



FACULTADE DE ENFERMARÍA

Trabajo de fin de Grado

Papel de la Enfermería en la enfermedad de Parkinson: estudio de los principales síntomas, vías de tratamiento y plan de cuidados

Erik José Rodríguez García
Tutor: Ana María Muñoz Patiño
Curso: 2022/2023



FACULTADE DE ENFERMARÍA

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
Grao en Enfermaria

O Proxecto de Fin de Grao titulado: **Papel de la Enfermería en la enfermedad de Parkinson: estudio de los principales síntomas, vías de tratamiento y plan de cuidados**, foi realizado por o/a abaixo asinante.

Santiago de Compostela, 24 de Julio de 2023

O/a alumno/a, **Erik José Rodríguez García**

Fdo.:

Vº Bº

O/A titor/a

Fdo.: Ana Mª Muñoz Patiño

Índice

1. Introducción	1
2. Justificación	3
3. Objetivos.....	3
4. Material y métodos.....	4
5. Resultados.....	5
5.1. Sintomatología y fases de la enfermedad de Parkinson	5
5.2. Tratamiento.....	6
5.2.1. Tratamiento farmacológico	7
5.2.2. Tratamiento no farmacológico	8
5.2.3. Tratamiento quirúrgico	9
5.3 Papel de la enfermería en el cuidado de la enfermedad de Parkinson	10
5.3.1. Proceso de atención de enfermería (PAE)	10
5.3.2 Plan de cuidados estandarizado para pacientes con Parkinson.....	12
5.3.3 Síndrome de sobrecarga del cuidador	17
6. Discusión	19
7. Conclusiones	20
8. Bibliografía.....	21
9. Anexos.....	25

Resumen

La enfermedad de Parkinson es una patología crónica neurodegenerativa, caracterizada por la pérdida de neuronas dopaminérgicas y se estima que, afecta a 8.5 millones de personas en el mundo. Destaca su amplio abanico de manifestaciones, siendo las más relevantes las motoras: bradicinesia, rigidez, temblor en reposo e inestabilidad postural. El objetivo de este trabajo es definir cómo afecta y evolucionan los síntomas de la enfermedad, analizar las vías de tratamiento disponibles y centrándose en conocer el papel del equipo de enfermería en el cuidado de esta. Para llevar a cabo tal finalidad, se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos, portales de información y buscadores tales como: SciELO, PubMed, MEDLINE, Elsevier, Sergas y Google Académico. A partir de los resultados obtenidos se destaca la importancia de un abordaje precoz para un mejor control de los síntomas, enlenteciendo la evolución y limitando la pérdida de autonomía del paciente. La vía de tratamiento más común se basa en la combinación del tratamiento farmacológico acompañado de tratamiento no farmacológico, siendo este último donde enfermería cobra vital importancia sirviendo de punto de apoyo para el paciente, mejorando la adherencia al tratamiento y evaluando y readaptando las intervenciones según las necesidades y evolución de los síntomas.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, cuidador, intervención, cuidados de enfermería, atención primaria, tratamiento

Resumo

A enfermidade de Parkinson é unha patoloxía neurodexenerativa crónica, caracterizada pola perda de neuronas dopaminérxicas e se calcula que afecta a 8,5 millóns de persoas en todo o mundo. Destaca o seu amplo abano de manifestacións, sendo as máis relevantes as motoras: bradicinesia, rixidez, tremor en repouso e inestabilidade postural. O obxectivo deste traballo é definir cómo afectan e evolucionan os síntomas da enfermidade, analizar as vías de tratamento dispoñibles e centrarse en coñecer o papel do equipo de enfermaría na súa atención. Para levar a cabo esta finalidade, realizouse unha revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos, portais de información e buscadores como: SciELO, PubMed, MEDLINE, Elsevier, Sergas e Google Scholar. A partir dos resultados obtidos, destácase a importancia dun abordaxe precoz para un mellor control dos síntomas, ralentizando a evolución e limitando a perda de autonomía do paciente. A vía de tratamento máis habitual baséase na combinación de tratamento farmacolóxico acompañado de tratamento non farmacolóxico, sendo este último onde a enfermaría cobra vital importancia, servindo de punto de apoio ao paciente, mellorando a adherencia ao tratamento e avaliando e readaptando as intervencións segundo as necesidades e a evolución dos síntomas.

Palabras clave: enfermidade de Parkinson, cuidador, intervención, cuidados de enfermería, atención primaria, tratamento

Abstract

Parkinson's disease is a chronic neurodegenerative pathology, characterized by the loss of dopaminergic neurons and which, it is estimated, affects 8.5 millions of people worldwide. Its wide range of manifestations stands out, the most relevant being the motor ones: bradykinesia, rigidity, tremor at rest and postural instability. The objective of this essay is to define how the symptoms of the disease affect and evolve, analyze the available treatment options and focus on knowing the role of the nursing team in caring for it. To carry out this purpose, a bibliographic review has been carried out through different databases, information portals and search engines such as: ScieLO, PubMed, MEDLINE, Elsevier, Scopus and Google Scholar. Based on the results obtained, the importance of an early approach is highlighted for a better control of manifestations, slowing down the evolution and the loss of autonomy of the patient. The most common treatment is the combination of pharmacological treatment accompanied by non-pharmacological treatment, the last being where nursing becomes vitally important, serving as a point of support for the patient, improving adherence to treatment and evaluating and readapting interventions according to the needs and evolution of the symptoms.

Keywords: Parkinson's disease, Parkinson, Caregiver, Intervention, Nursing care, Primary care, Treatment

1. Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) fue descrita por James Parkinson en su publicación monográfica *An Essay on the Shaking Palsy* en 1817, donde definió los signos y síntomas de una enfermedad caracterizada principalmente por, como dicta el nombre, una parálisis con temblores. Esta sería considerada posteriormente como la enfermedad de Parkinson.¹

Teniendo en cuenta esta breve descripción se puede realizar un acercamiento bibliográfico en la historia remontándonos al antiguo Egipto, tratamientos hindúes o registros bíblicos. Como ha sido recopilado por P.J. Garcia Ruiz en su publicación *Prehistoria de la enfermedad de Parkinson*, en un papiro egipcio (1350-1200 a.C.) nos encontramos con la descripción “La edad le ha debilitado la boca y babea constantemente” pudiendo ser una referencia a la sialorrea, manifestación muy común de la EP. Por otro lado, en el tratado médico ayurveda (1000 a.C.) se describe la *kampavata* (del sánscrito *kampa*: temblor) que cursaba con limitación de movimiento, sialorrea, alteraciones del sueño y “mirada reptiliana” o perdida, siendo tratada con plantas con gran contenido en levodopa.²

En la actualidad, la EP es descrita por la OMS como una patología crónica neurodegenerativa con afecciones tanto motoras, destacando los temblores, inestabilidad postural, rigidez, las discinesias y distonías, como no motoras ligadas al deterioro cognitivo, alteraciones del sueño y sensoriales (como hiposmia), además de problemas gastrointestinales.³ Está caracterizada por una pérdida progresiva de las neuronas dopaminérgicas localizadas en la porción compacta de la sustancia negra. Como consecuencia de esta denervación y déficit de dopamina se producen desequilibrios en los ganglios basales, con gran relevancia en el control del movimiento voluntario, y el tálamo (vías estriatopalidales y palidotalámicas) causantes de gran parte de los síntomas motores.⁴ A pesar de la aparición de síntomas no motores previos como la pérdida de olfato o problemas gastrointestinales, aparece una mayor variedad de síntomas conforme va evolucionando la enfermedad en el tiempo, siendo frecuentes en pacientes que hayan tenido más años de evolución.

Teniendo en cuenta el origen de la enfermedad, se considera que hay dos tipos de Parkinson, uno con un presunto componente genético y otro de carácter idiopático. Se deduce la etiología genética debido a que en torno al 10% de pacientes que padecen EP tienen a su vez antecedentes familiares.^{4,5} En este caso se han detectado 16 genes diferentes que, dependiendo de cuál sea el afectado, puede tratarse de una herencia autosómica recesiva, como en el caso de los genes PARK 2, PARK6 y PARK7,⁶ o autosómica dominante si hablamos de genes como el SNCA o el LRRK2 (PARK8).⁷

Este último gen toma especial relevancia ya que es la mutación más prevalente y corresponde al 2% de los pacientes con edades superiores a los 50 años perteneciente a los casos esporádicos, siendo así el gen mutado más heredado. Otro dato a tener en cuenta es que la EP de inicio temprano con etiología genética tiende a ser menos maligna que la EP tardía de aparición idiopática.⁸

Se prevé que, en países desarrollados, la prevalencia de la EP rondaría el 0.3% de la población total y en torno al 1% de las personas mayores de 60 años, alcanzando un 4% en el grupo poblacional que supera los 80 años.^{4,9} La comparación entre países europeos o americanos y los pertenecientes al continente africano y asiático muestra que en estos últimos es menor. Esto puede ser debido a factores ambientales o a un déficit de recursos sanitarios y no por factores raciales, que favorecen una mayor mortalidad en estos países, generando así un artefacto.¹⁰

La incidencia de la EP ronda entre 8 y 18 casos por cada 100000 habitantes/año.¹⁰ De estos casos, un 70% corresponde a personas mayores de 65 años, mientras que un 15% son personas menores de 50 años, que atañen al diagnóstico de Parkinson juvenil.¹¹ Debido a su cronicidad, la incidencia aumenta con la edad, decayendo en las edades más avanzadas pudiendo estar relacionado con un menor número de personas que conforman el grupo poblacional y no con un evento real.¹² En España, la EP afecta en torno a 120000 y 150000 personas y, si la tendencia continua, se espera que la cifra se triplique para 2050.¹³ El diagnóstico de la EP se realiza a través de una exploración física del paciente, valorando la aparición los síntomas y, a pesar de la carencia de una prueba diagnóstica específica, se combina con pruebas complementarias tales como una resonancia magnética (RMN) o una tomografía de emisión de positrones (PET).¹⁴

En la actualidad, gracias a las numerosas investigaciones y, pese a la carencia de un tratamiento definitivo, pudiendo entonces solo realizar un tratamiento sintomático de la enfermedad, se han desarrollado diversas vías de tratamiento en busca de una mejora de la calidad de vida del paciente con un abordaje multidisciplinar, combinando los avances farmacológicos y tratamientos médico-quirúrgicos con un apoyo socio-sanitario. Es aquí donde enfermería toma especial relevancia, destinando su objetivo a mejorar las condiciones del paciente, valorando sus necesidades y desarrollando un proceso de atención de enfermería (PAE) especializado para el paciente en cuestión, abogando por proveer de una educación sobre su padecimiento y avanzando hacia la autonomía, tanto del paciente como de su cuidador.

2. Justificación

La EP está reconocida como la segunda enfermedad neurodegenerativa más común a nivel mundial, siguiendo al Alzheimer, y está englobada en los “Trastornos del movimiento” debido a su principal afección. Debido a que no se han realizado estudios globales que proporcionen una cuantificación de afectados, se toman como referencia estimaciones. Según la OMS, se estima que en 2019 el número de afectados superaba los 8.5 millones, siendo esta prevalencia duplicada en los últimos 25 años.¹⁵

Relacionado a esto cabe destacar que la prevalencia de la EP constituye el 0.3% de la población y con el aumento de la esperanza de vida de la población, se espera que aumente. Esto es especialmente relevante debido a la cronicidad de la enfermedad, ya que el 70% de pacientes de EP son mayores de 65 años. Tomando a España como objeto de estudio; la EP ha duplicado el número de personas que afecta en los últimos 20 años y, siguiendo la tendencia, se espera que triplique la cifra en 2050.¹³ Además, en Galicia, se trata de una enfermedad endémica.

El diagnóstico de la EP suele ser tardío debido a que las manifestaciones aparecen cuando se ha producido una degeneración de la mayoría de las neuronas dopaminérgicas. Por lo tanto, es de gran importancia realizar un diagnóstico precoz para el comienzo del tratamiento, mejor pronóstico de evolución y un enlentecimiento en la aparición de síntomas.

Debido a que la EP tiene un gran impacto en la vida cotidiana del paciente, afectando a su autonomía e independencia, muchas veces es necesario el apoyo de un cuidador para satisfacer sus necesidades diarias, teniendo un gran impacto en la calidad de vida de ambos. La Enfermería juega un papel muy importante en el cuidado de la EP, siendo un pilar en la realización de un abordaje multidisciplinar de forma interpersonal paciente-cuidador.

3. Objetivos

La finalidad de este trabajo es conocer cómo afecta la EP al paciente y el papel de enfermería en relación al cuidado para así poder desarrollar un correcto abordaje de la enfermedad. Por ello, se establecieron como objetivos específicos:

1. Estudiar la evolución y síntomas de la enfermedad de Parkinson.
2. Analizar las diversas vías de tratamiento disponibles.
3. Describir las funciones de enfermería en el tratamiento de la enfermedad, con una visión de abordaje de atención primaria y realizar un ejemplo de plan de cuidados.

4. Material y métodos

Para la realización de este trabajo de fin de grado se ha propuesto elaboración de una revisión bibliográfica orientada al estudio de las manifestaciones de la EP y el desempeño del papel de enfermería. Para ello se ha recabado información a través de diferentes portales de información y buscadores tales como: SciELO, PubMed, MEDLINE, Elsevier, Sergas, Google Académico. Para realizar esta búsqueda, se seleccionaron como palabras clave: “Enfermedad de Parkinson”, “Parkinson”, “Cuidador”, “Intervención”, “Cuidados de enfermería”, “Atención primaria”, “Tratamiento” y sus equivalentes en inglés.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta:

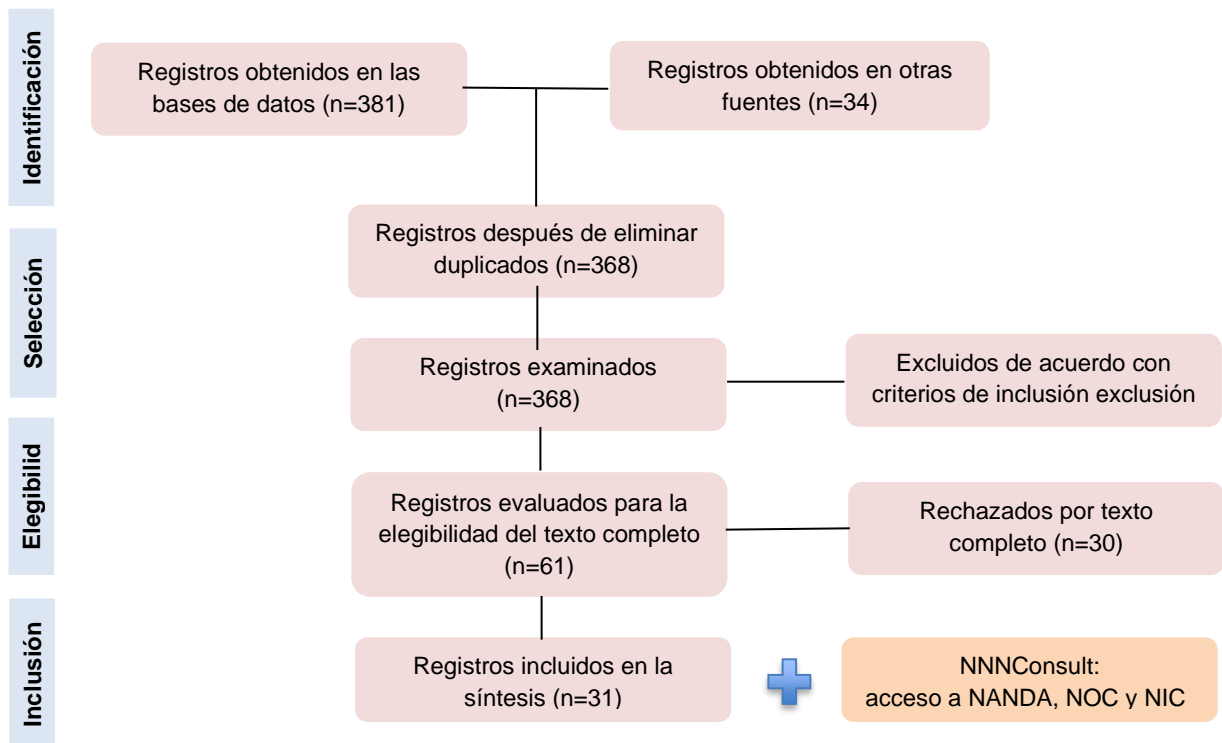
- Su correlación con los objetivos planteados.
- Publicaciones realizadas en un marco menor a 10 años.
- Idiomas seleccionados: español, inglés y gallego.

Como criterios de exclusión se consideraron aquellos que, cumpliendo con los criterios de inclusión, quedaron descartados.

Base de Datos	Resultados	Cantidad de Artículos utilizados
Scielo	Búsqueda: Parkinson ❖ 998 resultados ➤ ScieLO áreas temáticas: ciencias de la salud. ➤ WoS áreas temáticas: health, rehabilitación, care, enfermería, multidisciplinary. ➤ Años: 2012-2023 ➤ Tipo de literatura: Artículos. ▪ 188 resultados.	7
Pubmed	Búsqueda: Parkinson AND Nursing care ❖ 1527 resultados ➤ Text availability: abstract, Free full text ➤ Article type: books and documents, meta-analysis, review, systematic review ➤ Publication date: 10 years ▪ 193 resultados	9
Google Académico	Búsqueda: Parkinson, enfermedad de Parkinson, Parkinson and enfermería, Parkinson and cuidados, Parkinson and tratamiento, Parkinson and necesidades, Parkinson and atención primaria ❖ 34 artículos seleccionados. ➤ Portales: Elsevier, WHO, geriatricarea...	15

Tabla 1. Base de datos y resultados obtenidos. Artículos seleccionados.

La selección de artículos se efectuó en una primera instancia a través de la lectura de títulos y selección de aquellos que se correlacionaran con la línea de trabajo propuesta. A continuación, se procedió a la lectura del resumen, descartando aquellos que no se adecuaban correctamente a los objetivos. Finalmente, una vez filtrados se realizó una lectura en profundidad del artículo. Además, para la realización del pan de cuidados se utilizó el portal NNNConsult para acceder a las taxonomías correspondientes.



Los artículos que fueron seleccionados tras la lectura completa cumplimentan con al menos uno de los objetivos propuestos en el trabajo.

En cuanto a las limitaciones a la hora de realizar el trabajo cabe destacar la dificultad en localizar artículos con un enfoque en el papel que desarrolla enfermería, así como descripción de las propias actuaciones del colectivo en el cuidado y tratamiento de la EP.

5. Resultados

5.1. Sintomatología y fases de la enfermedad de Parkinson

El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson es exclusivamente clínico. Debido a la carencia de una prueba diagnóstica específica, se toma como referencia la historia clínica del paciente, apoyándose en la realización de pruebas de imagen tales como RMN y PET, y la aparición de 4 signos característicos de la enfermedad, puesto que el resto de los signos y síntomas pueden confundirse con el propio envejecimiento en el paciente.¹⁴ Estos son:

- **Bradicinesia:** se trata del signo más representativo de la enfermedad. Cursa con un enlentecimiento del movimiento espontáneo y automático lo que provoca a su vez una dificultad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), sobre todo en tareas que requieren movimientos precisos, como puede ser afeitarse. Un método de diferenciación frente a otras patologías es la realización de movimientos repetitivos, siendo estos lo más rápido y amplios

posibles, donde los pacientes con EP irán reduciendo la amplitud progresivamente hasta detenerse. Junto con este enlentecimiento es común que curse con hipomimia, sialorrea y disartria.

- **Rigidez:** aumenta la resistencia que realizan los músculos ante movimientos, sienten estos espasmódicos y reducidos conocidos como el signo de la rueda dentada. Debido a esta contracción muscular continua, el paciente suele referir la presencia de dolor.
- **Temblo en reposo:** se trata de un temblor, principalmente con inicio unilateral, con predominio distal y que desaparece con el sueño y el movimiento voluntario. También es posible que afecte a mandíbula o piernas.
- **Inestabilidad postural:** de aparición tardía debido a la pérdida progresiva de reflejos posturales que a su vez aumenta el riesgo de caídas.

Para su diagnóstico debe presentar bradicinesia y mínimo uno de los otros 3 síntomas mencionados.¹⁴ También es característico en la EP los síntomas no motores, que pueden aparecer mucho antes que los motores, los cuales pueden ser clasificados en:

- **Manifestaciones neuropsiquiátricas:** trastornos de humor, cognitivos, demencia y delirio entre otros.
- **Disfunción autonómica:** hipotensión ortostática, disfunción gastrointestinal (sialorrea, disfagia), urogenital (polaquiuria, nicturia) y termorreguladora.
- **Trastornos del sueño:** insomnio, dificultad para mantener el sueño, trastornos de conducta de sueño REM e hipersomnia diurna.
- **Sensoriales:** hiposmia, ageusia y diferentes tipos de dolor.¹⁷

Además, para evaluar la etapa de evolución de la enfermedad en la que se encuentra el paciente se toma uso de la escala de Hoehn y Yahr (ver anexo 1), la cual valora los estadios de la EP conforme a la aparición de síntomas e incapacidad del paciente. Por otro lado, para evaluar el impacto de la EP en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) se puede hacer uso de la escala de Schwab y England (ver anexo 2), que toma en cuenta el grado de dificultad a la hora de realizar las ABDV y, evaluando así, su nivel de autonomía.¹⁸

5.2. Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad de Parkinson se basa en un abordaje multidisciplinar que combina los tratamientos farmacológicos, destacando

principalmente el tratamiento con Levodopa, y no farmacológicos, empleados desde etapas iniciales de la patología.

5.2.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico puede tener dos finalidades: un tratamiento neuroprotector o un tratamiento sintomático. Un tratamiento neuroprotector busca prevenir la progresión de la enfermedad y la aparición de patologías secundarias mediante el retraso de la pérdida neuronal.¹⁹ Actualmente, no existe un tratamiento neuroprotector que haya dado resultados relevantes para la EP debido a la instauración tardía de este. A pesar de que se han hipotetizado medidas para la protección de las neuronas a través de diferentes vías y mecanismos implicados, están todavía en fase experimental.

El tratamiento sintomático busca la normalización de los niveles de dopamina a través de la sustitución farmacológica para restaurar los niveles de este neurotransmisor. Esta terapia sustitutiva no presenta ninguna contraindicación de inicio temprano, en cambio, resulta en efectos positivos para el paciente aún en estadios iniciales de la enfermedad. Actualmente el tratamiento más común es la administración de la molécula precursora de la dopamina, la Levodopa (L-DOPA), teniendo una buena efectividad. Pese a esto, la EP cursa de forma diferente entre pacientes, por lo que el inicio debe realizarse por medio de una terapia individualizada y no por preferencia del medicamento.¹⁹

En cuanto a esta vía de tratamiento, la enfermería tendrá como objetivo educar al paciente en el uso correcto de los medicamentos prescritos para lograr una buena adherencia al tratamiento. También debe ser consciente de la evolución de los síntomas para determinar el efecto del tratamiento en el paciente o la necesidad de modificarlo.¹⁹

20

Los medicamentos más comunes de la terapia farmacológica son:

- **Levodopa:** es el principal medicamento utilizado. Se trata de un precursor de la dopamina, normalmente prescrito junto a inhibidores de la descarboxilasa periférica (carbidopa y benserazida) puesto que disminuyen las dosis necesarias y los efectos adversos gracias inhiben la conversión de L-DOPA a dopamina hasta llegar al sistema nervioso central, minimizando sus efectos a nivel periférico. A partir de los 5-10 años de tratamiento, aparecen fluctuaciones motoras en la mayoría de los pacientes. Se conoce como el “fenómeno de desgaste”, ya que el paciente siente que los efectos de la medicación comienzan a desaparecer antes de la siguiente dosis. Destaca la aparición de discinesias,

movimientos involuntarios anormales que reducen el efecto terapéutico de la L-DOPA afectando enormemente a la calidad de vida de los pacientes, y otras afecciones motoras.

- **Agonistas dopaminérgicos:** estos actúan sobre los receptores dopaminérgicos estimulándolos. Están asociados a menos fluctuaciones motoras y discinesias frente a la levodopa, pudiendo retrasar su inicio y, con ello, también la aparición de sus efectos secundarios. El tratamiento con agonistas dopaminérgicos está contraindicado en pacientes con deterioro cognitivo, pues puede favorecer la aparición de alucinaciones entre otros efectos como somnolencia, hipotensión, edema y trastornos de control de impulso. A medida que avanza la enfermedad deben ser prescritos asociados a levodopa para lograr un buen control sintomático.
- **Inhibidores de la monoaminoxidasa tipo B (iMAO-B):** también conocidos como inhibidores dopaminérgicos. Pueden ser inhibidores irreversibles (selegilina y rasagilina) o selectivos y reversibles (safinamida). Producen una leve mejoría sintomática, por lo que suelen ir asociados a otros medicamentos. Poseen pocos efectos adversos y pueden retrasar el inicio del tratamiento con levodopa.
- **Amantadina:** se trata de un medicamento antiviral utilizado para tratar la influenza tipo A. Se conoce que tiene la capacidad de inhibir los receptores NMDA de glutamato, tiene acción anticolinérgica y aumenta la concentración de dopamina. Tiene un efecto leve y es utilizado en conjunto con la levodopa cuando comienzan a aparecer los signos de fluctuaciones motoras y discinesias provocadas por esta última.^{14, 21, 22}
- **Anticolinérgicos:** tienen el objetivo de tratar el temblor que no responde ni a la levodopa ni a los agonistas dopaminérgicos, y en jóvenes sin compromiso cognitivo con temblor incapacitante con poca bradicinesia y rigidez. Es importante que el inicio sea en dosis bajas y se vayan aumentando progresivamente para evitar efectos adversos.
- **Inhibidores de la Catecol-O-metiltransferasa (i-COMT):** destinados a evitar la metabolización de la L-dopa a 3-O-metildopa, aumentando así la vida media de la levodopa cuando van asociados. Utilizado para tratar las fluctuaciones motoras provocadas por el tratamiento de levodopa.¹⁴

5.2.2. Tratamiento no farmacológico

El objetivo de la terapia no farmacológica es mejorar la calidad de vida del paciente y ralentizar el desarrollo de la enfermedad con una combinación de ejercicios

de habla, fisioterapia, soporte psicológico, entrenamiento cognitivo y estimulación cerebral profunda y estimulación cerebral no invasiva.

Este tratamiento debe ir enfocado en suplir las necesidades de forma conjunta desde la etapa inicial de la enfermedad y de la forma más temprana posible. Además, se debe proveer una educación sobre la enfermedad y su pronóstico para fomentar que el paciente sea capaz de detectar cambios y comunicarse adecuadamente con el equipo sanitario, puesto que es fundamental para llevar a cabo una correcta atención de sus necesidades.

El papel de la enfermería es clave en el tratamiento pues tiene como objetivos fundamentales educar al paciente sobre su enfermedad, ofrecer apoyo emocional, fomentar el ejercicio físico y la nutrición, pues son los pilares de las fases iniciales para fomentar la autonomía del paciente. Además, la enfermería de atención primaria, gracias a la atención continuada, es la encargada de controlar la respuesta al tratamiento, realizar una valoración de las necesidades del paciente, evaluar su situación familiar y continuar la educación sanitaria tanto del paciente como del cuidador.

14, 19

5.2.3. Tratamiento quirúrgico

La vía quirúrgica está destinada a aquellos pacientes que no tienen una buena respuesta al tratamiento, entre las cuales podemos destacar:

- **Estimulación cerebral profunda (ECP, o DSB, en inglés):** está destinada principalmente al tratamiento de los síntomas motores de la EP y a los secundarios del tratamiento farmacológico. Para ello se implantan electrodos en ciertas áreas del cerebro y mediante impulsos eléctricos creados por un generador de impulso. Algo característico es que es el propio paciente el que controla su encendido y apagado.
- **DUODOPA:** a través de una intervención quirúrgica se coloca una bomba que, por medio de un estoma, libera un gel de carbidopa-levodopa en el intestino mejorando así la absorción y reduciendo los tiempos en off, mejorando la calidad de vida ^{18, 23}
- **Otros procedimientos:** se encuentran reservadas a pacientes que no responden al tratamiento y además cursan con periodos on-off extremos. Estas son la talamotomía, palidotomía, subtalamotomía y el empleo de ultrasonidos focalizados.¹⁴
- **Terapia con ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU):** Se trata de un procedimiento no invasivo donde se realizan termolesiones por la confluencia de haces ultrasónicos y guiados por resonancia magnética (RM). Está destinada

para el tratamiento del temblor esencial y parkinsoniano a través de la talamotomía. Un punto muy relevante de esta técnica es que permite evaluar a tiempo real los efectos que produciría la ablación antes de realizarla y pudiendo ajustar el procedimiento hasta obtener el resultado óptimo. La limitación que tiene el tratamiento por HIFU es la unilateralidad de este, ya que los abordajes bilaterales podrían aumentar el riesgo de complicaciones neurológicas.¹¹

- **Terapia celular:** Se basa en el trasplante de distintos tipos de células productoras de dopamina con el objetivo de normalizar los niveles de este neurotransmisor en la vía nigroestriada, además de la formación de nuevas sinapsis, implantándolas directamente en el cerebro a través de cirugía estereotáxica.²⁴ Podrían ser distintos tipos de células madre, como células madre mesenquimales, embrionarias y células pluripotentes inducidas (IPs) o células procedentes del cuerpo carotídeo. Los primeros ensayos se iniciaron ya en la década de los 90 empleando neuroblastos fetales,²⁵ pero a pesar del buen pronóstico de la terapia, todavía no hay evidencia suficiente de si realmente proporciona una mejoría para el paciente.²⁴

5.3. Papel de la enfermería en el cuidado de la enfermedad de Parkinson

El objetivo principal de enfermería en atención primaria es dirigir una atención individualizada a los pacientes para valorar y suplir sus necesidades, ofertar una educación sanitaria adecuada al proceso que cursa el paciente y acompañar durante este dirigiéndolo y derivando a otros profesionales para un abordaje multidisciplinar. En el caso de la EP, también es importante no solo valorar al paciente sino su ambiente familiar pues es muy común que el cuidador sea un familiar cercano. En este caso se debe ofrecer una educación en el cuidado del paciente además de valorar a la propia persona, siendo realmente importante el ámbito psicosocial para prevenir un síndrome de sobrecarga del cuidador.

5.3.1. Proceso de atención de enfermería (PAE)

Para lograr un correcto abordaje por parte de Enfermería debemos conocer su metodología de trabajo y cómo se enlaza con la aplicación del método científico. El PAE está conformado por un conjunto de fases enlazadas de forma continua y en una disposición cíclica, que permite una valoración y cuidado continuos para lograr una atención integral en cualquier etapa de la patología del paciente. Estas fases son:²⁶

- **Valoración:** fase inicial del proceso donde se busca obtener toda la información del paciente a través de la anamnesis, evaluando el estado de salud en el que se encuentra y sus necesidades para poder descubrir problemas reales, aquellos que ocurren en ese preciso instante, o problemas potenciales, aquellos que pueden ocurrir a futuro debido a la alteración de las necesidades del paciente. Siguiendo el modelo de Virginia Henderson se toman en cuenta 14 necesidades básicas.
- **Diagnóstico:** una vez realizada la valoración e identificación de los problemas que cursa el paciente, se procede a realizar un diagnóstico enfermero, el cual servirá para orientar las intervenciones destinadas a suplir y mejorar las necesidades del paciente para lograr una mejoría en su estado de salud. Para la selección de los diagnósticos correspondientes se utiliza la clasificación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) pues gracias a su diseño estandarizado y la utilización de códigos para cada diagnóstico facilitan la comunicación no solo a nivel multidisciplinar sino a nivel global.
- **Planificación:** durante esta etapa se busca crear un plan de cuidados para el paciente. Para ello, se hace uso de la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification), la cual contiene no solo los resultados esperados de forma estandarizada, sino que además incluye escalas de medición e indicadores. Haciendo uso de ella, se seleccionan los objetivos que se consideran oportunos para elevar el estado de salud del paciente en cuestión.
A continuación, se procede a evaluar las intervenciones necesarias para conseguir esos resultados. Para ello se hace uso de la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification), donde están recogidas las actuaciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos propuestos.
Aquí destaca el papel del cuidado de Enfermería, pues dos pacientes que cursen el mismo proceso no necesariamente tienen las mismas necesidades afectadas y es obligación de enfermería diseñar, de forma individualizada, las acciones que se tomarán para el cuidado del paciente.
- **Ejecución:** aquí es donde se llevará a cabo el plan de cuidados a través de las intervenciones designadas.
- **Evaluación:** una vez realizado el plan de cuidados se valora el estado del paciente y si ha cumplido con los objetivos planteados. A través del feedback, se decidirá si se ha cumplimentado o si es necesario realizar modificaciones al plan de cuidados, dando lugar a una repetición cíclica del proceso hasta que se considere oportuno.^{26, 27}

5.3.2 Plan de cuidados estandarizado para pacientes con Parkinson

Un plan de cuidados estandarizado, a diferencia de uno individualizado, toma como referencia los problemas más comunes que se padecen con la enfermedad en cuestión, facilitando un abordaje rápido y permite una posterior individualización de los cuidados.²⁸ Para el desarrollo de este plan de cuidados se tomarán en cuenta las necesidades que generalmente son alteradas por la EP en sus etapas iniciales ya que, como se ha mencionado anteriormente, a medida que evoluciona la enfermedad, requiere cuidados más especializados.

En la etapa inicial, tras el diagnóstico de la enfermedad, es necesario profundizar en una atención destinada a informar y educar sobre el proceso patológico de la enfermedad. Es común que en este periodo de tiempo las manifestaciones de la EP sean escasas, por lo que una formación adecuada puede decidir la evolución de esta. Por otro lado, puede haber alteraciones psicosociales debido a la aparición de depresión originada de la fase de negación por un afrontamiento ineficaz del diagnóstico. La Enfermería debe ofrecer las herramientas adecuadas para que el paciente pueda hacer frente a la situación y la integre en su vida diaria. (*ver tabla 2*)

Otro de los puntos a tener en cuenta es la alimentación. Pese a que en etapas iniciales pueden no aparecer manifestaciones, puede generar intranquilidad en el paciente por lo común de su aparición en la evolución del proceso patológico. Algunas de las más comunes que afectan a esta necesidad es la sialorrea y la disfagia.

También es común que se encuentre alterada la necesidad de eliminación, pudiendo ser derivado de la medicación. Los pacientes suelen referir estreñimiento que, con el uso de medidas higiénico-dietéticas y formando al paciente sobre la importancia de la dieta y la ingesta de líquidos, favorece la mejoría de la sintomatología. (*ver tabla 3*)

Como adelantamos anteriormente, uno de los problemas que más preocupan a los pacientes son los trastornos motores. Estos afectan en varios ámbitos de la vida del paciente y provocan la pérdida de autonomía en la realización de las ABCV. Entre las manifestaciones a resaltar no solo destacan los propios trastornos de la marcha o la dificultad para realizar labores simples, también se deben tener en cuenta la aparición de signos como la disartria (dificultad para el habla por alteración en los músculos involucrados) y la hipotensión ortostática, que, en conjunto con los trastornos de la marcha, aumentan el riesgo de caídas del paciente. Para ello, las medidas irán destinadas a que el paciente mantenga un estilo de vida activo y así ralentizar su evolución. Además, como profesional de enfermería hay que valorar el riesgo de caídas del paciente y aportar recomendaciones para evitarlas.²⁰ (*ver tablas 4 y 5*)

Los trastornos del sueño suelen manifestarse por la aparición de insomnio nocturno que puede estar relacionado por las manifestaciones motoras de la enfermedad, o bien por algún efecto refractario de la medicación. Para ello se destinarán los cuidados a desarrollar una buena higiene del sueño y, si fuera necesario, se derivará al paciente a un especialista para la implementación de tratamiento farmacológico. El insomnio nocturno puede derivar en hipersomnia diurna, por lo que en la aparición de esta es necesario descartar su relación antes de modificar la pauta farmacológica.²¹,²⁹ (ver tabla 6)

En cuanto a la alteración de la sexualidad, aunque no se contempla como una necesidad en el marco de Virginia Henderson, es importante recalcar su abordaje pues puede ir de la mano con el desarrollo de problemas psicosociales derivados de la inseguridad y la impotencia en su aparición. La disfunción sexual es frecuente en pacientes diagnosticados de EP y, pese a que es una manifestación que aparece tardíamente, es importante informar al paciente de su posible aparición y del tratamiento existente para ella.²⁹

Generalmente, las necesidades de eliminación, movilidad y reposo/sueño son las más afectadas en las etapas iniciales de la enfermedad.²¹ Se utilizarán las taxonomías NANDA, NOC y NIC para su desarrollo, haciendo uso del portal NNNConsult.³⁰ Se proponen los siguientes diagnósticos, objetivos e intervenciones para los problemas más frecuentes ya mencionados, segregados en este caso en base a las necesidades de Virginia Henderson. Las tablas se encuentran conformadas por los siguientes apartados:

- **NANDA:** recoge la información del diagnóstico enfermero de la patología afectada, con sus características definitorias (manifestaciones) y factores relacionados (etiología).
- **NOC:** objetivos que se pretenden lograr a través del abordaje de enfermería.
- **NIC:** intervenciones de enfermería destinadas a conseguir los objetivos propuestos.

Tabla 2: necesidad de comunicación

NANDA	
00069 - Afrontamiento ineficaz:	
Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.	
<u>Características definitorias:</u> - Alteración de los patrones de comunicación. - Expresa alteración del ciclo sueño-vigilia.	<u>Factores relacionados:</u> - Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.

- Informa de sensación de control inadecuada.	
NOC	NIC
<p>1300 - Aceptación: estado de salud</p> <p>[130008] - Reconocer la realidad de la situación de salud.</p> <p>[130010] - Afrontamiento de la situación de salud.</p> <p>[130020] - Expresa autoestima positiva.</p>	<p>5270 - Apoyo emocional</p> <p>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p> <p>5239 - Mejorar el afrontamiento</p> <p>- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> <p>- Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica, si es el caso.</p>

Tabla 3: necesidad de eliminación

NANDA	
00011 - Estreñimiento:	
Evacuación de heces infrecuente o con dificultad	
<u>Características definitorias</u>	<u>Factores relacionados</u>
- Evidencia de síntomas en los criterios estandarizados para el diagnóstico.	- Preparaciones farmacológicas.
NOC	NIC
<p>0501 - Eliminación intestinal</p> <p>[50101] - Patrón de eliminación.</p> <p>[50102] - Control de movimientos intestinales.</p> <p>[50129] - Ruidos abdominales.</p> <p>0602 - Hidratación</p> <p>[60215] - Ingesta de líquidos.</p>	<p>0430 - Control intestinal</p> <p>- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.</p> <p>- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.</p> <p>- Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.</p> <p>450 - Manejo del estreñimiento/impactación fecal</p> <p>- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</p>

	- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación fecal.
--	---

Tabla 4: necesidad de movilidad

NANDA	
00085 - Deterioro de la movilidad física:	
Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.	
<u>Características definitorias</u>	<u>Factores relacionados</u>
- Alteración de la marcha. - Disminución de las habilidades motoras finas.	- Disminución del control muscular.
NOC	NIC
0208 - Movilidad [20801] - Mantenimiento del equilibrio. [20803] - Movimiento muscular. [20806] – Ambulación.	0200 - Fomento del ejercicio - Explorar los obstáculos para el ejercicio. - Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. - Explorar los obstáculos para el ejercicio. - Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. 0226 - Terapia de ejercicios: control muscular - Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia. - Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios, si corresponde.

Tabla 5: necesidad de seguridad con el entorno

NANDA	
00303 - Riesgo de caídas del adulto:	
Susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud.	
<u>Factores relacionados</u>	
- Deterioro de la movilidad física. - Alteraciones del sueño.	
NOC	NIC

<p>1939 - Control de riesgo: Caídas</p> <p>[193902] - Identifica los factores de riesgo para evitar caídas.</p> <p>[193908] - Controla los factores de riesgo de su entorno.</p> <p>[193913] - Usa zapatos o zapatillas bien ajustados con suelas antideslizantes para caminar.</p>	<p>6490 - Prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. - Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento. - Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha. - Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
--	--

Tabla 4: necesidad de reposo y sueño

NANDA	
00095 - Insomnio:	
Incapacidad para iniciar o mantener el sueño que perjudica el funcionamiento	
<u>Características definitorias</u>	<u>Factores relacionados</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Expresa insatisfacción con el sueño. - Ciclo sueño–vigilia no reparador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica. - Preparaciones farmacológicas. - Higiene del sueño inadecuada.
NOC	NIC
<p>0003 – Descanso</p> <p>[302] - Patrón del descanso.</p> <p>[303] - Calidad del descanso.</p> <p>0004 - Sueño</p> <p>[403] - Patrón del sueño.</p> <p>[404] - Calidad del sueño.</p> <p>[405] - Eficiencia del sueño.</p>	<p>1850 - Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. - Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño. - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. - Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.

5.3.3 Síndrome de sobrecarga del cuidador

Una de las dimensiones del tratamiento que también posee especial relevancia es el rol del cuidador que, en su mayoría, suele ser desempeñado cuidadores informales (miembros de la familia o relaciones cercanas), los cuales se encargan de suplir las necesidades de las actividades de la vida diaria de las que no se pueden encargar los pacientes por sí mismos. Se denominan cuidadores informales debido a que no tienen una formación en el rol que desempeñan y dedican la mayor parte del día a cuidar del paciente, llegando a abandonar su vida cotidiana para destinar ese tiempo a realizar los cuidados.

Este cambio en el ritmo diario del cuidador puede afectar a su calidad de vida, pudiendo sentirse sobrecargado por la situación y favoreciendo la aparición de signos y síntomas como pueden ser estrés, ansiedad, depresión, pérdida de apetito y motivación, apatía, insomnio, culpabilidad y cambios de humor, cefalea y falta de autocuidado, entre otros. A su vez, estas personas tienen mayor probabilidad de caer en conductas nocivas como el abuso de alcohol, drogas y tabaco y también están condicionadas a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, inmunológicas, respiratorias, osteomusculares y gastrointestinales. Este conjunto se conoce como síndrome de sobrecarga del cuidador o síndrome del cuidador quemado.³¹

Para la evaluación del estado de sobrecarga del cuidador se utilizan diversas escalas como pueden ser la ECFOSII (entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva) o la IEC (cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador). La más utilizada es la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, un cuestionario de 22 preguntas que se valoran entre 0 y 4 puntos. Dependiendo del sumatorio de puntos se puede diferenciar entre cuidadores no sobrecargados (menor a 46 puntos), cuidadores con sobrecarga leve (entre 46-56 puntos) y cuidadores con sobrecarga intensa (superior a 56 puntos). Se estima que el 90% de cuidadores informales sobrepasan los 46 puntos de la escala Zarit, padeciendo el síndrome de sobrecarga del cuidador. A su vez, el envejecimiento de la población, sumado al aumento de la esperanza de vida y a que las familias cada vez tienen menor número de miembros, volverá esta situación más frecuente.^{31, 32}

Como profesionales de enfermería, se deberá brindar apoyo al cuidador e integrarlo en el plan de atención. Es importante ayudar a que el cuidador sea consciente de su situación y de las herramientas que tiene a su alcance para combatirla. (*ver Tabla 7*) Resulta fundamental el desarrollo de la capacidad de poner límites libres de culpa, solicitar ayuda cuando sea necesario y dedicar tiempo a sí mismo. Desde enfermería no solo se le deberá formar en las tareas que realizará, sino que también se debe adaptar una atención personal hacia el cuidador con el objetivo de mejorar los síntomas

generados por la situación.³² (ver tabla 8) Para ello, se propone un plan de atención estandarizado dirigido al cuidador siguiendo las taxonomías NANDA, NOC y NIC.³⁰

Tabla 7: necesidad de Afrontamiento

NANDA	
00069 - Afrontamiento ineficaz:	
Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.	
<u>Características definitorias</u>	<u>Factores relacionados</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia. - Deterioro de la habilidad para pedir ayuda. - Fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación inadecuada para los estresores. - Sensación de control inadecuada.
NOC	NIC
<p>2208 - Factores estresantes del cuidador familiar</p> <p>[220801] - Factores estresantes referidos por el cuidador.</p> <p>[220820] - Carga percibida de problemas de salud progresivos del receptor de los cuidados.</p>	<p>5230 - Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.

Tabla 8: necesidad de Rol/Relación

NANDA	
00061 - Cansancio del rol de cuidador:	
Dificultad para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativa y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas.	
<u>Características definitorias</u>	<u>Factores relacionados</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Expresa alteración del ciclo sueño–vigilia. - Deterioro de la habilidad para pedir ayuda. - Fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación inadecuada para los estresores. - Sensación de control inadecuada.
NOC	NIC
<p>1501 - Desempeño del rol</p> <p>[150101] - Desempeño de las expectativas del rol.</p> <p>2508 - Bienestar del cuidador principal</p> <p>[250801] - Satisfacción con la salud física.</p> <p>[250802] - Satisfacción con la salud emocional.</p>	<p>7040 - Apoyo al cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. - Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. - Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.

[250804] - Satisfacción con la realización de los roles habituales.	5230 - Mejorar el afrontamiento - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
---	--

6. Discusión

Con la realización del presente trabajo se ha tratado de proporcionar una base de conocimiento sobre la patología de la EP en conjunto con una visión del papel de la Enfermería en el tratamiento de esta.

Tras la revisión de la bibliografía se puede establecer que, debido a la carencia de una prueba diagnóstica concreta para la EP, es necesario el conocimiento de los efectos de la enfermedad en el paciente. Se destacan los síntomas motores (bradicinesia, rigidez, temblor en reposo e inestabilidad postural) de la misma ya que son fundamentales para el diagnóstico y, a su vez, los más incapacitantes. No obstante, su aparición se produce cuando la mayoría de las neuronas dopaminérgicas han degenerado. Además, una serie de manifestaciones no motoras, como puede ser la anosmia, problemas gastrointestinales o alteraciones del sueño, nos pueden servir para prever el inicio de la patología y, con el apoyo en pruebas de imagen como la RMN o PET, proporcionar un tratamiento precoz.^{14,16, 17}

Por otro lado, a pesar de que las diversas vías de tratamiento, tales como la terapia celular o la HIFU, parecen mostrar buenos resultados, la falta de una evidencia certera de sus efectos hace que las terapias de elección suelen limitarse al tratamiento farmacológico, destacando la terapia con L-DOPA, en conjunto con un tratamiento no farmacológico. El tratamiento con L-DOPA suele ir relacionado a inhibidores de la carboxilasa periférica para reducir las dosis necesarias. Esta relación es importante puesto que disminuye las dosis de L-DOPA y resultando relevante ya que en tratamientos de larga instauración produce manifestaciones tales como discinesias. Por ello, es recomendado el uso de agonistas dopaminérgicos que estimulan los receptores del neurotransmisor y, a su vez, retrasan la instauración de L-DOPA. Una vez aparezcan las discinesias, se suele utilizar en combinación con la amantadina, que reduce las manifestaciones generadas por el propio tratamiento. En el caso del tratamiento no farmacológico destaca el papel enfermería que, a través del PAE, no solo evaluará la adherencia al tratamiento y el efecto de este, sino que dirigirá sus cuidados en torno a las necesidades del paciente y al fomento de la autonomía de este. La evaluación enfermera del paciente es de utilidad a la hora de readaptar el tratamiento conforme la evolución de la patología y la aparición de nuevas manifestaciones.^{16, 18, 20, 28, 29}

Uno de los puntos contradictorios en este trabajo sobre el abordaje enfermero es la utilización de un plan estandarizado sobre un abordaje específico del paciente.^{26, 27, 28,}
²⁹ Esto es debido a la gran amplitud de síntomas que conforman la enfermedad y que difieren según el tiempo de evolución. Por ello se abogó por un plan de cuidados estandarizado, que recogiera los cuidados más generales mencionados en la bibliografía y que, así mismo, ayude a agilizar el proceso de atención pudiendo mutar según los requerimientos del paciente.²⁹ No solo se debe utilizar el PAE para reevaluar la efectividad del plan de cuidados sino también analizar la efectividad del tratamiento y redirigir al paciente a la unidad adecuada en caso de ser necesario. Es importante destacar la inclusión del cuidador en el proceso de atención debido a la repercusión directa que tiene en el paciente la calidad de los cuidados que aporta en relación con el índice de sobrecarga de este.^{31, 32}

Para finalizar, las únicas discrepancias destacables en la bibliografía propuesta son en relación con los datos numéricos que aportan (como datos de incidencia y prevalencia) debido a la falta de estudios que aporten datos concretos, pero mantienen un eje común a lo que refiere la enfermedad al paciente y los medios de tratamiento disponibles.

7. Conclusiones

1. La EP es una enfermedad neurodegenerativa crónica con síntomas principalmente motores, como el temblor, inestabilidad postural, rigidez muscular, inestabilidad postural y bradicinesia. Se desarrollan también síntomas no motores, pero son más incapacitantes sus manifestaciones motoras. Esto genera una pérdida de independencia progresiva en el paciente, requiriendo la atención de un cuidador.
2. En la actualidad el tratamiento para la EP es sintomático, basado en la terapia farmacológica administrando la molécula precursora de la dopamina, la levodopa y/o agonistas dopaminérgicos. Además, la terapia no farmacológica dirigida al tratamiento de las necesidades que desarrolla cada paciente tiene un papel importante.
3. El papel de la Enfermería destaca en la evaluación de la situación del paciente y tratamiento sintomático de la enfermedad. A través del plan de cuidados se busca abordar las necesidades del paciente y, de ser necesario, el cuidador. Cobra especial relevancia en la atención frente a nuevos síntomas que puedan aparecer y, en la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico y la efectividad de este.

8. Bibliografía

- 1) Parkinson J. “An essay on the shaking palsy.” J Neuropsychiatry Clin Neurosci [Internet].2002;14(2):223–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/jnp.14.2.223>
- 2) García Ruiz PJ. Prehistoria de la enfermedad de Parkinson. Neurología. [Internet] 2004;19(10):735–7. [citado el 3 de febrero de 2023] Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13699/prehistoria_enfermedad_parkinson.pdf
- 3) *Enfermedad de Parkinson* [Internet]. Who.int. [citado el 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease>
- 4) Elizondo-Cárdenas G, Déctor-Carrillo MÁ, Martínez-Rodríguez HR, Martínez-de Villarreal L, Esmer-Sánchez M del C.; “Genética y la enfermedad de Parkinson: Revisión de actualidades.” Med Univ [Internet]. 2011 [citado el 11 de febrero de 2023];13(51):96–100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-articulo-genetica-enfermedad-parkinson-revision-actualidades-X1665579611240564>
- 5) García-Ramos R, López Valdés E, Ballesteros L, Jesús S, Mir P. “Informe de la Fundación del Cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España.” Neurología [Internet]. 2016 [citado el 11 de febrero de 2023];30(6):401–13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-informe-fundacion-del-cerebro-sobre-S0213485313001114>
- 6) Bonifati V. Autosomal recessive parkinsonism. Parkinsonism Relat Disord [Internet]. 2012 [citado el 12 de febrero de 2023];18 Suppl 1: S4-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22166450/>
- 7) Sundal C, Fujioka S, Uitti RJ, Wszolek ZK. Autosomal dominant Parkinson’s disease. Parkinsonism Relat Disord [Internet]. 2012 [citado el 20 de febrero de 2023];18 Suppl 1:S7-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22166459/>
- 8) Gonzalez-Usigli HA. Enfermedad de Parkinson [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurologicos/trastornos-del-movimiento-y-cerebelosos/enfermedad-de-parkinson>
- 9) El 50% de personas con síntomas de Parkinson está sin diagnosticar [Internet]. Geriatricarea. 2022 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en:

- <https://www.geriatricarea.com/2022/04/07/mas-de-la-mitad-de-personas-que-han-comenzado-a-tener-sintomas-de-parkinson-esta-sin-diagnosticar/>
- 10) Benito León J. Epidemiología de la enfermedad de Parkinson en España y su contextualización mundial. Rev Neurol [Internet]. 2018;66(04):125. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.6604.2017440>
 - 11) Martínez-Fernández. R, Gasca-Salas C. C, Sánchez-Ferro Á, Ángel Obeso J. ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2016 [citado el 4 de marzo de 2023];27(3):363–79. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-la-enfermedad-de-S0716864016300372>
 - 12) La incidencia y prevalencia del Parkinson se ha incrementado [Internet]. Geriatricarea. 2019 [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2019/04/10/la-incidencia-y-prevalencia-del-parkinson-se-ha-incrementado-pero-sigue-siendo-una-enfermedad-infradiagnosticada/>
 - 13) Cada año se diagnostican unos 10.000 nuevos casos de Parkinson en España [Internet]. Geriatricarea. 2017 [citado el 6 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2017/04/11/cada-ano-se-diagnostican-unos-10-000-nuevos-casos-de-parkinson-en-espana/>
 - 14) Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación [Internet]. Nih.gov. [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://espanol.ninds.nih.gov/es/trastornos/forma-larga/enfermedad-de-parkinson-esperanza-en-la-investigacion>
 - 15) La OMS alerta de que en los últimos 25 años se han duplicado los casos de Parkinson en el mundo – SID [Internet]. Usal.es. [citado el 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/noticias/la-oms-alerta-de-que-en-los-ultimos-25-anos-se-han-duplicado-los-casos-de-parkinson-en-el-mundo/>
 - 16) Marín DS, Universidad Tecnológica de Pereira, Carmona H, Ibarra M, Gámez M, Universidad Tecnológica de Pereira, et al. Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2018 [citado el 20 de marzo de 2023];50(1):79–92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072018000100079
 - 17) Simón Pérez E, Aguilera Pacheco OR, Núñez Lahera I, Colina Avila E. Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Medisan [Internet]. 2017 [citado el 10 de marzo de 2023];21(6):681–7. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600006
- 18) Cano de la Cuerda R, Vela-Desojo L, Miangolarra-Page JC, Macías-Macías Y, Muñoz-Hellin E. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad de Parkinson. *Medicina (Buenos Aires)* 2010;70(6):503–507. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000600003
 - 19) Kulisevsky Bojarski J. Tratamiento farmacológico de los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson: actualización y recomendaciones de un experto. *Rev Neurol [Internet]*. 2022;75(S04):S1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.75s04.2022217>
 - 20) Fernández AG, Ruiz-Espiga PG. Guía de buena práctica clínica en geriatría: enfermedad de Parkinson. 2009. p. 14-24, 74-83. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/GUIA%20GERIATRIA.%20Parkinson.pdf>
 - 21) García Manzanares M^a. C, Jiménez Navascués M^a. L, Blanco Tobar E, Navarro Martínez M, Perosanz Calleja M de. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. *Gerokomos [Internet]*. 2018 [citado el 15 de abril de 2023];29(4):171–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171
 - 22) Marmol S, Feldman M, Singer C, Margolesky J. Amantadine revisited: A contender for initial treatment in Parkinson's disease? *CNS Drugs [Internet]*. 2021;35(11):1141–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40263-021-00862-5>
 - 23) Nyholm D. Duodopa® treatment for advanced Parkinson's disease: a review of efficacy and safety. *Parkinsonism Relat Disord [Internet]*. 2012;18(8):916–29. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135380201200260X>
 - 24) Rocco M, Juri C. Is treatment with stem cells effective in Parkinson's disease? *Medwave [Internet]*. 2018;18(05):e7241–e7241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7241>
 - 25) Valadez-Barba V, Juárez-Navarro K, Padilla-Camberos E, Díaz NF, Guerra-Mora JR, Díaz-Martínez NE. Enfermedad de Parkinson: actualización de estudios preclínicos con el uso de células troncales pluripotentes inducidas. *Neurol (Engl Ed) [Internet]*. 2021; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485321000207>

- 26) Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process. Asunción-Paraguay: 2013. Rev. Salud Publica Parag.2013; Vol.3 N°1; Enero-Julio 2013; p. 41-48. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- 27) Toney-Butler TJ, Thayer JM. Nursing Process. [Actualizado 10 de abril de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. Publicado: enero 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/#:~:text=The%20nursing%20process%20functions%20as,planning%2C%20implementation%2C%20and%20evaluation.&text=Assessment%20is%20the%20first%20step,data%20collection%3B%20subjective%20and%20objective>
- 28) Martínez-Delgado MM. Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2014 [citado el 16 de julio de 2023];16(1):11–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000100003
- 29) Mínguez Castellanos, Adolfo (coordinador) ... [et al.]. Enfermedad de Parkinson: proceso asistencial integrado [Internet] Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015. p. 20-33. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1870/1/PAI_Parkinson_2015.pdf
- 30) Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado el 30 de Mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
- 31) Martínez Pizarro S. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. Ene [Internet]. 2020 [citado el 3 de junio de 2023];14(1):14118. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100018
- 32) Martínez Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. Rev clín med fam [Internet]. 2020 [citado el 3 de junio de 2023];13(1):97–100. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013

9. Anexos

Anexo 1: escala de Hoehn y Yahr: Valora los estadios de la enfermedad en base a la aparición de síntomas y la incapacidad que estos provocan.

Estadios de la enfermedad de Parkinson según la escala de Hoehn y Yahr	
Estadio 0	Sin signos de enfermedad
Estadio 1	Afectación exclusivamente unilateral
Estadio 1.5	Afectación unilateral y axial
Estadio 2	Afectación bilateral sin pérdida de equilibrio
Estadio 2.5	Afectación bilateral leve con recuperación de la prueba de repulsión
Estadio 3	Afectación bilateral leve-moderada: cierta inestabilidad postural, físicamente independiente
Estadio 4	Incapacidad grave, capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda
Estadio 5	Permanece en silla de ruedas o en cama si no recibe ayuda

Anexo 2: escala de ABVD de Schwab y England: Valora la independencia del paciente en base a la capacidad y la dificultad que presenta la realización de las ABVD.

Escala de ABVD de Schwab y England	
100%	Completamente independiente. Capaz de realizar todas las tareas sin lentitud, dificultad o alteración. Esencialmente normal. No aprecia ninguna dificultad.
90%	Completamente independiente. Capacidad de realizar todas las tareas con cierto grado de lentitud, dificultad o alteración. Puede tardar el doble. Comienza a ser consciente de sus dificultades.
80%	Completamente independiente para realizar la mayor parte de tareas. Tarda el doble. Consciente de sus dificultades y lentitud.
70%	No es totalmente independiente. Mayor dificultad con ciertas tareas. En algunas tarda tres o cuatro veces el tiempo habitual. Tiene que invertir gran parte del día en realizar las tareas.
60%	Cierto grado de dependencia. Puede realizar la mayor parte de tareas, pero con mucha lentitud y mucho esfuerzo. Errores; algunas tareas imposibles.
50%	Más dependiente. Ayuda a la mitad de las actividades. Más lento, etc. Dificultades con todo.
40%	Muy dependiente. Puede ayudar en todas las tareas, pero pocas las logra realizar solo.

30%	Con esfuerzo, de vez en cuando realiza unas pocas actividades solo o las empieza solo. Necesita mucha ayuda.
20%	No hace nada solo. Puede ayudar para realizar algunas actividades. Muy inválido
10%	Totalmente dependiente, indefenso. Completamente inválido
0%	No mantiene adecuadamente funciones vegetativas como la deglución, función vesical o intestinal. Encamado