Tercera Edición. Editorial Harcourt Brace.

NANDA 1 (2007-2008) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.
Versión en español. Edición española. Editorial ELSEVIER.

Potter, P.(2004). Fundamentos de enfermería. Barcelana; España: ELSEVIER.

Potter, P.(2004). Guía Clínica de Enfermería Valoración de la Salud. Madrid;
España: Mosby Doyma.

Salcman, M. (1995). Urgencias Neurológicas diagnósticos tratamiento. D.F;
México: Manual Moderno.

Mi, Ja, K. (1997). Diagnostico de Enfermería. Madrid; España: Interamericana
McGraw-Hill.

www.tusalud.com.mx.

GLOSARIO

Actividad tolerancia a la. Ejercicios graduados que incluyen andar, hacer bicicleta y subir escaleras de forma que se adquiera confianza en la fase de convalecencia posterior a una enfermedad; es un aspecto importante de cualquier programa de rehabilitación.

Adaptación. El establecimiento de una relación satisfactoria entre el individuo y su medio ambiente.

Aducción. Movimiento de una extremidad en dirección al cuerpo denominado también abducción.

Afecto. Emoción o estado de ánimo.

Agente Estresante. Cualquier agente que causa un deterioro corporal. Se pueden clasificar en estructurales, fisiológicos, psicológicos y socioculturales (Estres=Tensión).

Alto riesgo. Aumento de la posibilidad de sufrir daños, lesiones, pérdidas o muerte.

Alucinación. Precepción falsa que sucede sin que haya ningún estímulo sensorial real.

Apatía. 1. indiferencia anormal y falta de actividades. 2. Actividad de indiferencia apática adj.

Atención, directa al paciente. Término que de nota la atención proporcionada a un paciente por cualquier miembro del equipo multiprofesional en un hospital. Algunas las enfermeras/os lo utilizan ambiguamente cuando se refiere a lo contribución que hacen en los cuidados del paciente dentro del hospital.

Apego. Un vínculo afectivo estrecho y perdurable con otra persona.

Atrofia. Desgaste, emaciación, disminución del tamaño y la función.

Auscultación. Método para escuchar los ruidos del organismo con fines diagnósticos.

Ayuda para la Independencia. Cualquier objeto que permita que una persona conserve o recupere la independencia.

Bradicinesia o acinesia. Lentitud de movimiento.

Bacterias. Grupo de microorganismos llamados también “esquizomicetos”. Son células pequeñas, de una micra de diámetro transverso aproximadamente.

Bienestar. Parte del objetivo de la atención médica, que no solo trata de curar, sino de hacer llevadero la enfermedad mientras esta dura, o, si es crónica, de proporcionar el alivio y el apoyo moral necesarios. La Organización Mundial de Salud lo equipara erróneamente con la salud.

Crisis situacional. Crisis que surge súbitamente en respuesta a un suceso externo o a un conflicto que tiene que ver con una circunstancia específica. Los síntomas son transitorios y el episodio por lo general es breve.

Cultura. Actitudes, creencias, ideas, conocimientos, prácticas y valores que se atribuyen miembros de diferentes grupos.

Cutáneo. Relacionado con la piel.

Defecación. Vaciamiento intermitente voluntario de heces por el ano; hay suficiente cantidad como para producir un estímulo sensorial, que tiene como consecuencia la relajación del esfínter anal.

Degeneración. Deterioro en la calidad de la función.

Desequilibrio. Pérdida del equilibrio. El término suele referirse también a la alteración en la relación de ácidos, bases y electrolitos en los líquidos orgánicos.

Despersonalización. Sensación subjetiva de haber perdido la personalidad propia; en ocasiones de que ya no se existe. Ocurre en la esquizofrenia y en estados depresivos.

Deterioro. Daño progresivo de una función: empeoramiento del estado del paciente.

Debilidad. Estado de flojedad, con falta de tono muscular.

Depresión. Una tristeza intensa y persistente con cambios de ánimo profundos y lábiles.

Disquinesia. Hay una incapacidad para coordinar y programar movimientos voluntarios.

Disartria. Trastorno neuromuscular que afecta a la formación y articulación de palabras, y por tanto a la comprensión de dicho lenguaje, en diversos grados; no hay deterioro de la capacidad lingüística del paciente. Generalmente este tipo de lenguaje es lento y monótono. Con consonantes indistintas y largos intervalos entre las palabras.

Disfunción. Funcionamiento anormal de cualquier órgano o parte.

Edema. Acumulación generalizada de líquido intersticial. Con fóvea edema que deja una pequeña depresión o fóvea cuando se aplica presión a un área edematizada. Declive edema de las partes inferiores o mas declives del cuerpo donde la presión hidrostática es mayor.

Emaciación. Proceso de deterioro caracterizado por pérdida de peso y disminución de la energía física, el apetito y la actividad mental.

Enfermedad. Cualquier desviación o interrupción de la estructura y función normales de cualquier parte del cuerpo. Se manifiesta por un conjunto característico de signos y síntomas; en la mayoría de los casos se conocen la etiología, patología y pronóstico. Puede ser la naturaleza aguda o crónica.

Etiología. Ciencia que estudia, en sentido amplio, las causas de las enfermedades como factores internos y externos.

Holístico. Visión del hombre como un todo, compuesto de facetas físicas, psíquicas y espirituales. Es de suma importancia a la hora de iniciar una acción diagnóstica o terapéutica.

Laceración. Desgarro irregular de un tejido, herida.

Letargo. Estado de somnolencia o estupor profundo.

Metabolismo. Conjunto de procesos químicos y físicos que tienen lugar en los seres vivos, unos son anabólicos es decir de crecimiento y reparación de los materiales consumidos o desgastados y otros son de degradación y gasto de los materiales energéticos (catabolismo). El metabolismo está regido por el sistema endocrino y por niveles enzimáticos a nivel celular.

Palpación. Acción de sentir o percibir con las manos. Parte de la exploración física que consiste en la aplicación de las manos sobre la superficie corporal o las cavidades corporales accesibles, con el propósito de valorar la consistencia, elasticidad, movilidad y sensibilidad al dolor de los distintos órganos.

Paresia. Pérdida de fuerza muscular parcial.

Parkinsonismo. Síndrome que incluye una expresión como de máscara, marcha tambaleante, temblor de los miembros, y movimientos de los dedos como si se formaran píldoras. Puede ser causado por fármacos antipsicóticos. El tipo postencefalico se presenta en la tercera o cuarta década y suele haber un antecedente claro de encefalitis (tipo esporádico). El tipo degenerativo de p.(parálisis agitante) se presenta a mitad de la vida; el tipo arteriosclerótico se observa en la edad avanzada, caracterizándose por un cuadro clínico preciso de temblor y rigidez, algunas personas hacen una diferencia entre la enfermedad de P., que es un proceso degenerativo asociado con el envejecimiento, cuyas causas son múltiples, incluyendo factores tales como lesiones, golpes, aterosclerosis, distintos agentes tóxicos y la infección viral de encefalitis letárgica.

Riesgo, factores de. Factores que hacen que una persona o un grupo de personas sean particularmente vulnerables a un suceso indeseado, desagradable o insalubre.

Temblor. Respuesta involuntaria que aparece cuando sube la temperatura central del cuerpo, debido a la liberación de pirógenos después de una lesión, incluida la cirugía o la infección.

Temor. Estado emocional intenso en el que hay una sensación de tensión desagradable, y un fuerte impulso de huida; es natural como respuesta a una amenaza o peligro, pero deja de ser natural si es permanente.

Valoración conductual. Valoración de los patrones de actividad, alimentación, sueño y capacidad de respuesta.

ANEXOS

Recomendaciones útiles para realizar los ejercicios

1. Procure hacer sus ejercicios cuando se sienta bien, con poca rigidez o temblor y con buen efecto del medicamento (*periodo ON*).
2. Utilice ropa confortable y zapatos cómodos.
3. Los ejercicios deben hacerse diariamente, en sesiones cortas, evite la fatiga o el dolor.
4. Puede acompañar la rutina de ejercicios con la música que más le agrade, esto impide que la rutina se vuelva monótona.
5. Invite a su familia a acompañarlo y supervisarlo.
6. Realizar los ejercicios en grupo es mejor.
7. Con su terapeuta o médico haga un programa de ejercicios que pueda ser modificado y enriquecido, evite caer en rutinas tediosas.

1. Ejercicios de respiración

Los ejercicios respiratorios representan uno de los más importantes elementos de toda la reeducación funcional. Se trata de dar al paciente un mejor control de la respiración, una mecánica adecuada, disminuir la frecuencia de los espasmos observados durante la mecánica respiratoria y fonación. Los ejercicios se deben practicar en sesiones de corta duración, de 5 a 10 minutos como máximo, para evitar dolor de cabeza y mareo. De preferencia deben ser al aire libre, en un jardín, parque o en una habitación bien ventilada.

2. Ejercicios de relajación

Los ejercicios de relajación tienen por objeto, hacer que el paciente descanse y logre una sensación de laxitud en su sistema muscular y en la esfera psíquica. La relajación nos sirve como un entrenamiento en el control del tono muscular.

3. Ejercicios de mímica para mejorar la motricidad de la boca

Estos ejercicios son importantes para poder hablar bien y articuladamente. También ayudarán a vencer la falta de movilidad en el aparato vocal. Se ha demostrado que es muy útil realizar los ejercicios con una mímica exagerada delante de un espejo. Repetir cada ejercicio varias veces y tratar de aumentar el ritmo sin disminuir los movimientos.

Otra actividad que es útil para disminuir la rigidez, y los dolores musculares, es la natación, que al disminuir el efecto de la gravedad en el agua, facilita y hace agradable los ejercicios.

Otras actividades

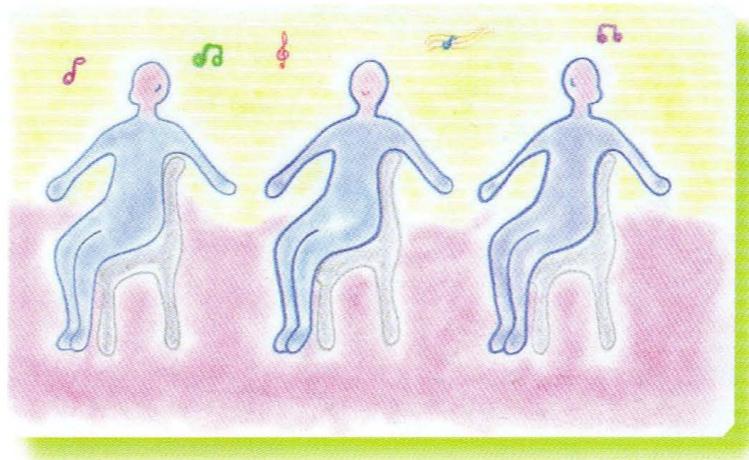
La hidroterapia con agua caliente suele ser muy útil, los masajes corporales, también son muy relajantes y mejoran los dolores musculares. Los que se emplean para drenaje linfático, disminuyen el edema de pies y piernas que suele ser frecuente en los pacientes con Parkinson.

VIII. GUÍA PRÁCTICA DE EJERCICIOS

“Lo que importa es querer hacerlo, no tanto, poder hacerlo”

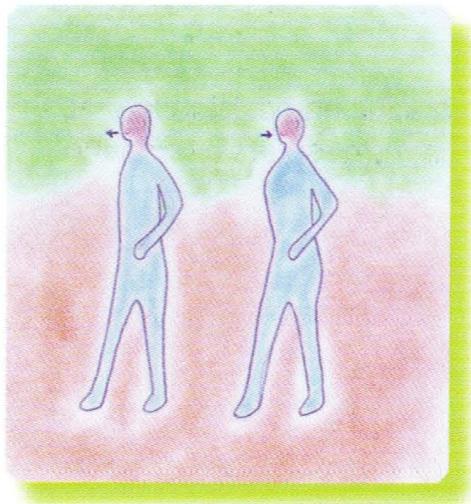
Se recomienda que las sesiones de ejercicio, duren de 15 a 20 minutos diariamente de 4 a 5 ejercicios y repetirlos en forma progresiva.

Es muy recomendable que el paciente al comenzar el día, incluso estando en cama, realice ejercicios de estiramiento (*flexión, extensión, rotación y lateralización de todas las articulaciones*).



Primera fase

1. Respiración profunda. Ponga las manos sobre el abdomen, inhale (o meta aire) lentamente a través de la nariz, sienta como su pecho se expande cuando usted inhala. Después exhale (saque el aire) lentamente a través su boca, como si tratara de apagar una vela.



Ejercicios faciales

1. Abrir la boca tan grande como pueda



2. Levantar las cejas y arrugar la frente



3. Arrugar la nariz



4. Inflar las mejillas



5. Tratar de silbar



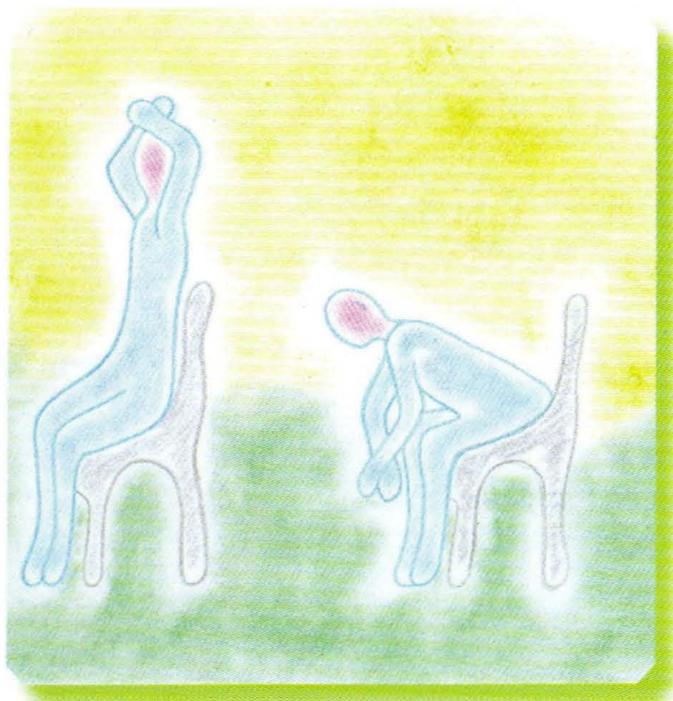
2. Subir y bajar los brazos.
Uno por uno y después alternando.



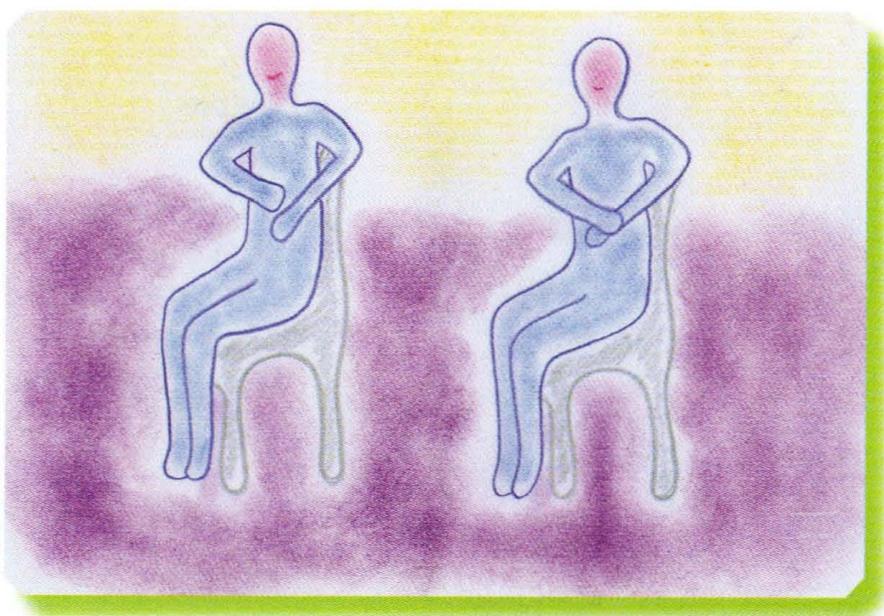
3. Subir y bajar los brazos en posición lateral.
Primero uno por uno y después alternando.



4. Con las manos entrelazadas, subir los brazos y bajarlos hasta tocar el piso. También puede subir los brazos y aplaudir varias veces



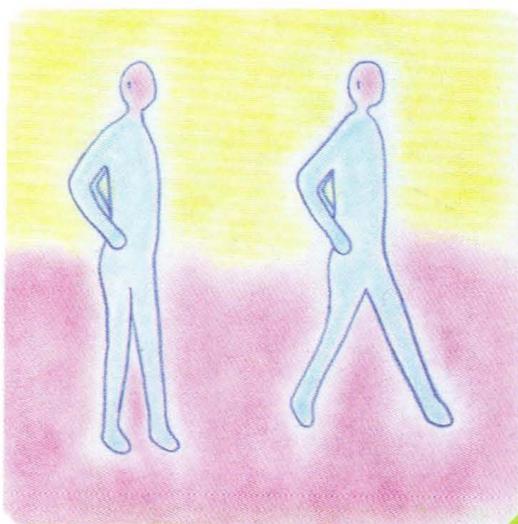
5. Cruzar los brazos. Colocar la mano derecha sobre el brazo izquierdo, la mano izquierda sobre el brazo derecho. Después la mano que está encima pasa por delante y hacia abajo. Alternando es como si girara un rodillo.



6. Con el talón, tocar la rodilla contraria, alternado. Puede también llevar el talón desde el empeine del pie, la espinilla hasta la rodilla de la pierna contraria.



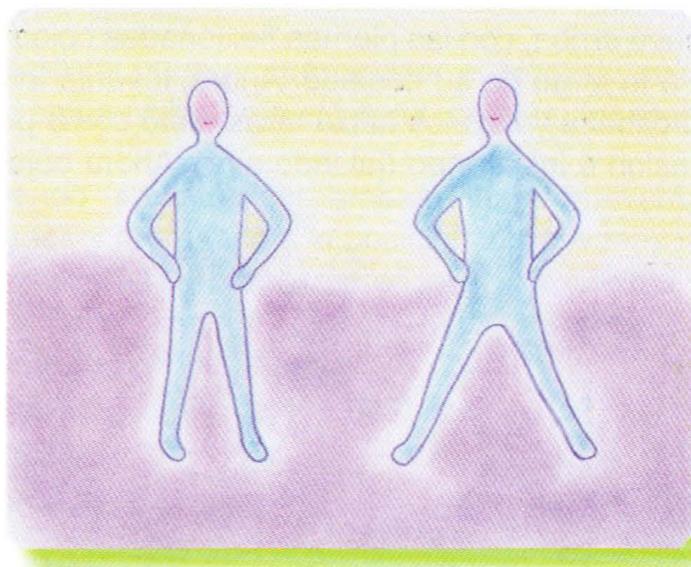
7. Cruzar una pierna con la otra, descruzarlas en forma alternada.



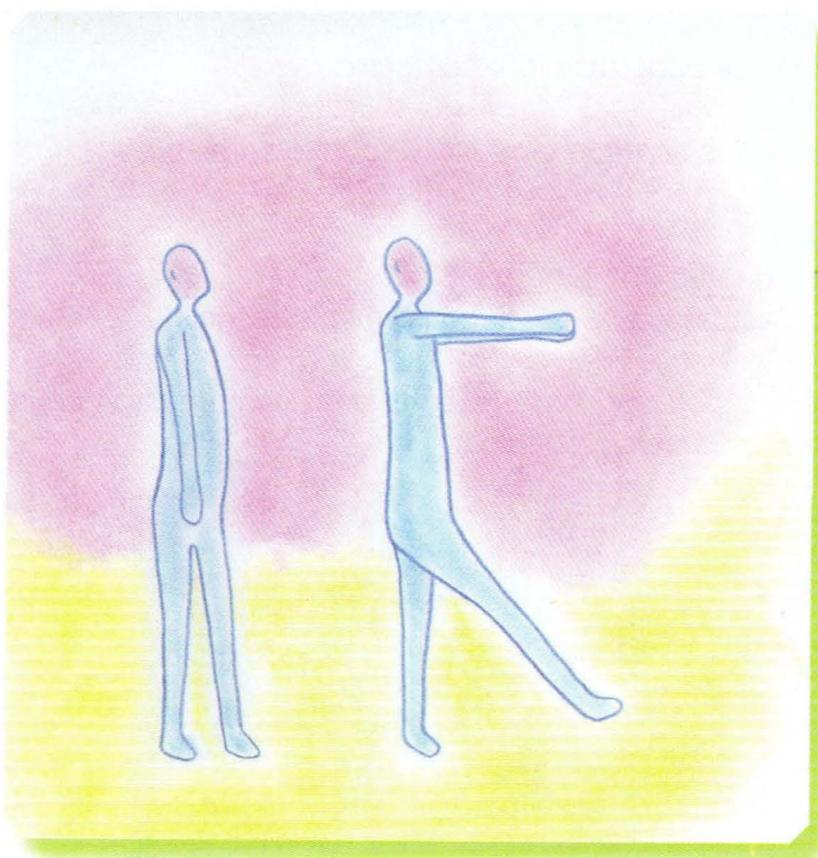
De pie

1. Coloque las manos en la cintura.
De un paso hacia delante,
y regrese.
Repetir con la otra pierna.

2. Idéntico al anterior, pero el paso es lateral, alternando.

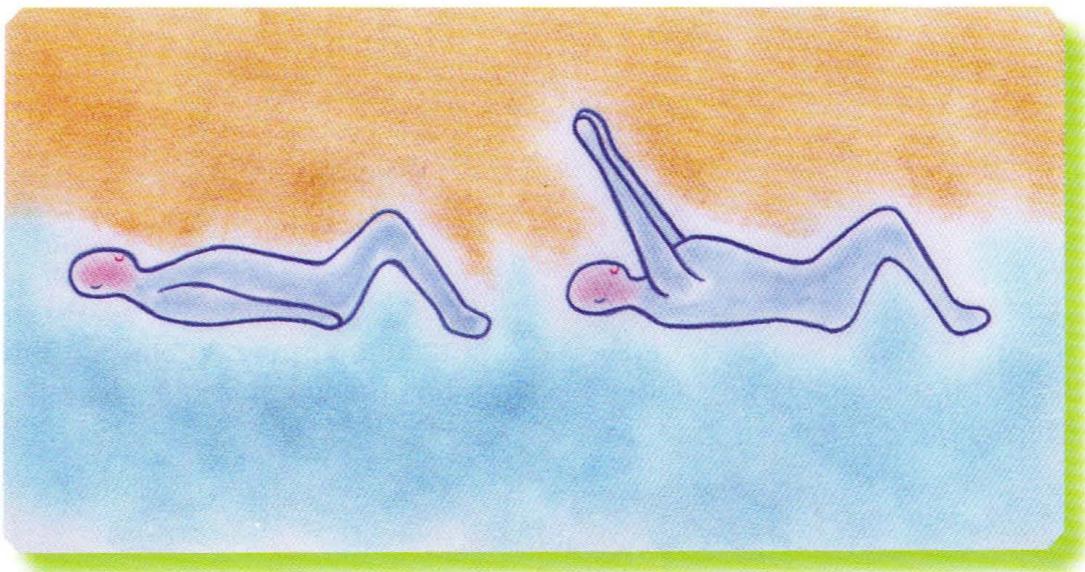


3. Dar un paso hacia adelante y llevar ambas manos al frente, regresar. Alternando las piernas.



Acostado

1. Acostado boca arriba, con las piernas flexionadas coloque los brazos bien estirados a lo largo de su costado. Ahora, levante los brazos estirados hacia su cabeza y llévelos hacia atrás tanto como pueda, con los codos en extensión e inspirando (jalando aire). Ahora baje los brazos y expulse el aire.

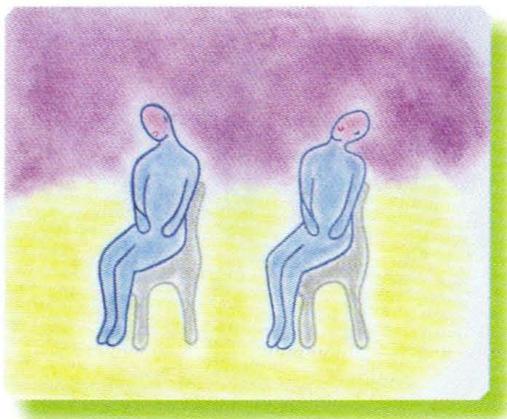


Otros ejercicios para disminuir la rigidez

(Puede hacerlos sentado o de pie, según le convenga)

Ejercicio 1

- Inhale (jale aire por la nariz).
- Espire (saque el aire por la boca) mientras inclina la cabeza hacia un hombro.
- Vuelva a la posición inicial y repita ahora con el otro hombro.
- Repita este ejercicio 10 veces.

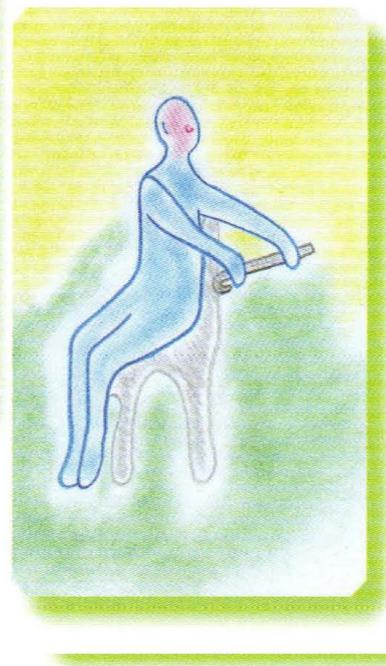


Ejercicios de tronco

Ejercicio 2

Utilice un bastón (aunque puede realizar el ejercicio sólo con sus brazos), sentado en una silla tome el bastón con las dos manos y llevelo al frente.

- Inicie, tomando el bastón con ambas manos y levantandolo lo más alto que pueda y regresarlo a la posición inicial varias veces.
- Tome el bastón inhale profundamente y llevelo al frente.
- Exhale lentamente, mientras gira su cabeza y cuerpo hacia la derecha o a la izquierda según lo prefiera.
- Repita el movimiento de cinco a diez veces.



Ejercicio 3

- a. Sentado en la silla, con la espalda recta, tome el bastón con sus brazos extendidos.
- b. Inhale y lleve el bastón lo más arriba que pueda.
- c. Exhale lentamente mientras baja los brazos extendidos y flexionando la cintura hasta el suelo o lo más bajo que pueda.
- d. Vuelva a la posición original y repita el ejercicio.



Segunda fase

Sentado

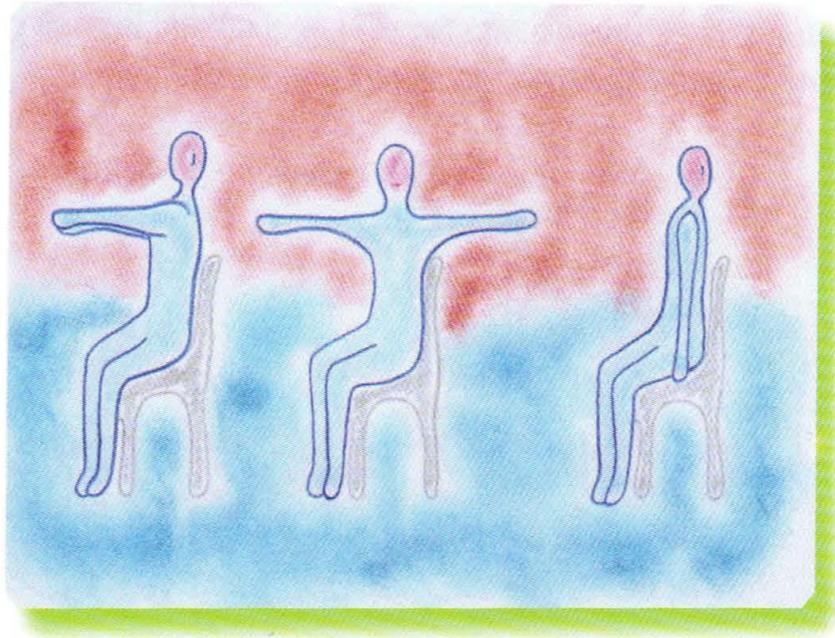
- Utilice una silla de fondo plano firme.
- Haga círculos hacia arriba y hacia atrás con los hombros.



- Agachar y levantar la cabeza



d. Subir los brazos al frente, a los lados y bajar.

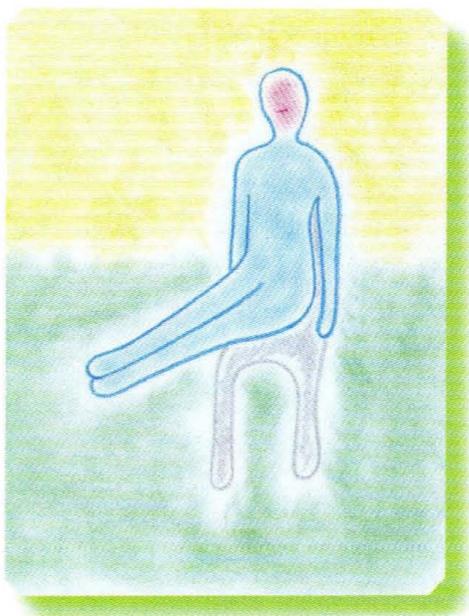


e. Cruzar las manos sobre la nuca y llevar los codos hacia atrás y adelante.

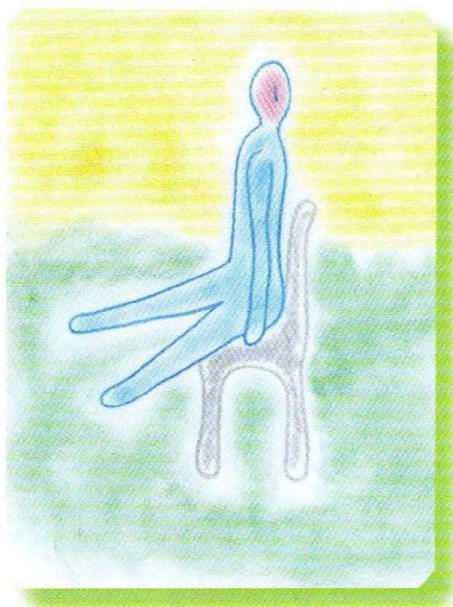


f. Fortaleciendo las piernas

1. Levantar las piernas y sostenerlas un momento.

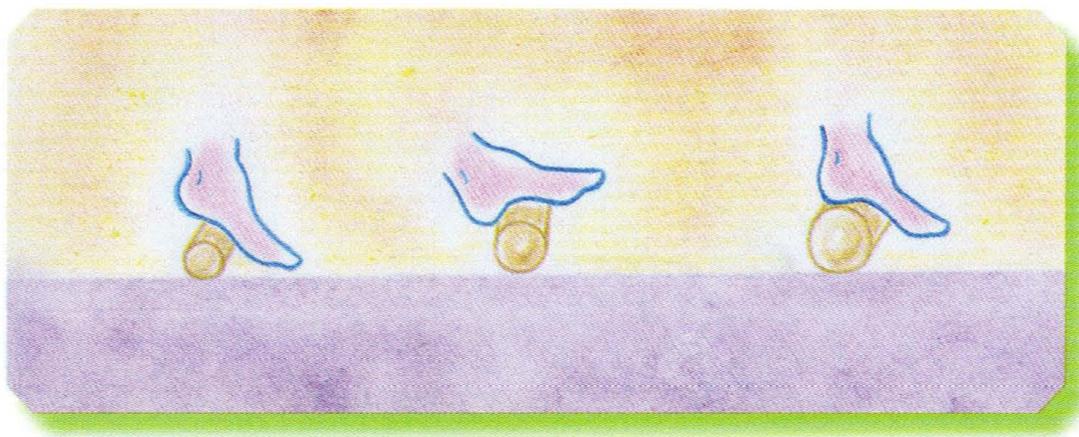


2. Levantar las piernas abrir y cerrar el compás.



Ejercicios con rodillos

Sobre un rodillo deslice el pie, ejerciendo una presión ligera, pueden utilizarse rodillos de diferentes diámetros. También puede realizarlo de pie, colocar la planta del pie sobre el rodillo; presionar y extender ligeramente la planta del pie, apoyando la punta o el talón. Es importante que se sujete a una superficie fija: un tubo, o una mesa estable para que se pueda realizar el ejercicio sin ningún riesgo.



Ejercicios para mejorar la coordinación

Utilice una pelota de material ligero, con buen rebote.

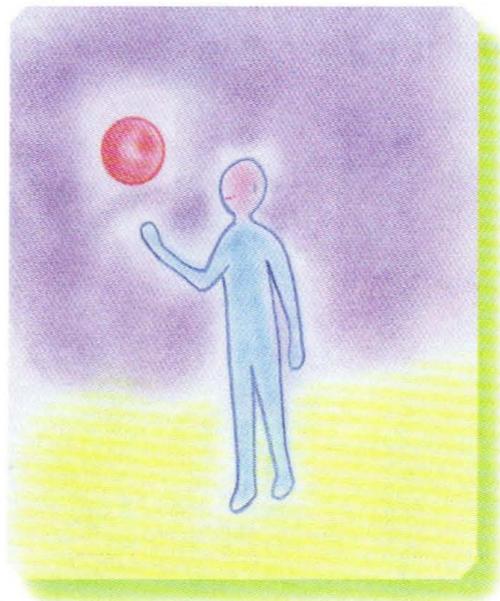
Lanzamiento de pelota

Primero realice los ejercicios sentado, lance la pelota hacia arriba cáchela con la otra mano y alterne.



Cuando considere que controla el ejercicio sentado, realícelo de pie, *(puede ser auxiliado o apoyado por una persona, que le lance la pelota)*

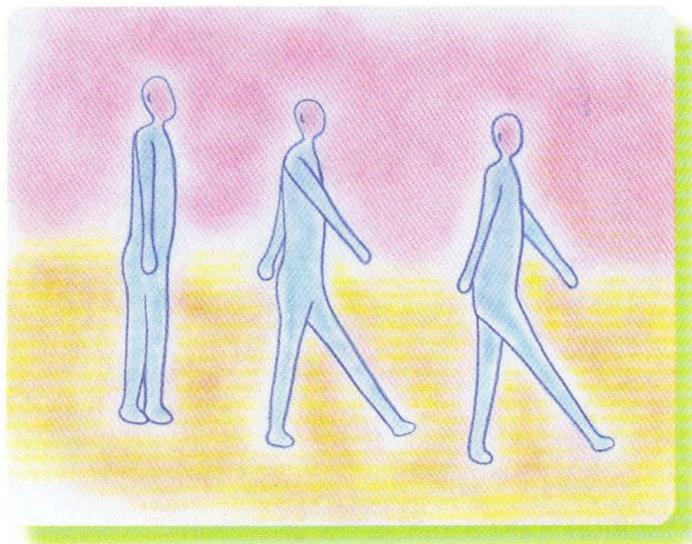
1. Póngase de pie en posición de corrección postural.
2. Agarre la pelota con una mano y láncela al aire.
3. Recupérela con la otra mano y alterne.
4. Repita 10 veces en cada modalidad.



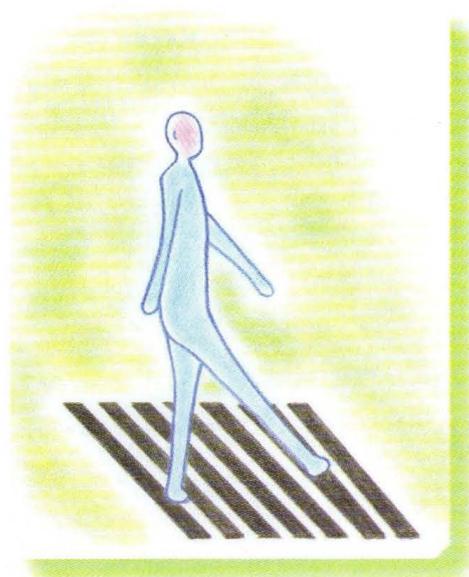
Ejercicios para facilitar la marcha

Ejercicio 1

1. De pie, suba los hombros y vea hacia el frente.
2. Ahora de un paso al frente y extienda el brazo contrario.
3. Continúe con la pierna contraria y brazo contrario a los pasos.
4. Siempre avance el brazo contrario al pie que da el paso (*esto favorece el balanceo de los brazos y ritmo de la marcha*).



Puede colocar tiras (*adherentes*) blancas y negras de 30 cm de ancho en un pasillo, alternadas y caminar sobre ellas. Esto permitirá romper el bloqueo (*acinesia*) o titubeo para iniciar la marcha.



Cambio de sentido

1. De pie corrigiendo la postura, levante los hombros y vea al frente.
2. Inicie la marcha en paso largo, contacto del talón con el suelo y mantenga el braceo.
3. Cambie el sentido de la marcha levantando los pies del suelo como si trazaran un semicírculo con los pasos. Así evitará que los pies se crucen, pierda el equilibrio y se caiga.
4. Prosiga la marcha.



Ejercicios para facilitar los cambios de posición

Desplazamiento lateral en la cama

1. Acostado, boca arriba con las rodillas flexionadas, los pies apoyados sobre la cama y los brazos a lo largo del cuerpo.
2. Levante la pelvis y desplácela hacia el borde de la cama.
3. Baje la pelvis.
4. Contraiga la musculatura abdominal y ayúdese de los brazos para desplazar el cuerpo y la cabeza.
5. Repita este movimiento si es necesario.



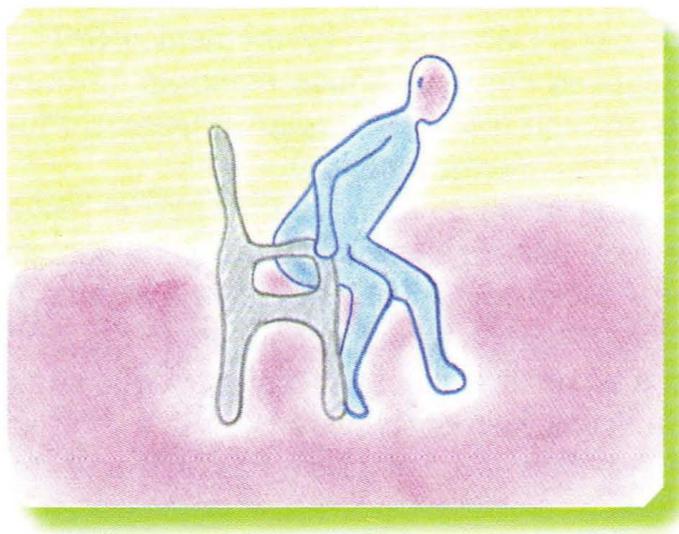
Levantarse de la cama

1. Acostado de lado, saque las piernas de la cama dejándolas colgando.
2. Haga fuerza con el antebrazo situado debajo y con la mano del brazo que queda encima para incorporar el cuerpo.
3. Apoye los pies en el suelo y espere unos segundos antes de levantarse, también puede utilizar un tripode empotrado a la pared lo cual le permitirá tener mayor movilidad.



Levantarse de una silla

1. Siéntese en el borde de la silla y apóyese de los costados.
2. Deslice un pie hacia atrás de la silla y el otro hacia adelante.
3. Incline un -poco el cuerpo hacia adelante.
4. Haga fuerza con las piernas para levantarse.
5. También puede ayudarse con los reposa brazos de la silla.



Levantarse del suelo

1. Después de una caída, mantenga la calma.
2. Colóquese a "gatas".
3. Aproxímese, gateando, a un punto firme de apoyo (*silla, sillón*).
4. Colóquese frente a él.
5. Sujete con las manos la silla y avance un pie hasta colocarse con una rodilla en el suelo y el pie contrario (**el de la pierna más fuerte**) apoyado sobre el suelo.
6. Haga fuerza con la pierna de arriba para estirar las rodillas y levantarse.



Consejos para la vida cotidiana

- Cambie el momento del día en que realiza las actividades a fin de aprovechar los mejores momentos (*estado **ON***) y prográmese las tareas diarias, reduciéndolas en los momentos ***OFF***.
- Cambie algunas de las antiguas maneras de hacer las cosas por otras que resulten más sencillas (*usar velcros o material adherente en lugar de cremalleras, etcétera*).
- Siéntese en la mesa bien apoyado contra el respaldo de la silla o sillón. De esta manera el tronco se mantiene derecho.
- Conserve el hábito de no recibir ayuda para vestirse, porque esto implica movilidad y flexibilidad de los hombros, brazos, piernas, etcétera.
- Esfuércese en realizar un paseo diario aunque sea corto. Escoja trayectos tranquilos y sin obstáculos.
- Adquiera el hábito de caminar sin bastón, reservando éste para los

- paseos por la calle.
- En caso de bloqueo, mantenga la calma, si alguien lo acompaña, basta con que le ponga un pie por delante para que se rompa el bloqueo o bien, utilice un bastón con la empuñadura invertida o, poniéndolo por delante.
- Para darse la vuelta de forma segura, gire describiendo un semicírculo. De esta manera se reduce el riesgo de caídas.
- Evite llevar cosas en las manos mientras camina. Las manos tienen que estar libres por si se pierde el equilibrio.

Para mejorar el habla

Durante la evolución de la enfermedad de Parkinson se puede producir una reducción de los movimientos de la musculatura encargada de controlar la fonación (*voz*), la articulación (*pronunciación*) y la prosodia (*ritmo, entonación*). Las alteraciones más frecuentes son:

- Bajo volumen de voz.
- Disminución del tono vocal (la voz se vuelve muy ronca).
- Voz monótona (pierde musicalidad y entonación).
- Vacilación inesperada antes de hablar (*silencios inadecuados, titubeo y/o temblor sin llegar a hablar*).

Para controlar la tensión y el movimiento de las cuerdas vocales

Ejercicio 1

Vocalice, frente a un espejo, primero sin emitir voz (*sólo mueva los labios diciendo las vocales a, e, i, o, u*). Después pronúncielas en voz alta.

Ejercicio 2

Diga palabras delante del espejo, sin emitir voz. Después pronúncielas en voz alta.

Las personas con Parkinson, deben:

- Organizar la información antes de hablar.
- Tragar saliva.
- Ser breve y conciso.
- Inspirar antes de iniciar la conversación e ir haciendo pausas para respirar.
- Articular exageradamente.
- Evitar los ambientes ruidosos.