



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERIA**

**ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARKINSON RELACIONADO  
CON EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

**Autora:** Muñoz Acosta, Myriam Andrea

**Tutor:** Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

**Ambato – Ecuador**

**Noviembre, 2015**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Análisis de Caso Clínico sobre el tema:

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARKINSON RELACIONADO CON EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA”** de **Myriam Andrea Muñoz Acosta**, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

**EL TUTOR**

.....  
Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico: **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARKINSON RELACIONADO CON EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

## **LA AUTORA**

---

Muñoz Acosta, Myriam Andrea

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Septiembre del 2015

## **LA AUTORA**

---

Muñoz Acosta, Myriam Andrea

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Análisis de Caso Clínico sobre el tema **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARKINSON RELACIONADO CON EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA”** de Myriam Andrea Muñoz Acosta, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2015.

Para constancia firman:

-----  
PRESIDENTE/A

-----  
1<sup>ER</sup> VOCAL

-----  
2<sup>DO</sup> VOCAL

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, en segundo lugar a mis padres y hermana , pilares fundamentales en mi vida, quienes a lo largo de mi existencia han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Y por último pero no menos importante a todas las personas que de una u otra manera me dieron palabras de aliento para seguir adelante en los momentos más difíciles para así poder cumplir con esta meta.

Es por ellos que soy lo que soy

**Andrea Muñoz**

## **AGRADECIMIENTO**

Los resultados de este trabajo, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Mis más sinceros agradecimientos están dirigidos hacia mi tutor el Lcdo. José Luis Herrera por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito. A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, y que aportaron con un granito de arena a mi formación durante toda mi carrera profesional, y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como yo que entramos con el sueño de cumplir una meta más como profesionales, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida estudiantil a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

**Andrea Muñoz**

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
PORTADA .....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL .....	viii
ÍNDICE DE TABLA .....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xiii
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
OBJETIVO GENERAL .....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
<b>III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES .....</b>	<b>4</b>
3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE .....	4
3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE .....	5
VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....	5



<b>IV. DESARROLLO.....</b>	<b>10</b>
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO .....	10
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	11
TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON .....	12
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	13
4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	14
PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW .....	14
4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	16
4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO.....	21
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
<b>VII. ANEXO.....</b>	<b>56</b>

## ÍNDICE DE TABLA

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: PUNTOS CRÍTICOS .....	14
Tabla 2: OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	16
Tabla 3: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	21
Tabla 4: EXÁMENES DE LABORATORIO .....	56
Tabla 5: TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR -RICHMOND. .....	57
Tabla 6: CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL" .....	58
Tabla 7: TEST DE BARTHEL.....	59
Tabla 8 : CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO .....	60
Tabla 9: TEST DE PFEIFFER .....	64
Tabla 10:TEST DE YESAVAGE.....	65
Tabla 11: ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO.....	66
Tabla 12: ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) .....	68
Tabla 13: ÍNDICE LAWTON Y BRODY .....	69
Tabla 14: TEST DE APGAR FAMILIAR.....	70
Tabla 15: TEST DE DUKE-UNG.....	71
Tabla 16: ENCUESTA ESTRUCTURADA.....	72

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PARKINSON RELACIONADO  
CON EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA”**

**Autor:** Muñoz Acosta, Myriam Andrea

**Tutor:** Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

**Fecha:** Septiembre del 2015

**RESUMEN**

Esta investigación se realiza ya que la enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia, y afecta al 1-2% de la población de más de 65 años, la cual se considera una población vulnerable y con los aportes que se plantearán el personal de enfermería obtendrá un enriquecimiento en sus conocimientos para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida para dichos pacientes. (Fages, 2010)

En este trabajo se presenta el caso de un paciente geriátrico, masculino, de 57 años de edad, el mismo que sufre de la enfermedad desde hace 13 años. La enfermedad empezó con una rigidez escasa del cuello y pequeños movimientos de las manos, la cual fue progresando paulatinamente hasta que los temblores se hicieron parte de la vida diaria impidiéndole realizar las actividades cotidianas y convirtiéndose en una persona dependiente de otra.

Este análisis se realizó con el fin de identificar el gran impacto social que tiene y que influye en las actividades y funciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades que impone el cuidado del paciente; los cuidados van encaminados al mantenimiento óptimo de la calidad de vida, en todas sus dimensiones: física, mental y social.

En el presente trabajo se utilizó una metodología descriptiva porque permitió establecer contacto con la realidad para observarla, describirla, predecirla y controlarla; la finalidad de está radica en formular nuevos planteamientos y

profundizar en los hechos existentes, e incrementar los supuestos teóricos de los fenómenos de la realidad observada.

Durante la investigación se encontró un paciente en un estado de salud físico y social deteriorado por la enfermedad que presenta, se identificó los nudos críticos y los principales factores de riesgo que contribuyeron a desencadenar la enfermedad mediante una revisión bibliográfica e historial clínico.

**PALABRAS CLAVES:** PARKINSON, NEURODEGENERATIVA, HIPERINSOMNIO, POBLACIÓN VULNERABLE, ENFERMERÍA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**NURSING CAREER**

**"NURSING INTERVENTION IN PARKINSON RELATED TO  
IMPROVING THE QUALITY OF LIFE"**

**Author:** Muñoz Acosta, Andrea Myriam

**Tutor:** Lcdo. Mg. Herrera López, José Luis

**Date:** September 2015

**ABSTRACT**

This research is conducted as Parkinson's disease (PD) is the second neurodegenerative disease frequency, affecting 1-2% of the population over 65 years, which is considered a vulnerable population and the contributions that planted nurses get an enrichment of their knowledge to contribute to improving the quality of life for these patients. (Fages, 2010)

In this paper the case of a nursing home, male patient, 57 years old, suffering from the same disease for 13 years presents. The disease started with a little neck stiffness and small hand movements, which gradually progresses until the shaking part of daily life were preventing him from performing everyday activities and becoming a dependent on another person.

This analysis was performed in order to identify the major social impact and influencing the activities and functions performed by the nurse to meet the needs imposed by the care of the patient; care are aimed at maintaining optimal quality of life, in all its dimensions: physical, mental and social.

A descriptive methodology was used in this work because it allowed to make contact with reality to observe, describe, predict and control; The purpose of this

is to formulate new approaches and deepen existing facts, and increase the theoretical assumptions of the phenomena observed reality.

During the investigation a patient was in a state of physical and social health impaired by the disease with the critical points and the main risk factors that helped trigger the disease through a literature review and medical history was identified.

**KEYWORDS:** PARKINSON, NEURODEGENERATIVE, HYPERSOMNIA, VULNERABLE POPULATION, NURSING.

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es una patología degenerativa del sistema nervioso que afecta de forma característica a una de las áreas encargadas de iniciar y coordinar el movimiento que interviene de manera severa en el normal desarrollo del envejecimiento, es por este motivo que se realiza la investigación ya que el paciente empezó con la enfermedad a los 44 años poco común para padecer la enfermedad, en el presente trabajo se analizará las causas que contribuyeron a desencadenar la enfermedad a temprana edad.(Mejía, 2011)

Al momento de la detección de la enfermedad es importante seguir el tratamiento adecuado para disminuir la progresión de los síntomas de la enfermedad, se debe realizar un cambio en estilo de vida mejorando sus hábitos alimenticios, ejercicio físico y evitando hábitos inadecuados como alcohol, tabaco y drogas. La enfermedad de Parkinson es una enfermedad que no se pueda prevenir ya que es una enfermedad degenerativa pero se puede contribuir con mejoramiento de la calidad de vida del paciente para que pueda valerse por sí mismo y no dependa de otra persona para realizar sus actividades básicas; con la ayuda del tratamiento adecuado y la realización de terapia física.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente geriátrico, masculino, de 57 años de edad, el mismo que se encuentra entre la población vulnerable no solo por la edad sino por la enfermedad crónica y degenerativa que padece; según datos obtenidos en un artículo publicado el 2 de julio del 2012 el neurocirujano del Hospital del IESS menciona que el costo de la enfermedad para el estado está entre los \$ 50000, pero el paciente no cuenta con seguro social porque no conserva con un trabajo estable y su esposa no está en las posibilidades económicas aptas para poder darle el tratamiento adecuado.(Morán, 2012)

Tras el paso de los años los síntomas de la enfermedad han aumentado por no recibir un tratamiento oportuno y adecuado impidiendo al paciente realizar las actividades diarias, y volviéndose una persona dependiente de su familia. En el

Ecuador se estima que no existen estadísticas exactas del porcentaje de personas con Parkinson.

Esto se debe a que no es necesario conocer el número de individuos que está afectados por la enfermedad porque no es un virus, como la gripe, que causa epidemias, sino más bien una enfermedad que se mantiene firme, se estima que existen 300 personas que reciben tratamiento para el Parkinson, en el Hospital Eugenio Espejo hay 600 pacientes. No obstante, existe la Fundación Enfermos de Parkinson Capítulo Ecuador que apoyan a 475 miembros con rehabilitación y apoyo psicológico. Se estima que el número crece lenta y gradualmente, de manera despiadada, por cada individuo que fallece existen dos nuevos con este síndrome. (Quereje, 2010)



## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar cuáles son los nudos críticos sobre la enfermedad de Parkinson mediante una revisión bibliográfica e historial clínico para mejorar la calidad de vida del paciente y promover actividades de atención de Enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad.
- Determinar los resultados y actividades que contribuyen a mejorar la calidad de vida y concluir en el estado de salud actual del paciente.
- Proponer un tratamiento alternativo para mejorar los cuidados de enfermería del paciente y mejorar su estilo de vida.

### **III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES**

#### **3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE**

Dentro de la información que se pudo obtener de las historias clínicas que reposan tanto en el Centro de Salud de Huachi Grande y del Hospital Provincial Docente Ambato se encontró exámenes de laboratorio en donde los resultados no referían mayor importancia para la enfermedad. (Anexo 1); además se encontró informes de enfermería que se redacta a continuación.

#### **REPORTES DE ENFERMERÍA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE**

**15/09/2008**

Paciente acude al Centro de Salud de Huachi Grande por chequeo médico de la enfermedad de Parkinson, se le educa al paciente sobre la correcta administración de la medicación prescrita, paciente al momento con una P/A 120/80; respiración de 20x´; saturación de Oxígeno de 90%; frecuencia Cardíaca de 70x´.

**15/08/2009**

Paciente acude a su control con P/A 130/90; respiración de 20x´; saturación de Oxígeno de 90%; frecuencia Cardíaca de 70x´. se le administra vacuna de DT.

**20/03/2010**

Paciente acude a su chequeo médico con P/A 120/80; respiración de 20x´; saturación de Oxígeno de 90%; frecuencia Cardíaca de 70x´. se le administra diclofenaco + Neurobion IM, por órdenes médicas.

**13/02/2015**

Paciente al momento con temblor en miembros superiores e inferiores, con alteración de la marcha, signos vitales estables: P/A 120/80; respiración de 20x´; saturación de Oxígeno de 90%; frecuencia Cardíaca de 70x´.

### **3.2. INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Al realizar el presente trabajo se tuvo muchas dificultades porque las historias clínicas que reposan en el Hospital Provincial Docente Ambato y en el Centro de Salud Huachi Grande no contaban con la información, datos y exámenes necesarios para elaborar el trabajo. Es por esta razón que se realiza una entrevista estructurada está basada en las Necesidades de Virginia Henderson y la priorización de los problemas se basó en la pirámide de Maslow para obtener la información adecuada para realizar el trabajo.

### **VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

#### **1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE**

Paciente refiere que se agita al subir gradas, le falta el aire al levantarse, siente que se le cierra la nariz cuando esta acostado antes fumaba dos tabacos los fines de semana. El paciente al momento presenta una frecuencia respiratoria 20X', Saturación de Oxígeno de 92%, sus vías aéreas permeables, presento una puntuación de 0 en el test de Richmond. Bajo grado de dependencia. (Anexo 2)

#### **2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

Paciente refiere que come 3 veces al día, en el último año ha perdido peso y que tiene problemas para llevarse los alimentos a la boca. Paciente presenta un peso de 85 Kg, con un IMC de 29.41 lo cual nos indica un Riesgo nutricional alto con una puntuación de 13 en el test de "Conozca su salud nutricional" (anexo 3)

#### **3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES**

Paciente refiere que sufre de estreñimiento dos días a la semana, su heces son duras, caféas, y de mal olor, llega la baño sin que se le escape la orina, su orina es de color amarilla, sale al baño en las noches por 2 ocasiones, además que hace 13 años cuando recién empezó la enfermedad sudaba mucho pero poco a poco fue disminuyendo. Presenta un abdomen suave

no doloroso a la palpación, con una dependencia Moderada con una puntuación de 50 en el test de Barthel (anexo 4) y una dependencia moderada con una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9).

#### **4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

Paciente refiere que no realiza ninguna actividad, necesita de la ayuda de su esposa para desplazarse de un lugar a otro, realiza pequeñas caminatas de 15 minutos al día, permanece sentado la mayor parte del día, se le hace difícil mantenerse de pie debido a que le falta fuerza en las rodillas, le es difícil agarrar las cosas porque no tiene fuerza en las manos y además no tiene la energía necesaria para todo el día. Paciente de ambulante con temblor en miembros superiores e inferiores, dificultad para caminar, postura encorvada, dependencia moderada con una puntuación de 50 en el test de Barthel (anexo 4) y dependencia moderada con una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9), riesgo alto de caídas con un puntaje de 11 en el test de Tenetti. (Anexo 8).

#### **5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Paciente refiere que duerme 8 horas diarias, descansa durante el día, por lo menos media hora ya que se siente cansado durante el día y ocasionalmente por las mañanas se despierta cansado. Presenta hipercromía idiopática e hiperinsomnio con una puntuación de 40 en el test de Oviedo del Sueño (anexo 5).

#### **6. NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Paciente refiere que no puede vestirse ni desvestirse solo porque le es difícil coger la ropa desde que empezó la enfermedad necesita ayuda para vestirse, la esposa es quien le ayuda en la vestimenta. Presenta temblor en manos y dependencia moderada con una puntuación en el test de Barthel de 50 (anexo 4).

**7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMETES NORMALES ADECUADO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE**

Paciente refiere que para adaptarse a los diferentes cambios de temperatura, realiza cambios de ropa y que en su hogar hace frio. Paciente de 57 años con una temperatura de 36°C, dependencia moderada con una puntuación en el test de Barthel de 50 (anexo 4) y una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9).

**8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**

Paciente refiere que se baña 2 veces en la semana, se lava 1 vez al día los dientes necesita ayuda para bañarse y lavarse los dientes y se corta las uñas cada 15 días. Paciente presenta piel seca y áspera, uñas largas, cabello largo, halitosis, dependencia moderada con una puntuación del test de Barthel de 50 (anexo 4) y una puntuación de 59 (motor) en la escala de medida de independencia funcional (anexo 9).

**9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS**

Paciente refiere que se siente intranquilo, desesperado, preocupado ocasionalmente se irrita por no poder trabajar es la más grande preocupación. La compañía que hace él se siente inútil, cree que si se puede solucionar sus problemas porque tiene fe su más grande expectativa es recuperar la salud, ya que cumple con todas las indicaciones médicas, cumple con las vacunas de neumococo, DPT e influenza (2014) solo cuenta con el apoyo de su mujer. Paciente no cuenta con todos los servicios básicos de acuerdo al eco mapa (Anexo15) y no existe deterioro cognitivo con una puntuación de test de Pfeiffer 20 (Anexo 6)

**10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES**

Paciente refiere que se le dificulta comunicarse perfectamente desde hace 2 años con los demás cuando habla no siempre le entienden. No tiene

buena comunicación con su familia. Siente desesperación e impotencia al no poder comunicarse, sus problemas los afronta. Cuando acude a la casa de salud le explican acerca de su enfermedad. Paciente presenta disfemia, realiza mímicas para comunicarse, no existe deterioro cognitivo con una puntuación de test de Pfeiffer 20 (Anexo 6) y una puntuación de 35 (cognitivo) en la escala de medida de independencia funcional (Anexo 9), presenta una comunicación deficiente con su familia de acuerdo al familiograma (anexo 14) y en el test del Apgar familiar obtuvo una puntuación de 31, un apoyo social percibido bajo. (Anexo 11).

#### **11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS**

Paciente refiere que es religioso para él es muy importantes la religión todos los domingo va a la iglesia. Los valores son muy importantes para vivir, no le tiene miedo a la muerte que en cualquier momento tiene que llegar, se encomienda a dios para mejorar su salud.

#### **12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

Paciente refiere que no trabaja, él trabajaba de mecánico industrial. Su familia le impide realizar actividades porque los nervios se le alteran, su enfermedad no le permite realizar actividades se siente inútil al no realizar ninguna actividad. Presenta una depresión y ansiedad con una puntuación en test de Yesavage de 9 (anexo 7) presenta un apoyo social percibido bajo con un puntaje de 31 en el test de Duke- Ung. (Anexo 12) y una dependencia moderada con una puntuación de 7 en Índice Lawton y Brody. (Anexo 10).

#### **13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Paciente refiere que en ocasiones sale al estadio los fines de semanas, cuando el hijo le va a visitar por lo general 1 vez al mes el resto de los fines de semana pasa con su esposa en la casa se aburre en su casa y eso le altera con facilidad.

**14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES**

Paciente refiere que termino la primaria sabe leer y escribir conoce acerca de su enfermedad, toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad sigue su tratamiento adecuadamente. Paciente no presenta un deterioro cognitivo con una puntuación de test de Pfeiffer 20 (Anexo 6) y una puntuación de 35 (cognitivo) en la escala de medida de independencia funcional (Anexo 9).

## **IV. DESARROLLO**

### **4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO**

Paciente de 57 años de edad, de estado civil casado, desempleado, reside en la ciudad de Ambato en la Parroquia de Huachi Grande, barrio La Unión

Antecedentes Patológicos Personales: Parkinson hace 13 años y sinusitis hace 5 años. Antecedentes Quirúrgicos no presenta ninguno. Alergia ninguna.

Antecedentes Patológicos Familiares: Madre murió por causa naturales, padre padece de Parkinson hace 5 años, tío paterno muere con Parkinson. El comienzo de la enfermedad el paciente es desde hace 13 años, ya que ha ido perdiendo peso notablemente, por presentar temblores, cansancio extremo en piernas y presenta sialorrea por lo que decide acudir al servicio de Consulta Externa del Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, ya que el paciente vivía en Guayaquil al comienzo de la enfermedad, el Médico que lo atiende le manda a realizar exámenes de laboratorio y una Tomografía Axial Computarizada, la cual da como resultado: “no se observa alteración de la señal en núcleo lenticulares, sustancia negra y núcleos rojos encefálicos ni incremento de los depósitos férricos a estos niveles. La sustancia blanca periventricular presenta pequeñas imágenes hipertensas a predominio de cuerno frontal derecho en relación a lesiones microangiopáticas. No observamos otras alteraciones de señal y morfología en el resto del parénquima encefálico, los ventrículos laterales son de morfología habitual para la edad. Mínimo engrosamiento con señal T2 de la mucosa de seno maxilar derecho y cornetes nasales homolaterales”.

Por los resultados obtenidos el médico receta: Akineton de 2 mg 1 tableta TID; Pramipexol (mirapex/pexola) de 1mg a las 7 am; Sinemet (Levodopa + Carbidopa) 250/25 mg 2 tabletas diarias. El Paciente empezó con el tratamiento pero no continuo ya que el paciente tenía como vicio el alcohol y no cumplió con las indicaciones médicas y no toma la medicación, los temblores aumentan; la esposa quien era la que afrontaba toda la enfermedad decide llevarle donde una



médico particular en Riobamba quien le ofrece un tratamiento pero por el costo excesivo la esposa no realiza el tratamiento; y 3 años después el paciente y su familia decide retornar a Ambato, es aquí donde la esposa decide llevarlo a la consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato el médico le envía medicación Akineton de 2 mg 1/2 tableta 8 am – 8 pm; Sinemet (Levodopa + Carbidopa) 250/25 mg 1/2 tabletas; Pramipexol (mirapex/pexola) de 1mg a las 7 am. Pero el paciente no toma Mirapex por ser muy caras, y le da una referencia al Centro de Salud de Huachi Grande para que se realice los controles necesarios. Hace un mes le cambian la medicación a Levodopa 250 mg + Carbidopa 25 mg, 2 tabletas diarias.

#### **4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Los factores riesgo que contribuyeron a que la enfermedad aparezca en una edad temprana del paciente la cual es poco común fue una intoxicación alcohólica que sufrió el paciente hace más o menos 13 años, esta intoxicación desencadenó pequeños movimientos involuntarios en el paciente, lo cual no le dio mucha importancia, siguió ingiriendo alcohol y con sus actividades normales.

Según investigaciones realizadas se ha comprobado los daños que produce el alcohol es una pérdida o una interferencia en la acción de la dopamina en los ganglios basales, además hay una pérdida de neuronas pigmentadas de la sustancia negra, el locus coeruleus y otros grupos celulares dopaminérgicos del tronco encefálico. La pérdida de neuronas de la sustancia negra que se proyectan hacia el núcleo caudado y el putamen origina una depleción del neurotransmisor dopamina en esas áreas.(González, 2014).

Al llegar al domicilio del paciente se pudo observar estilo de vida, riesgos ambientales las cuales no eran la adecuada para que el paciente se pueda desenvolver fácilmente, por esta razón se utilizó una teorizante de enfermería que puede contribuir a describir los aspectos descritos anteriormente

## **TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

- A. SALUD.-** El paciente se encuentra en un estado de salud de físico y social deteriorado por la enfermedad que presenta, ya que la patología que padece obliga a que el paciente tenga un estilo de vida sedentaria y lejos de la sociedad por las limitaciones físicas que posee, como son la disminución de la tonicidad muscular, disminución de fuerza en las piernas, temblor de miembros inferiores y superiores; además de que requiere una dependencia total de otra persona para poder desplazarse de un lugar a otro; pero el paciente se encuentra con un bienestar mental óptimo, ya que posee optimismo, voluntad y fe ante la recuperación de su enfermedad.
- B. ENTORNO.-** El entorno que rodea al paciente no es el adecuado porque este no es capaz de controlar ni realizar acciones por su propia cuenta, al contrario el paciente tiene riesgo de sufrir caídas o accidentes; por el lugar donde vive, ya que no es el adecuado porque su vivienda se encuentra en la vía principal en donde el paso de vehículos es excesiva y no existe señales de tránsito. Además que no existe el acceso inmediato a una casa de Salud, farmacias, un retén policial, no cuenta con todos los servicios básicos.
- C. PERSONA.-** El paciente por la enfermedad que padece impide que mantenga un equilibrio fisiológico y emocional; además de no puede tener una independencia total al contrario necesita de ayuda para realizar todas las actividades. El paciente y su familia no tienen una unión adecuada, por el contrario él no cuenta con la ayuda de su familia; se podría decir que se encuentra solo en lucha de la enfermedad por esta razón el paciente se encuentra anímicamente deteriorado.
- D. ENFERMERÍA.-** Los cuidados de enfermería juega un papel muy importante en la enfermedad de Parkinson tanto en el apoyo emocional y

psicológico lo que permitirá mantener la estabilidad psíquica del paciente y su participación activa en los planes de cuidado. La enfermera tiene como única función ayudar a los enfermos y a la familia a evaluar las necesidades básicas de la persona para mantener el equilibrio fisiológico y emocional y conseguir su independencia.

#### **4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

En este punto podemos hacer hincapié en el estado del paciente sus condiciones de vida y papel que debe desempeñar el organismo de salud, hablamos de una paciente de 57 años, con pérdida de la movilidad física que la mayor parte del tiempo necesita de otra persona para poder realizar sus necesidades básicas como comer, el aseo, baño y tratamiento de cuidado. El paciente vive en una casa de 1 piso con su esposa, y padre quien padece la misma enfermedad y tiene 95 años; paciente no cuenta con una economía estable, además que no obtiene el apoyo de sus familiares ante la enfermedad; el entorno en que el paciente vive no es adecuado ya que no existen los servicios básicos necesarios, la distancia que existe entre el centro de salud y su casa es de gran magnitud y no cuenta con un servicio de transporte por tal motivo el paciente no acude con frecuencia a realizarse chequeos médicos. Las enfermedad por su trascendencia va más allá, pues causan también cambios importantes en el ámbito económico, laboral y social ya causan secuelas graves, incapacidades para realizar las tareas más sencillas y vitales es por esta razón que el paciente ya no puede ser el sustento de su hogar. (Anexo 14 Y 15)

Es aquí en donde debe actuar el MSP, es para lo que se ha instaurado planes por parte del MSP. El nivel de atención primaria debe tener localizado a este tipo de pacientes, y realizar visitas domiciliarias de forma frecuente, para posteriormente ser referido ya sea a un centro de atención primaria o encaminada a un médico especializado y de ser necesario realizar interconsultas con terapia física para que realice ejercicios activos y pasivos que puedan ayudar la movilidad de las extremidades.

#### **4.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

**Tabla 1: PUNTOS CRÍTICOS**

<b>PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MASLOW</b>	
<b>Necesidades fisiológicas</b>	<p><b>Alimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Riesgo nutricional alto (anexo 2)</li><li>✓ Falta de apetito</li><li>✓ Sobrepeso</li></ul> <p><b>Eliminación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Estreñimiento</li><li>✓ Signos de pliegue (resequedad de la piel)</li></ul> <p><b>Descanso</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Hiperinsomnio anexo (4)</li><li>✓ Dificultad para conciliar el sueño.</li><li>✓ Preocupación</li><li>✓ hiperchromía idiopática</li></ul> <p><b>Higiene</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Falta de higiene</li><li>✓ Piezas dentales en mal estado</li><li>✓ Halitosis</li></ul>

<p><b>Necesidades de seguridad</b></p>	<p><b>Seguridad física</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dependencia moderada (anexo 3 y anexo 8)</li> <li>✓ Temblor en miembros superiores e inferiores</li> <li>✓ Dificultad para caminar</li> <li>✓ Postura encorvada</li> <li>✓ Riesgo alto de caídas con un puntaje de 11 en el test de Tenetti</li> </ul> <p><b>Seguridad de Empleo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bajos recursos económicos</li> <li>✓ No trabaja</li> </ul>
<p><b>Necesidades de afiliación o sociales</b></p>	<p><b>Amistad y afecto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Depresión y ansiedad(anexo 6)</li> <li>✓ Bajo autoestima</li> <li>✓ Poco comunicativo</li> </ul>
<p><b>Necesidades de reconocimiento</b></p>	<p><b>Auto reconocimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acercamiento a Dios</li> </ul>
<p><b>Necesidad de autorrealización</b></p>	<p><b>Aceptación de los hechos, resolución de problemas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Falta de interés por la salud</li> <li>✓ Reservado por su patología</li> </ul>

Autora: Myriam Andrea Muñoz Acosta  
Fuente: Base de Datos

#### **4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA**

**Tabla 2: OPORTUNIDADES DE MEJORA**

<b>DIAGNOSTICOS</b>	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>
Estreñimiento relacionado con eliminación de heces duras, secas y formadas manifestado por disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.	Eliminación e intercambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir al paciente y a la esposa que lleve un diario de los hábitos intestinales, incluyendo la hora del día, consistencia, cantidad, frecuencia de la deposición.</li> <li>• Revisar la medicación que el paciente está tomando: Levodopa + Carbidopa 250/25 mg 2 tabletas diarias.</li> <li>• Aconsejar la ingesta de fibra de 25 a 30 g al día.</li> <li>• Hacer hincapié para que el paciente ingiera frutas fresca, legumbres, verduras y cereales integrales.</li> <li>• Añadir fibra a la dieta gradualmente con incremento de la ingesta de líquidos</li> <li>• Aconsejar una ingesta de líquidos de 1.5 a 2 litros al día (6 a 8 vasos de líquidos diarios).</li> </ul>

<p>Trastorno del sueño relacionado con interrupciones manifestado por ruidos.</p>	<p>Actividad/Reposo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir al usuario que lleve un diario del sueño durante varias semanas, incluyen la hora de comer, la hora de levantarse, el número de despertares y siestas.</li> <li>• Determinar el nivel de ansiedad. Si el usuario está ansioso utilizar técnicas de relajación.</li> <li>• Proporcionar medidas de tranquilidad para que la mente descansa antes de acostarse para que pueda dormir.</li> <li>• Proporcionar masajes en la espalda antes de acostarse</li> <li>• Proporcionar alivio de dolor antes de acostarse y colocar al usuario en una posición cómoda para dormir.</li> <li>• Mantener tranquilo el entorno, disminuir el volumen de radio y televisión.</li> <li>• Motivar al usuario a escuchar música suave para conciliar el sueño.</li> <li>• Evitar hipnóticos y alcohol para inducir el sueño.</li> <li>• Evitar la ingestión de alcohol 4 o 6 horas antes de la hora de acostarse.</li> </ul>
<p>Déficit de auto cuidado: alimentación relacionada con</p>	<p>Déficit de auto cuidado: alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la habilidad del usuario para alimentarse y tomar nota de déficit específico.</li> </ul>

<p>el deterioro neuromuscular manifestado incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la incapacidad para alimentarse independientemente.</li> <li>• Asegúrese de que el usuario tiene la dentadura en buen estado.</li> <li>• Antes de alimentarse, al usuario con Parkinson debe realizar un aseo de la boca.</li> <li>• Obtener y valorar el punto de vista del usuario sobre la selección y presentación de la comida.</li> <li>• Dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada.</li> <li>• Proporcionar al usuario un entorno agradable y tranquilo para comer sin distracciones.</li> </ul>
<p>Cansancio del rol del cuidador relacionado por responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, manifestado por falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.</p>	<p>Rol/Relaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.</li> <li>• Determinar la aceptación del cuidador de su papel.</li> <li>• Admitir las dificultades del rol del cuidador.</li> <li>• Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.</li> <li>• Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.</li> <li>• Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador.</li> <li>• Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la</li> </ul>



		<p>familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.</li> <li>• Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.</li> <li>• Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> </ul>
<p>Baja autoestima situacional relacionado por deterioro funciona., manifestado por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.</p>	<p>Auto percepción</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las frases del paciente sobre su propia valía.</li> <li>• Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.</li> <li>• Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación del usuario.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus virtudes.</li> <li>• Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</li> <li>• Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.</li> <li>• Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> <li>• Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una</li> </ul>

		<p>autoestima más alta.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo.</li><li>• Explorar las razones de la autocrítica o culpa.</li><li>• Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.</li><li>• Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima.</li><li>• Instruir a la esposa sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo.</li></ul>
--	--	---

Autora: Myriam Andrea Muñoz Acosta

Fuente: Base de Datos

#### **4.6.PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

**Tabla 3: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
<b>DOMINIO:</b> 3 Eliminación e intercambio <b>CLASE:</b> 2 Función Gastrointestinal <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00011 Estreñimiento.			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Reducción de la frecuencia norma 1 de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.  <b>Diagnóstico:</b> Estreñimiento relacionado con eliminación de heces duras, secas y formadas manifestado por disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.			Eliminación intestinal (0501)  <b>Dominio:</b> Salud Fisiológica  <b>Clase:</b> Eliminación	050101 Patrón de eliminación.	1: Gravemente comprometido.	3	4
				(050102) Control de movimientos Intestinales.	2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido.	3	4
				050112 Facilidad de eliminación de las heces.	4: Levemente comprometido. 5: No comprometido	2	4

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	<b>CLASE:</b>	D: Apoyo Nutricional
---------------	--	---------------	----------------------

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTE**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar la dieta que es ingerida por el paciente.</li>   <li>✓ Pedir al paciente y a la esposa que lleve un diario de los hábitos intestinales, incluyendo la hora del día, consistencia, cantidad, frecuencia de la deposición.</li>   <li>✓ Revisar la medicación que el paciente está tomando: Levodopa + Carbidopa 250/25 mg 2 tabletas diarias.</li>   <li>✓ Palpar el abdomen en busca de distención, percutirlo para detectar matidez y auscultar los ruidos intestinales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ayudará para identificar si la causa del estreñimiento es por la dieta o que factores contribuye para que se produzca el estreñimiento. <i>(independiente).</i></li>   <li>✓ El diario de los hábitos intestinales es valioso en el tratamiento del estreñimiento, el empleo de un diario ha demostrado ser más exacto que el recuerdo del usuario para determinar la presencia de este problema. <i>(Karam y Nies, 1994; Hinrichs et al, 2001),</i></li>   <li>✓ Muchas de las medicaciones están asociadas al estreñimiento crónico, incluyendo opiáceos, anti diuréticos, antidepresivos, antiespasmódicos, anti convulsivantes. <i>(Talley et al, 2003).</i></li>   <li>✓ En el usuario con estreñimiento suele estar distendido, con rigidez, y los ruidos estarán presente <i>(Hinrichs et al, 2001).</i></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar la importancia de la ingesta adecuada de fibra, la ingesta de líquidos, actividad y el establecimiento de rutinas de eliminación fecal para lograr heces blandas y formadas.</li>   <li>✓ Aconsejar la ingesta de fibra de 25 a 30 g al día.</li>   <li>✓ Hacer hincapié para que el paciente ingiera frutas fresca, legumbres, verduras y cereales integrales.</li>   <li>✓ Aconsejar una ingesta de líquidos de 1.5 a 2 litros al día (6 a 8 vasos de líquidos diarios).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una ingesta diaria de fibra de 25 a 30 g de fibra puede incrementar la frecuencia de deposiciones en pacientes con estreñimiento. <i>(Quellet et al, 1996; Cheskin et al, 1995; Gibson et al, 1995)</i></li>   <li>✓ La fibra ayuda a prevenir el estreñimiento proporcionando volumen a las heces.<i>(Jewell y Young et al, 2001).</i></li>   <li>✓ Añada fibra a la dieta gradualmente porque un incremento brusco puede dar origen a hinchazón, gas y diarrea. <i>(Doughty et al, 1996).</i></li>   <li>✓ La ingesta de líquido debe ser establecida entre la reserva cardiaca y renal. El incremento de la ingesta de líquidos de 1,5 a 2 litros diarios mientras se mantiene un ingesta de fibra de 25 g puede significar un incremento de la frecuencia de deposición en usuarios con estreñimiento. <i>(Weeks,Hubbartt y Michaels et al, 2011).</i></li> </ul>
---	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
<b>DOMINIO: 4</b> Actividad/Reposo <b>CLASE: 1</b> Sueño/Reposo <b>CÓDIGO DE DX: 00198</b> Trastorno de patrón de sueño	<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER	AUMENTAR	
<b>Definición:</b> Interrupciones duran te un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.  <b>Diagnóstico:</b> Trastorno del sueño relacionado con interrupciones manifestado por ruidos.	Sueño (0004)  <b>Dominio:</b> Salud funcional  <b>Clase:</b> Mantenimiento de la energía	000402 Horas de sueño cumplidas	1: Gravemente comprometido.	3	4	
		000403 Patrón del sueño	2: Sustancialmente comprometido.	2	4	
		000404 Calidad del sueño	3: Moderadamente comprometido.	3	5	
			4: Levemente comprometido.			
			5: No comprometido.			

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: cuidados que apoyan el funcionamiento físico	<b>CLASE:</b>	A: Control de actividad y ejercicio
---------------	--	---------------	-------------------------------------

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obtener una historia del sueño, incluyendo rutinas a la hora de acostarse, historia de problemas de sueños, cambios en el sueño con enfermedad presente, uso de medicación y estimulantes</li>   <li>✓ Pedir al usuario que lleve un diario del sueño durante varias semanas, incluyen la hora de comer, la hora de levantarse, el número de despertares y siestas.</li>   <li>✓ Determinar si el usuario tiene un inicio de un problema fisiológico que podría provocar insomnio, como problemas urinarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La valoración de la conducta y los patrones del sueño son una parte muy importante de cualquier exploración del estado de salud. <i>(Landis et al, 2002).</i></li>   <li>✓ Un diario del sueño es componente necesario para una valoración conductuales de los problemas del sueño. <i>(Landis 2002).</i></li>   <li>✓ Las alteraciones del sueño en los ancianos pueden representar una interacción compleja de los cambios relacionados con la edad y las causas patológicas. <i>(Sateia, 2000).</i></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el nivel de ansiedad. Si el usuario está ansioso utilizar técnicas de relajación.</li>   <li>✓ Observar la medicación, la dieta y la ingesta de cafeína del usuario.</li>   <li>✓ Proporcionar medidas de tranquilidad para que la mente descansa antes de acostarse para que pueda dormir.</li>   <li>✓ Proporcionar masajes en la espalda antes de acostarse</li>   <li>✓ Proporcionar alivio de dolor antes de acostarse y colocar al usuario en una posición cómoda para dormir.</li>   <li>✓ Mantener tranquilo el entorno, disminuir el volumen de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El uso de técnicas de relajación para fomentar el sueño en las personas con insomnio se ha demostrado efectividad. (<i>Jhonson 1991</i>).</li>   <li>✓ La dificultad para dormir puede ser un efecto secundario de medicación como los broncodilatadores, la cafeína también puede interferir con el sueño. (<i>Benca 2005</i>).</li>   <li>✓ Medidas sencillas pueden mejora la calidad de sueño. (<i>Sommer, 2009</i>).</li>   <li>✓ La práctica de masaje en la espalda se ha demostrado que es defectiva para mejorar la relajación, la cual probablemente mejorara el sueño. (<i>Richards et al, 2003</i>).</li>   <li>✓ Los usuarios han informado que las posiciones incómodas y el dolor son factores comunes del trastorno del sueño. (<i>Sateia et al, 2000</i>).</li>   <li>✓ Estar expuestos a ruidos experimentan una mala calidad del</li> </ul>
---	---



<p>radio y televisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motivar al usuario a escuchar música suave para conciliar el sueño.</li> <li>✓ Si el usuario se despierta con frecuencia durante la noche, considerar la presencia de problemas de apnea del sueño.</li> <li>✓ Recomendar la evitación de hipnóticos y de alcohol para inducir el sueño.</li> <li>✓ Evitar la ingestión de alcohol 4 o 6 horas antes de la hora de acostarse.</li> </ul>	<p>sueño.(<i>Topf et al, 1992.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La música provoca una mejor calidad del sueño, una mayor duración y una mayor eficacia del sueño. (<i>Lai y Good, 2005</i>).</li> <li>✓ La apnea del sueño en los ancianos puede estar provocada por cambios en el mecanismo respiratorio del sistema nervioso central.(<i>Foyt, 1992</i>).</li> <li>✓ El uso de hipnóticos a largo plazo puede inducir insomnio relacionado con fármacos. El alcohol deteriora el sueño y puede intensificar el apnea del sueño. En personas no alcohólicas el consumo de alcohol al acostarse disminuye la latencia del sueño pero aumenta el insomnio durante la última parte del periodo del sueño. (<i>Roehrs y Roth 1997</i>).</li> </ul>
--	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo <b>CLASE:</b> 5 Auto cuidado <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00102 Déficit de auto cuidado: alimentación.		RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
					MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación.  <b>Diagnóstico:</b> Déficit de auto cuidado: alimentación relacionada con el deterioro neuromuscular manifestado incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.		Auto cuidado: comer (0303)  <b>Dominio:</b> Salud Funcional  <b>Clase:</b> Auto cuidado	030304 Coger la comida con los utensilios	1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido.	1	3
			030306 Se Lleva comida a la boca con los dedos	3: Moderadamente comprometido. 4: Levemente comprometido.	1	3
			030307 Se lleva comida a la boca con envases	5: No comprometido.	1	3

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	<b>CLASE:</b>	F: facilitación de los autocuidados
---------------	--	---------------	-------------------------------------

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valorar la habilidad del usuario para alimentarse</li>   <li>✓ Observar la incapacidad para alimentarse si esta es independiente o dependiente de otra persona.</li>   <li>✓ Preguntar al usuario aspectos sobre los métodos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La valoración funcional proporciona datos de tareas de actividades de la vida diaria para equiparar la habilidad del usuario ara alimentarse con el nivel de ayuda del cuidador. (<i>Van Ort y Phillips 1995</i>).</li>   <li>✓ el auto cuidado requiere competencias multisistemicas. La planificación de programas reconstituyentes es específica para problemas que interfieren con el auto cuidado. (<i>Phaneuf 1996</i>).</li>   <li>✓ Cuando el usuario han realizado una elección, la ingesta de</li> </ul>

<p>alimentación libremente y ayudar para que el usuario pueda escoger los alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultar a un terapeuta ocupacional y físico; solicitar un dietista.</li> <li>✓ Asegúrese de que el usuario tiene la dentadura en buen estado</li> <li>✓ Utilizar cualquier equipo de ayuda para la alimentación como tasas con azas grandes.</li> <li>✓ Antes de alimentarse, al usuario con Parkinson debe realizar un aseo de la boca.</li> </ul>	<p>alimentos y la calidad de vida aumenta. (<i>AmeicanDieteticAssociation 2002</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La colaboración y correlación de actividades con miembros del equipo interdisciplinario aumenta el dominio del usuario de las tareas de autocuidado. (<i>Phaneuf 1996</i>).</li> <li>✓ Los mecanismos de de adaptación aumenta la oportunidad de auto cuidado. (<i>Phaneuf 1996</i>).</li> <li>✓ Los mecanismos de adaptación aumentan la independencia. (<i>Phaneuf 1996</i>).</li> <li>✓ La higiene oral estimula el flujo de saliva y el gusto. (<i>The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000</i>).</li> <li>✓ Las barreras del paciente para comer es el disgusto respecto a la</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obtener y valorar el punto de vista del usuario sobre la selección y presentación de la comida.</li>   <li>✓ Dar pequeñas cantidades de los alimentos favoritos, uno cada vez, a la temperatura adecuada.</li>   <li>✓ Proporcionar al usuario un entorno agradable y tranquilo para comer sin distracciones.</li>   <li>✓ Proporcionar medicación para el dolor antes de las comidas, si es necesario, y un plan de actividades para prevenir la fatiga antes de las comidas.</li>   <li>✓ El cuidador puede sentarse cerca del usuario a nivel de los ojos del mismo</li> </ul>	<p>alimentación, sentir que las comidas no es apetecible y que no valoran los gustos del paciente respecto a la comida. <i>(Crogan, et al, 2001)</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La ingesta de comida aumenta cuando la comida llama la atención al usuario. <i>(The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)</i>.</li>   <li>✓ La ingesta de comida aumenta cuando se está concentrado. <i>(The Joana Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2000)</i>.</li>   <li>✓ El nivel de funcionamiento de los ancianos con condiciones médicas crónicas si se controlan el dolor y la fatiga. <i>(Bennett et al, 2002)</i>.</li>   <li>✓ Sentarse a nivel de los ojos del usuario aumenta una atmosfera de relajación y por tanto aumenta el consumo de alimento. <i>(Kennedy – Holzapfel 2004)</i>.</li> </ul>
--	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo <b>CLASE:</b> 2 Actividad/Ejercicio <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00085 Deterioro de la movilidad física			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.  <b>Diagnóstico:</b> Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza muscular manifestado por falta de fuerza muscular.			Movimiento coordinado (0212)  <b>Dominio:</b> Salud funcional  <b>Clase:</b> Movilidad	021205 Control del movimiento	1: Gravemente comprometido.	1	3
				021206 Estabilidad del movimiento	2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido.	1	3
				021207 Movimiento equilibrado	4: Levemente comprometido.	1	2
				021208 Tensión muscular	5: No comprometido.	1	2

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	<b>CLASE:</b>	C: Control de la inmovilidad
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reforzar la enseñanza de cómo utilizar técnicas de lado a lado de la cama y elevar las nalgas para separarla de la misma.</li>   <li>✓ Evaluar las habilidades de movilidad en el siguiente orden:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Movilidad de la cama.</li> <li>2. Sedestación con y sin apoyo.</li> <li>3. Movimiento de transición como de sentado a pie.</li> <li>4. Actividades de pie sentado.</li> </ol> </li>   <li>✓ Observar en el paciente la presencia de causas del deterioro de la movilidad física.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esta actividad prepara a la persona para caminar porque implica la extensión de la cadera con el soporte del peso simultáneo por la parte superior de la extremidad. <i>(Bobaht 1998)</i>.</li>   <li>✓ Las habilidades de usuario deben ser evaluadas para determinar la mejor manera de facilitar los movimientos y proteger a la esposa de hacerse daño. <i>(Nelson et al, 2003)</i>.</li>   <li>✓ Algunos usuarios deciden no moverse por motivos psicológicos, como por ejemplo la incapacidad para manejar la situación o</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar si la causa es física o psicológica.</li> <li>✓ Monitorizar y apuntar la capacidad del usuario para tolerar la actividad y el uso de las cuatro extremidades, controlar la frecuencia cardiaca, presión arterial, la presencia de disnea y el color de la piel antes y después de la actividad.</li>   <li>✓ Consultar con un fisioterapeuta la necesidad de mayor evaluación, entrenamiento de fuerza, entrenamiento de marcha y el desarrollo de un plan de movilidad.</li>   <li>✓ Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible.</li>   <li>✓ Obtener cualquier instrumento de asistencia que sea necesario para la actividad como bastón ante de que la actividad comience</li> <li>✓ Documentar el progreso.</li> </ul>	<p>depresión. (<i>Temrkin et al, 1997</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorizar los movimientos pueden evitar algún evento adverso que puedan ocasionar algún otro problema o la muerte del usuario. (<i>Temrkin et al, 1997</i>).</li>   <li>✓ Técnicas como el entrenamiento de la marcha, entrenamiento de la fuerza y la realización de ejercicios para mejorar el equilibrio y la coordinación pueden ser de ayuda en la rehabilitación de los usuarios. (<i>Temrkin et al, 1997</i>).</li>   <li>✓ Esta acción evitara que el usuario dependa de su esposa se sienta inútil en su familia. (<i>Temrkin et al, 1997</i>).</li>   <li>✓ Los instrumentos de asistencia puede ayudar a aumentar la movilidad. (<i>Nelson et al, 2004</i>).</li> </ul>
---	---



<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar ejercicios activos como son flexión, extensión, de las extremidades; ejercicios de fortalecimiento, como sentarse trabajando los glúteos y los bíceps.</li>   <li>✓ Ayudar al usuario a recuperar la fuerza y el tono muscular.</li>   <li>✓ Aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria, estimulando la confianza en las propias habilidades y eliminando la impotencia a medida que el usuario va recuperando fuerza.</li>   <li>✓ Si el usuario es incapaz de alimentarse o arreglarse el cuidador deberá sentarse junto a él para ayudarle al paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estos ejercicios ayudan a revertir el debilitamiento y atrofia de los músculos.(<i>Kasper et al, 2005</i>).</li>   <li>✓ Un estudio ha demostrado que el reposo en la cama como tratamiento primario de problemas médicos está relacionado con peores resultados en la movilidad temprana. (<i>Ebell, 2005</i>).</li>   <li>✓ Ofrecer asistencia innecesaria en las actividades como trasfencia y baños puede promover la dependencia y perder la movilidad.(<i>Nelson, 2003</i>).</li>   <li>✓ Esta técnica de ayuda aumenta la movilidad del usuario su amplitud de movilidad e independencia. (<i>Nelson, 2003</i>).</li> </ul>
--	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)		
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo <b>CLASE:</b> 5 Auto cuidado <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00109 Déficit de auto cuidado: vestido.	<b>RESULTADO(S)</b>	<b>INDICADOR(ES)</b>	<b>ESCALA(S) DE MEDICIÓN</b>	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.  <b>Diagnóstico:</b> Déficit de auto cuidado: vestido relacionado con deterioro cognitivo manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias.	Auto cuidados: vestir (03 02)  <b>Dominio:</b> Salud funcional  <b>Clase:</b> Auto cuidado	030201 Escoge la ropa	1: Gravemente comprometido.	1	3
		030202 Obtiene la ropa de los cajones y del armario	2: Sustancialmente comprometido.	1	3
		03020 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	3: Moderadamente comprometido.	1	2
		030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	4: Levemente comprometido. 5: No comprometido.	1	2

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	<b>CLASE:</b>	F: Facilitación de los auto cuidados
---------------	--	---------------	--------------------------------------

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar la habilidad del usuario para vestirse y arreglarse a través de la observación directa y de los informes del usuario.</li>   <li>✓ Valorar la aflicción resultante de la perdida de función.</li>   <li>✓ Valorar las tareas que el usuario puede completar tomando nota de las áreas de independencia y de las dificultades para la adaptación.</li>   <li>✓ Considerar y eliminar las barreras ambientales y los factores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La presencia de una enfermedad crónica altera las rutinas para vestirse y la comprensión de estas rutinas puede permitir el desarrollo de métodos de conservación de energía para vestirse. <i>(Poole y Cordova 2004).</i></li>   <li>✓ La aflicción resultante de la perdida de función puede inhibir el re aprendizaje de tareas de auto cuidado. <i>(Bennett, 2001).</i></li>   <li>✓ Algunas de las áreas de una tarea pueden realizarse de manera independiente aunque se informe de que ciertas tareas de vestirse son más vestirse como atarse los cordones, abrocharse los pantalones y la camisa. <i>(Resnick, 2002).</i></li>   <li>✓ Reducir las barreras ayuda a mejorar la capacidad del usuario para</li> </ul>

<p>humanos que pueden limitar la habilidad de vestirse/arreglarse, como alcanzar la ropa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preguntar al usuario sus elecciones sobre el vestuario y como aumentar la facilidad para vestirse.</li> <li>✓ Proporcionar intimidad y limitar las personas en la habitación durante el cambio de ropa.</li> <li>✓ Poner la ropa en el orden que se la colocara el usuario.</li> <li>✓ Fomento de ejercicios: extensión.</li> <li>✓ Animar al usuario a vestirse de manera adecuada para el momento del día.</li> <li>✓ Realizar las actividades de vestirse y arreglarse en una secuencia diaria.</li> <li>✓ Fomentar la participación, guiar la mano del usuario a través</li> </ul>	<p>mejorar la función. <i>(Stark, 2004)</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La ejecución de tareas por parte del usuario puede estar afectada por una pérdida de control individual debido a la frustración por no ser capaz de tomar sus propias decisiones. <i>(Brubaker, 1996)</i>.</li> <li>✓ La intimidad proporciona respeto y aumenta la habilidad para vestirse. <i>(Beck et al, 1997)</i>.</li> <li>✓ Simplificar las tareas para vestirse aumenta la habilidad de autocuidado. <i>(Beck et al, 1997)</i>.</li> <li>✓ Una rutina establecida de levantarse y vestirse proporciona un sentido de normalidad y aumenta la motivación para realizar el autocuidado. <i>(Nelson, 2003)</i>.</li> <li>✓ Experimentar el proceso normal de una tarea a través de la práctica</li> </ul>
---	--

<p>de la tarea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si el usuario no se arreglar por si solo poner la mano sobre la mano del usuario, apoyar el codo del usuario con la otra mano y ayudarlo a peinar.</li> <li>✓ Potenciar atributos personales como el humor, una actitud positiva, la fe y la esperanza.</li> <li>✓ Fomentar los cuidados dentro del entorno familiar para el usuario.</li> <li>✓ Permitir que el usuario o el familiar se tome el tiempo necesario para vestirse completamente.</li> </ul>	<p>facilita un óptimo reaprendizaje. (<i>Nelson, 2003</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esta técnica aumenta la movilidad del usuario, la amplitud del movimiento e independencia. (<i>Nelson, 2003</i>).</li> <li>✓ Para los usuarios los atributos personales intervienen entre el distrés emocional y funcionamiento de las actividades de la vida diaria. (<i>Gulick, 2001</i>).</li> <li>✓ La satisfacción fue superior con los cuidadores del entorno familiar que con instituciones de asistencia domiciliaria. (<i>Gulick, 2001</i>).</li> <li>✓ La edad avanzada aumenta el tiempo necesario para completar una tarea, los ancianos con un deterioro o déficit del autocuidado requieren más tiempo que los demás para finalizar una tarea. (<i>Kobayashi y Yamamoto, 2004</i>).</li> </ul>
---	---

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
<b>DOMINIO:</b> 4 Actividad/Reposo <b>CLASE:</b> 5 Auto cuidado <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00108 Déficit de auto cuidado: baño			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.  <b>Diagnóstico:</b> Déficit de auto cuidado: baño relacionado con deterioro neuromuscular manifestado incapacidad para lavarse el cuerpo.			Auto cuidados: baño (0301)  <b>Dominio:</b> Salud funcional  <b>Clase:</b> Auto cuidado	030101 Entra y sale del cuarto de baño	1 Gravemente comprometido.	2	4
				030102 Obtiene los suministros para el baño	2 Sustancialmente comprometido.	2	3
				030114 Se lava la parte superior del cuerpo	3 Moderadamente comprometido.	1	3
				030115 Se lava la parte inferior del cuerpo	4 Levemente comprometido.		
					5 No comprometido.	1	3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)			
<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	<b>CLASE:</b>	F: Facilitación de los auto cuidados
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTIFICO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En el entorno del baño del usuario se valorará su habilidad para bañarse mediante la observación directa utilizando pruebas de ejecución física por los cuidados.</li> <li>✓ Pedir al usuario datos sobre sus hábitos de baño y sus preferencias culturales sobre el baño.</li> <li>✓ Desarrollar un plan de cuidados para el baño basado en la propia historia del usuario sobre las prácticas de baño dirigido a las necesidades cutáneas, las necesidades del auto cuidado la respuesta del usuario al baño y las necesidades de equitación.</li> <li>✓ Asegurarse de que la ayuda en el baño preserve la dignidad del usuario a través de honor y del reconocimiento del merecido del respeto y de autoestima por parte de todas las personas a pesar de su dependencia y debilidad.</li> <li>✓ Proporcionar intimidad.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La observación del baño en un entorno atípico puede proporcionar datos falsos, pero el uso de una prueba de ejecución física puede compensarlos y proporcionar datos de la habilidad más exacta. <i>(Perimutter y Camberg, 2004)</i>.</li> <li>✓ Crear oportunidades para guiar el cuidado personal respeta las rutinas establecidas aumenta el control y hace que el baño sea más placentero para el usuario. <i>(Perimutter y Camberg, 2004)</i>.</li> <li>✓ El baño es un ritual de curación y debería ser una experiencia confortable que se concentre en las necesidades del usuario, más que ser una tarea planificada de forma rutinaria. <i>(Rasin y Barrich, 2004)</i>.</li> <li>✓ La necesidad de ayuda con el baño, es uno de los factores más importantes que interfieren la dignidad del usuario. <i>(Hochinow, 2002)</i>.</li> <li>✓ El usuario percibe menos intimidad si participa más personas</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener al usuario cálidamente tapado.</li>   <li>✓ Mejorar la comunicación durante el baño.</li> <li>✓ Permitir que el paciente participe del baño.</li> <li>✓ Sonreír y elogiar por los logros de manera relajada.</li> <li>✓ Controlar la capacidad funcional durante el baño.</li>   <li>✓ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.</li> <li>✓ Colocar cremas hidratantes después del baño.</li> <li>✓ Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de auto cuidados del paciente.</li>   <li>✓ Animar el cuidado a utilizar un contacto lento y cariñoso.</li> <li>✓ Potenciar atributos personales como el humor, una actitud positiva, la fe y la esperanza.</li> </ul>	<p>durante el baño. (<i>Calkins 2005</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los usuarios enfermos o los ancianos son propensos a la hipotermia, pueden sufrir refrigeración evaporativa durante y después del baño produciendo una sensación desagradable de frío. (<i>Kalkins 2002</i>).</li>   <li>✓ La mejora de la comunicación disminuye la agresión durante el baño e individualiza el cuidado. (<i>Kalkins 2002</i>).</li>   <li>✓ La observación de la piel, las cremas hidratantes y el aseo de las uñas permite la detención de problemas cutáneos. (<i>Kalkins 2002</i>).</li>   <li>✓ La necesidad humana básica de contacto proporciona tranquilidad y confort. (<i>Kalkins 2002</i>).</li> </ul>
---	--



NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
<b>DOMINIO:</b> 5 Percepción /Cognición <b>CLASE:</b> 5 Comunicación <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00051 Deterioro de la comunicación verbal.			RESULTADO(S)	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.  <b>Diagnóstico:</b> Deterioro de la comunicación verbal relacionado con alteración del sistema nervioso central manifestado por verbalizar con dificultad.			Comunicación: expresiva (0903)  <b>Dominio:</b> Salud Fisiológica  <b>Clase:</b> Neurocognitiva	(090304) Utiliza la conversación con claridad  09030S Dirige los mensajes de forma Apropiaada	1 Gravemente comprometido.  2 Sustancialmente comprometido.	2	4
					3 Moderadamente comprometido.  4 Levemente comprometido.  5 No comprometido.	3	5

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

<b>CAMPO:</b>	1 Fisiológico Básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento Físico	<b>CLASE:</b>	F: Facilitación de los auto cuidados
---------------	--	---------------	--------------------------------------

#### INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Al comunicarse con el usuario evaluar sus necesidades personales de espacio, estilos aceptables de comunicación, lenguaje corporal aceptable.</li> <li>✓ Cuando el usuario presente dificultades para la comunicación valorar y evaluar los problemas auditivos.</li> <li>✓ Escuchar atentamente.</li> <li>✓ Confirmar las expresiones verbales y no verbales.</li> <li>✓ Dedicar tiempo a la conversación con el usuario.</li> <li>✓ Usar una comunicación simple; hablar adecuadamente, despacio, sonriendo y mostrando preocupación por el usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La esposa debe considerar múltiples factores cuando interpreten los mensajes verbales y no verbales. <i>(Purnell, 2000)</i>.</li> <li>✓ Las personas con problemas auditivos no oyen los sonidos claramente y esto puede ocasionar una alteración en le habla. <i>(American Speech -Language-HearingAssociattion)</i>.</li> <li>✓ En un estudio realizado de comportamiento con respecto al cuidado, el escuchar fue identificado como uno de los 10 comportamientos más importantes. <i>(Bruntom y Beaman 2000)</i>.</li> <li>✓ En un estudio cualitativo se encontró un aumento de bienestar psicológico a través de la interacción más humana y personal con los familiares al tener mayor comunicación. <i>(Richardson 2002)</i>.</li> <li>✓ Este estudio de investigación ha mostrado que las preguntas afectuosas y la conversación tentativa, estimulando y animando su comunicación, facilitaron la participación activa por parte del paciente. <i>(Kettumen, 2003)</i>.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener una mirada directa a los ojos y a la altura del usuario</li>   <li>✓ Pasar tiempo con el usuario, dar tiempo para las respuestas.</li>   <li>✓ Obtener equipos de ayuda para la comunicación como pizarrones.</li>   <li>✓ Evitar el uso de lenguaje de anciano.</li>   <li>✓ Al comunicarse con el usuario dirigirse al oído con el que escucha mejor.</li>   <li>✓ Facilitar la comunicación y el recuerdo con cajas que contengan un sentido especial para el usuario.</li>   <li>✓ Modificar y adaptar la aproximación de la comunicación a la cultura del usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una buena comunicación incluye muchas actitudes y gestos familiares como mirar al usuario a los ojos. (<i>Summer, 2002</i>).</li>   <li>✓ La presencia hace que el otro se sienta querido, esta es una vivencia universal que es importante para la salud y la calidad de vida.</li> <li>✓ Un estudio demostró que la utilización de equipos de ayuda para la comunicación permite la humanización. (<i>Dickrson, 2002</i>).</li>   <li>✓ Los cuidadores de forma inconsciente puede enviar mensajes de dependencia, incompetencia y control a adultos mayores a través del uso del lenguaje de ancianos, un estilo de lenguaje similar al que se usa con los niños pequeños. (<i>Williams Kember 2000</i>).</li>   <li>✓ El posicionamiento adecuado mejora la conciencia de interacción del usuario y estimula su habilidad para interactuar. (<i>Williams Kember 2000</i>).</li>   <li>✓ Estas herramientas de comunicación ayudan al usuario a tener una mayor interacción con las personal. (<i>Williams Kember 2000</i>).</li>   <li>✓ La modificación de la comunicación transmitirá respeto hacia el usuario y aumentara su satisfacción ante el cuidado recibido. (<i>Purnell, 2000</i>).</li> </ul>
--	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)					
<b>DOMINIO:</b> 7 Rol/Relaciones <b>CLASE:</b> 1 Roles de cuidador <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00061 Cansancio del rol del cuidador.			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						MANTENER	AUMENTAR	
<b>Definición:</b> Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.  <b>Diagnóstico:</b> Cansancio del rol del cuidador relacionado por responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, manifestado por falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.			Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203)	<b>Dominio:</b> Salud familiar  <b>Clase:</b> Ejecución del cuidador familiar	220315 Trastorno de la rutina	1 Gravemente comprometido.	3	5
					220302 Realización del rol	2 Sustancialmente comprometido.	2	5
					221131O Responsabilidades del rol	3 Moderadamente comprometido.	1	5
						4 Levemente comprometido.		
						5 No comprometido.		

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	5 Familia; cuidados que apoyan a la unidad familiar	<b>CLASE:</b>	X: Cuidados de la vida
---------------	---	---------------	------------------------

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

**ACTIVIDADES**

**FUNDAMENTO CIENTIFICO**

- ✓ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
  
- ✓ Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- ✓ Admitir las dificultades del rol del cuidador.
- ✓ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- ✓ Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.
- ✓ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador.
- ✓ Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
  
- ✓ Usar un sistema de evaluación para determinar la carga del cuidador y la tensión de su papel.
- ✓ Observar si hay indicios de estrés.

- ✓ Identifica la capacidad que tiene el cuidador para hacerse cargo del paciente. (*Kalkins 2002*).
  
- ✓ Identifica la autoestima del cuidador y el afrontamiento ante la enfermedad. (*Kalkins 2002*).
  
- ✓ Los sistemas de evaluación del cuidador deben ser multidimensionales y valorar el impacto del cuidado proporcionado en múltiples aspectos de su vida como la carga, la depresión y la

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.</li> <li>✓ Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando.</li> <li>✓ Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.</li> <li>✓ Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.</li>   <li>✓ Controlar la calidad del cuidado realizado por el cuidador, su idoneidad y la necesidad</li> <li>✓ Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.</li> <li>✓ Comentar con el paciente los límites del cuidador.</li> <li>✓ Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> <li>✓ Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</li> </ul>	<p>angustia.(<i>Kalkins 2002</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El dar cuidados puede mermar el sistema inmune y predisponer a enfermedades al cuidador. (<i>Kalkins 2002</i>).</li>   <li>✓ Permitirá identificar la capacidad que tiene el cuidador para realizar sus labores. Los cuidadores que trabajan registran días perdidos, interrupciones de trabajos, permiso para ausentarse y menor productividad debido a las necesidades de estar involucrados con el cuidado del usuario, impidiendo que el cuidador cumpla con su labores cotidianas. (<i>Schumancher, 2000</i>).</li> </ul>
---	--

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
			CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
<b>DOMINIO:</b> 6 Auto percepción <b>CLASE:</b> 2 Autoestima <b>CÓDIGO DE DX:</b> 00120 Baja autoestima situacional.			RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
						MANTENER	AUMENTAR
<b>Definición:</b> Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.  <b>Diagnóstico:</b> Baja autoestima situacional relacionado por deterioro funciona., manifestado por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.			Autoestima (1205)	120S02 Aceptación de las propias Limitaciones	1: Nunca positivo 2: Raramente positivo 3: A veces positivo	3	5
				120S12 Aceptación de los cumplidos de los demás	4: Frecuentemente positivo 5: Siempre positivo	2	5
				120S19 Sentimientos sobre su propia Persona		1	5

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)**

<b>CAMPO:</b>	3 Conductual: Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	<b>CLASE:</b>	R: Ayuda hacer frente a situaciones difíciles
---------------	---	---------------	---

**INTERVENCIONES INDEPENDIENTES**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las frases del paciente sobre su propia valía.</li> <li>• Determinar la posición de control del paciente.</li> <li>• Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.</li>   <li>• Escuchar activamente, demostrar respeto y aceptación del usuario.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus virtudes.</li> <li>• Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.</li> <li>• Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.</li> <li>• Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.</li>   <li>• Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.</li> <li>• Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermería desempeña un rol vital en la valoración de aspectos de seguridad, manejo de los usuarios y supervisión de otro personal. <i>(Barloon, 2003).</i></li>   <li>• La clarificación de los pensamientos y de los sentimientos ayudan a auto aceptación. <i>(LcMone, 1991).</i></li>   <li>• El reconocimiento de las habilidades refuerzan el autoestima. <i>(Anderson, 1995).</i></li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstenerse de burlarse.</li> <li>• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> <li>• Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</li> <li>• Ayudar a l paciente a aceptar la dependencia de otros.</li> <li>• Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</li>   <li>• Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.</li> <li>• Explorar las razones de la autocrítica o culpa.</li> <li>• Animar al paciente a evaluar su propia conducta.</li> <li>• Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</li> <li>• Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.</li> <li>• Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar a realizar su autorrealización aumenta el autoestima del usuario. (<i>Harter, 2000</i>).</li>   <li>• El identificar las razones del autocrítica de un paciente ayuda a que facilite un ambiente y actividades que aumenten el autoestima del usuario. (<i>Bastom, 2002</i>).</li> </ul>
---	--

Autora: Myriam Andrea Muñoz Acosta  
Fuente: Instrumento Estructurado

## V. CONCLUSIONES

- Se identificó cuáles son los nudos críticos sobre la enfermedad de Parkinson mediante una revisión bibliográfica e historial clínico, se mejoró la calidad de vida del paciente promoviendo actividades de atención de Enfermería basados en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Durante la elaboración del caso clínico el alcohol y los factores genéticos son los principales factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad.
- Las actividades realizadas con el paciente fueron de mucha ayuda para mejorar la calidad de vida del paciente y contribuir con un mejoramiento en algunos problemas como el estreñimiento, el hiperinsomnio, la autoestima. Lamentablemente no todos los problemas fueron solucionados por motivo miso de la enfermedad como el deterioro de la movilidad, el habla, y el auto cuidado.
- El proceso de atención de enfermería es un instrumento valioso para jerarquizar necesidades y brindar una atención oportuna, ayudando de esta manera a una pronta recuperación mediante los cuidados y actividades adecuadas para pacientes con enfermedad de Parkinson.
- Al paciente se realiza los cuidados específicos para la enfermedad. Por este motivo, se actualiza los cuidados a modo orientativo y facilitar una guía que pueda ser útil en la práctica clínica que permita identificar posibles problemas de enfermería.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Ackeley, B. (2007). *Manual de Diagnosticos de Enfermeria. Enfermeria Basada en Evidencias*. Barcelona: Elsevier.
- ✓ Cabezas, R. (2011). El Ejercicio Fisico la Lucha contra el Mal de Parkinson. *Orbita cientifica*, 1-8.
- ✓ Fages, B. (2010). *Enfermedad de Parkinson*. España: Panamericana.
- ✓ Gonzáles, R. (2014). *Alcohol, Tabaco y Parkinson*. España: Panamericana.
- ✓ Gonzales, V. (2012). *Enfermedad de Parkinson Inicial*. España.
- ✓ Juan, W. (2010). *La Enfermedad de Parkinson* . España: Paidos.
- ✓ Mejía, D. (2011). *El Mal de Parkinson*. Madrid: Courps.
- ✓ Micheli, F. (2011). *Enfermedad de Parkinson*. Buenos Aires: Panamericana.
- ✓ Morán, H. (2012). *Parkinson*. Ambato: Panamericana.
- ✓ Oldey, R. (2011). *Harriso Neurologia en Medicina Clinica*. España: Interamericana.
- ✓ Perez, A. (20010). Parkinson la nueva historia . *Scielo*, 1-20.
- ✓ Quereje, E. (2010). *Historia del Parkinson*. Mexico: Printed.
- ✓ Steven, D. (2013). La Enfermedad de PArkinson. *Kidshealth*, 3.
- ✓ Uribe, C. (2012). *Fundamento de Medicina Neurologica* . Medellin - Colombia: CIB.
- ✓ Zarras, J. (2010). *Neurologia*. Mexico: Elsevier.

## LINKOGRAFÍA

- ✓ Aguilar, F. (2012). Parkinson. DMedicina.com. Recuperado 12 de agosto del 2015, disponible en <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/parkinson.html>.
- ✓ Connolly, B. (2009). Mal de Parkinson. Medline Plus. Recuperado 12 de agosto del 2015, disponible en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000755.htm>.
- ✓ Gomez, R. (2011). Trastornos de la Enfermedad de Parkinson. SCIELO. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000100014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000100014)
- ✓ Michael, J. (2005). Síntomas del Parkinson. FOR PARKINSON'S RESEARCH. Recuperado 20 de agosto del 2015, disponible en <https://www.michaeljfox.org/understanding-parkinsons/living-with-pd/topic.php?sintomas>
- ✓ Millen, J. (2013). Enfermedad de Parkinson. SCIELO. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000200007&script=sci_arttext)
- ✓ Petter, J. (2000). Enfermedad de Parkinson. Federación Española de Parkinson. Recuperado 12 de agosto del 2015, disponible en [http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9\\_es\\_la\\_enfermedad\\_de\\_Parkinson&idm=36](http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9_es_la_enfermedad_de_Parkinson&idm=36)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- ✓ EBRARY: Stewart, A. (2008). Parkinson Disease. Recuperado 20 de agosto del 2015, disponible en <http://site.ebrary.com/lib/uta/reader.action?docID=10210545>
- ✓ EBSCOHOST: Martinez, D. (2013). Relación entre el género y los síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=3bf26003->

6e2f-43ba-b572-74c770 c0f ce7%40sessionmgr198&hid=123&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc 2l0ZT1la G9zdC1saXZl# AN=97583122&db=a9h

- ✓ EBSCOHOST: Gomez. Y. (2008). EBSCOHOST: Martinez. D. (2013). Relación entre el género y los síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=65d9516a-466e-4183-9a71-f5b5ff37112f%40sessionmgr4003&hid=4207&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc 2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=109319958&db=a9h>
- ✓ SCOPUS: Olmos. I. (2013). Neuroprotective effects of a GIP analogue in the MPTP Parkinson's disease mouse model. Recuperado el 20 de agosto del 2015, disponible en <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84944270712&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=parkinson &st2=&sid=A4D46539901BDFA5F63D9F808C23B64D.53bsOu7mi7A1 NSY7fPjflg%3a30&sot=b&sdt=b&sl=24&s=TITLE-ABS-KEY%28 parkinson%29&relpos=1&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS- KEY%28parkinson%29>
- ✓ SCOPUS: Weiner. J. (2009). Tratamiento de Parkinson. Recuperado 20 de agosto del 2015, disponible en <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84942274750&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1= PARKINSON+DISEAS &st2=&sid=F8947EFEA136C64B640230D9 A0F847EA.I0QkgbIjGqqLQ4Nw7dqZ4A%3a10&sot=b&sdt=b&sl=35&s =TITLE-ABS-KEY+%28+PARKINSON+disease+%2 9&relpos= 2& relpos=2&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY+%28+ PARKINSON+disease+%29>

## VII. ANEXO

### ANEXO 1

**Tabla 4: EXÁMENES DE LABORATORIO**

EXAMÉNES	RESULTADOS	REFERENCIA
Eritroblastos	6,10 $10^6/\text{mm}^3$	5.50 – 6.50
Hemoglobina	18.3 g/dL	13.0 – 17.0
Hematocrito	55.9%	40.0 – 54.0
Volumen corpuscular medio	92 $\text{um}^3$	80 – 100
Hemoglobina Corpuscular media	30.0 pg	27.0 – 32.0
Concentración Hemoglobina corpuscular media	32.7 g/dL	32.0 – 36.0
Plaquetas	140 $10^3/\text{mm}^3$	150 – 500
Volumen plaquetario medio	10.0 $\text{um}^3$	6.0 – 11.0
Leucocitos	8.6 $10^3/\text{mm}^3$	4.0 – 10.0
Neutrofilos	45.0%	50.0 – 80.0
Monocitos	6.1%	2.0 – 11.7
Basofilos	1.3%	0.0 – 2.0
Urea	26 mg/dL	10 – 50
Creatinina	1.06 mg/dL	0.7 – 1.2
Ácido Úrico	7.40 mg/dL	3.4 – 7.0
Colesterol	196 mg/dL	50 – 200
HDL – C	48 mg/dL	35 – 55
Glucosa	83 mg/dL	70 - 110
Triglicéridos	261 mg/dL	0 - 150

Autora: Myriam Andrea Muñoz Acosta

Fuente: Instrumento Estructurado

## ANEXO 2

**Tabla 5: TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR -RICHMOND.**

<u>Preguntas</u>	<u>Puntuación</u>
¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y fumas tu primer cigarrillo? ➤ Menos de 5 minutos ➤ De 6 a 30 minutos ➤ De 31 a 60 minutos	3 2 1 <b>0</b>
¿Tienes dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido (hospitales, cines, etc.)? ➤ Si ➤ No	1 <b>0</b>
¿Qué cigarrillo te produce mayor satisfacción? ➤ El primero de la mañana ➤ Cualquier otro	1 <b>0</b>
¿Cuántos cigarrillos fumas al día? ➤ Menos de 10 cigarrillos ➤ Entre 11 y 20 cigarrillos ➤ Entre 21 y 30 cigarrillos	<b>0</b> 1 2
¿Fumabas más por las mañanas? ➤ Si ➤ No	1 <b>0</b>
¿Fumabas aunque estés enfermo? ➤ Si ➤ No	1 <b>0</b>

### INTERPRETACIÓN

- ✓ De 0 a 3 puntos: bajo grado de dependencia
- ✓ De 4 a 6 puntos: dependencia de la nicotina
- ✓ De 7 en adelante: alta dependencia

Fuente: Amador de los Ríos

### ANEXO 3

**Tabla 6: CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"**

<u>Preguntas</u>	<u>Puntuación</u>	
	<u>SI</u>	<u>NO</u>
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 Kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mi mismo por problemas físicos	2	0
<b>PUNTIACIÓN</b>	13	

#### INTERPRETACIÓN

- ✓ De 0 a 2 puntos: reevaluar la puntuación nutricional en seis meses
- ✓ De 3 a 5 puntos: riesgo nutricional moderado.
- ✓ De 6 en adelante: riesgo nutricional alto

Fuente: Dwyer JT Screening older american's nutritional health



## ANEXO 4

**Tabla 7: TEST DE BARTHEL**

<b>Comer</b>	0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
<b>Trasladarse entre la silla y la cama</b>	0 = incapaz, no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
<b>Aseo personal</b>	0 = necesita ayuda con el aseo personal. 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
<b>Uso del retrete</b>	0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo. 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
<b>Bañarse/Ducharse</b>	0 = dependiente. 5 = independiente para bañarse o ducharse.
<b>Desplazarse</b>	0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m. 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal). 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
<b>Subir y bajar escaleras</b>	0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta. 10 = independiente para subir y bajar.
<b>Vestirse y desvestirse</b>	0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
<b>Control de heces:</b>	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
<b>Control de orina</b>	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa. 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente, durante al menos 7 días.

### INTERPRETACIÓN

- ✓ < 20: dependencia total
- ✓ 20 – 40: dependencia grave
- ✓ 45 – 55: dependencia moderada
- ✓ 60 o más dependencia leve

Fuente (Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients)

## ANEXO 5

**Tabla 8 : CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO**

1.- ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecho
2	Bastante satisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para .....

ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
---------	---------	-------	---------	---------

2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0 – 15 minutos
2	16 – 30 minutos
3	31 – 45 minutos
4	46 – 60 minutos

5	Más de 60 minutos
---	-------------------

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	Más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 – 2 horas antes
5	Más de 2 veces antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? \_\_\_\_\_

1	91 – 100%
2	81 – 90%
3	71 – 80%
4	61 – 70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento socio-laboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) .....?  
(Información clínica)

ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
---------	---------	-------	---------	---------

2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5

2,3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

1	Ningún día
2	1 – 2 días/semana
3	3 días/semana
4	4 – 5 días/semana
5	6 – 7 días/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ITEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Item 1	1
Insomnio	Items 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	27
Hiperinsomnio	Items 2-5, 8, 9	12
Puntuación total		40

#### INTERPRETACIÓN

- ✓ Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 sub escalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.
- ✓ La sub escala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Fuente Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño.

## ANEXO 6

**Tabla 9: TEST DE PFEIFFER**

<u>Ítems</u>	<u>errores</u>
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	-----
¿Qué día de la semana es hoy?	-----
¿Dónde estamos ahora?	-----
¿Cuál es su número de teléfono?	-----
¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)	-----
¿Cuántos años tiene?	-----
¿Cuál es su fecha de nacimiento? día, mes, año	-----
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	-----
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	-----
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	-----
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0	
PUNTUACIÓN	20

### INTERPRETACIÓN

- ✓ El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Fuente: Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.

## ANEXO 7

**Tabla 10: TEST DE YESAVAGE**

1. En general ¿está satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/desprotegido?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. En estos momentos ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5	3	
PUNTUACIÓN TOTAL – V15	6	

### INTERPRETACIÓN

- ✓ Versión de 15: Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
  - 0 - 4: Normal
  - 5 ó +: Depresión –
- ✓ Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

Fuente: Martínez de la Iglesia

## ANEXO 8

**Tabla 11: ESCALA DE TINETTI PARA EQUILIBRIO**

1. Equilibrio sentado 0: se inclina o se desliza de la silla 1: está estable y seguro	1
2. Levantarse de la silla 0: es incapaz sin ayuda 1: se debe ayudar con los brazos 2: se levanta sin usar los brazos	1
3. En el intento de levantarse 0: es incapaz sin ayuda 1: es capaz pero necesita más de un intento 2: es capaz al primer intento	1
4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos) 0: inestable(vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tranco) 1: estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse 2: estable si soportes o auxilios	1
5. Equilibrio de pie prolongado 0: inestable(vacila, mueve los pies, marcada oscilación 1: estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayores a 10cm) o usa auxiliar 2:estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios	1
6. Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades) 0: comienza a caer 1: oscila, pero se endereza solo 2: estable	0
7. Romberg (con los ojos cerrados e igual que el anterior ) 0: inestable 1:estable	0
8. Girar en 360° 0: con pasos disminuidos o movimientos no homogéneos 1:con pasos continuos o movimientos homogéneos 0: inestable (se sujeta, oscila) 1: estable	0
9. Sentarse 0: inseguro ( equivoca distancia, cae sobre la silla) 1: usa los brazos o tiene movimiento discontinuo 2: seguro, movimiento continuo	0
<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>5</b>





## ANEXO 9

**Tabla 12: ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)**

CATEGORIAS	DOMINIO	FIM TOTAL
<b>Auto cuidado</b> 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo perineal	Motor: 91 puntos	59
<b>Control de esfínteres</b> 7. Control de la vejiga 8. Control del intestino		
<b>Movilidad</b> 9. Traslado de la cama a la silla o silla de ruedas 10. Traslado en el baño 11. Traslado en la bañera o ducha		
<b>Ambulación</b> 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar gradas		
<b>Comunicación</b> 14. Comprensión 15. Expresión	Cognitivo: 35 puntos	35
<b>Conocimiento social</b> 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria		

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7: independencia completa 6: independencia modificada
Dependencia modificada	5: supervisión 4: asistencia mínima (mayor del 75% de independencia ) 3: asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2: asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1: asistencia total (menor del 25% de independencia )

### INTERPRETACIÓN

- ✓ La FIM es una escala construida a partir de 7 niveles de funcionalidad, dos en los cuales no se requiere la ayuda humana y cinco en los que se necesita un grado progresivo de ayuda. Se han definido 18 ítems dentro de 6 áreas de funcionamiento: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, deambulaci3n, comunicaci3n y conocimiento social. La máxima puntuaci3n de cada ítem es de siete y la mínima de uno, por lo que el máximo obtenido será de 126 y el mínimo de 18

Fuente: Forner Cordero I

## ANEXO 10

**Tabla 13: ÍNDICE LAWTON Y BRODY**

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
<b>Puntuación total:</b>	
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</b>	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	0
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	0
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
<b>HACER COMPRAS:</b>	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	0
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	1
- Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</b>	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	0
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1
<b>CUIDADO DE LA CASA:</b>	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	0
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	0
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
- No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA:</b>	
- Lava por sí solo toda su ropa	0
- Lava por sí solo pequeñas prendas	0
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:</b>	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	0
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	0
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:</b>	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	1
- No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:</b>	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	0
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	0
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total	7

### INTERPRETACIÓN

- ✓ Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

Fuente: Martínez Lage JM

## ANEXO 11

**Tabla 14: TEST DE APGAR FAMILIAR**

	<u>Casi siempre</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Casi nunca</u>
Estoy contento de pensar que puedo reunir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa		X	
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de como compartimos los problemas		X	
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva direccion		X	
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y como responde a mis emociones, como colera tristeza y amor		X	
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos		X	

### INTERPRETACIÓN

- ✓ Casi siempre: (2 puntos);
- ✓ Algunas veces. (1 punto);
- ✓ Casi nunca: (0 puntos).
- ✓ Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.
- ✓ Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional,
- ✓ una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional.
- ✓ Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

Fuente: Miguel A. Suarez Cuba

## ANEXO 12

**Tabla 15: TEST DE DUKE-UNG**

<b>Instrucciones para el paciente:</b> En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	<b>Mucho menos de lo que deseo</b>	<b>Menos de lo que deseo</b>	<b>Ni mucho ni poco</b>	<b>Casi como deseo</b>	<b>Tanto como deseo</b>
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares			X		
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa			X		
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo		X			
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede				X	
5. Recibo amor y afecto					X
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa		X			
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas y familiares		X			
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos		X			
9. Recibo invitación para distraerme y salir con otras personas		X			
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida		X			
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama				X	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>31</b>				

### INTERPRETACIÓN

- ✓ consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.
- ✓ La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Fuente: Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients

### ANEXO 13

**Tabla 16: ENCUESTA ESTRUCTURADA**

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Le falta el aire al hacer algún tipo de actividad?	No, porque no realizó ninguna actividad, pero al caminar en momentos si me falta el aire.
¿Se agita al subir gradas?	Si
¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?	No, me mantengo como siempre
¿Al levantarse siente que le falta el aire?	Si, siento que se me cierra la nariz
¿La dificultad respiratoria ocurre cuando está en reposo?	Si, cuando estoy acostado se me cierra la nariz
¿Utiliza usted tanque de oxígeno?	No utilizo
¿Sufre de ahogos durante las noches?	No, solo en el día siento que se me cierra la nariz
¿Presenta tos?	continuamente
¿Fuma o ha Fumado alguna vez en su vida?	Si, antes de sufrir la enfermedad
¿Cuántas veces ha fumado en su vida?	2 tabacos los fines de semana

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cuántas veces al día come?	3 veces al día
¿Tiene algún horario específico de comidas?	Si, el desayuno a las 8 am, almuerzo a las 13 pm, y la merienda 20 pm
¿Tiene algún tipo de dieta?	No
¿Ha perdido el apetito?	No
¿Es la disminución del apetito importante o leve?	Ninguna
¿Ha bajado de peso durante el último año?	Si,
¿Toma alguna vitamina?	No, por el momento
¿Le es fácil masticar los alimentos?	Si
¿Utiliza dentadura postiza?	No
¿L e es fácil deglutir los alimentos?	Si
¿Tiene nausea o vomito durante las comidas?	No

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Sufre de estreñimiento?	Si, dos días a la semana
¿Sufre de incontinencia fecal?	No
¿Ha utilizado algún tipo de laxante?	No
¿Qué características tiene sus heces?	Duras, café, y de mal olor
¿Ha sentido sensación de llenura y pesadez estomacal?	No
¿Sufre de incontinencia urinaria?	No
¿Puede llegar al baño sin que se le escape la orina?	Si
¿De qué color es su orina?	Amarilla
¿Por las noches sale al baño?	Si
¿Cuántas veces en la noche va al baño?	2 veces
¿Suda mucho?	Hace 13 años cuando recién empezó la enfermedad sudaba mucho pero poco a poco fue disminuyendo la enfermedad



PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Realiza alguna actividad o ejercicio físico?	SI ( )                      NO ( X )
¿Necesita de ayuda para desplazarse de un lugar a otro?	SI ( X )                      NO ( )
¿Qué equipo o dispositivo utiliza para desplazarse?	Mis Familiares
¿Realiza pequeñas caminatas durante el día?	SI ( X )                      NO ( )
¿Qué tiempo se dedica a caminar?	15 minutos al día
¿la mayor parte del día permanece sentado todo el día?	SI ( X )                      NO ( )
¿Se le dificulta mantenerse de pie?	Si me falta fuerza en las rodillas
¿Se le dificulta coger las cosas?	Si porque no tengo fuerza en las manos
¿Se agacha para coger algún objeto?	No, porque no tengo fuerza
¿Se mantiene recto?	Puedo mantenerme recto por pocos minutos
¿Tiene la energía necesaria para todo el día?	No

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	No
¿Cuántas horas duerme durante la noche?	8 horas
¿Duerme durante el día?	Si, media hora
¿En el día se siente cansado?	Sí, porque en la tarde siente sueño
¿Toma medicamentos para dormir?	No
¿Se levanta cansado a pesar de dormir bien?	Ocasionalmente

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Escoge su ropa para vestirse?	SI ( )                      NO ( X )
¿Se puede desvestirse solo?	SI ( )                      NO ( x )
¿Se puede vestir solo?	SI ( )                      NO ( x )
¿Por qué no se puede vestir solo?	Porque se me hace difícil coger las cosas
¿Quién le ayuda en la vestimenta?	Mi Esposa
¿Desde hace cuánto tiempo no puede vestirse solo?	Hace 13 años desde que empezó la enfermedad

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Ha presentado algún tipo de sensación de quemazón en el cuerpo?	No
¿Le es fácil adaptarse a cambios de temperatura?	Si
¿Qué medidas utiliza para los diferentes cambios de temperatura?	Cambio de ropa
¿En su hogar que temperatura tiene?	Hace frio

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cuántas veces se baña a la semana?	2 veces
¿Tiene ducha?	No
¿Necesita ayuda para bañarse?	SI ( X )                      NO ( )
¿Cuántas veces en el día se lava los dientes?	1 vez al día
¿Necesita ayuda para lavarse los dientes?	SI ( X )                      NO ( )
¿Utiliza cremas hidratantes para la piel?	SI ( )                      NO ( X )
¿Cada que tiempo se corta las uñas?	Cada 15 días

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Cómo se siente?	Intranquilo, desesperado, preocupado
¿Tiene alguna preocupación?	Si el no poder trabajar me preocupa
¿Piensa que se puede solucionar sus Problemas?	Sí, tengo fe
¿Se siente útil en la familia?	Si, por la compañía
¿Usted se irrita con facilidad?	Ocasionalmente
¿Sufre de depresión?	Si
¿Cumple con todas las indicaciones médicas?	Si
¿Qué expectativas tiene?	Recuperar la salud
¿Cuenta con el apoyo y ayuda de su familia?	No, solo con mi esposa
¿Le es fácil recordar las cosas?	Si me es fácil
¿Cumple con las todas las vacunas?	Si
¿Ha sido hospitalizado?	No

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Puede comunicarse perfectamente con los demás?	Un poco se me dificulta
¿Cuándo usted habla le entiende con facilidad?	No siempre
¿Utiliza algún medio de comunicación para que le entiendan?	No
¿Desde hace que tiempo las demás personas no le entienden?	2 años
¿Utiliza mímicas para expresarse?	No
¿Tiene buena comunicación con su familia?	Si
¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?	Afronta los problemas
¿Cómo se siente al no poderse comunicar?	Desesperado, con impotencia
¿Cuándo acude a la casa de Salud le explican sobre su enfermedad?	Si

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Es usted religioso?	Si
¿Qué tan importantes es para usted la religión?	Muy importante
¿Cada que tiempo va a la iglesia?	Todos los domingos
¿Piensa que los valores son importantes para vivir?	Si
¿Tiene miedo a la muerte?	No
¿Qué piensa de la muerte?	En cualquier momento tiene que llegar
¿Usted se encomienda a algo a alguien para mejorar su salud?	Si, a Dios

<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
¿Trabaja?	SI ( )                      NO ( X )
¿En qué trabajaba?	Mecánico industrial
¿Qué labores realiza en su casa?	Ninguna
¿Se siente útil?	No
¿Su familia le impide realizar algunas actividades?	Sí, porque los nervios le alteran
¿Su enfermedad le permite realizar todas las actividades?	No
¿Cómo se siente usted al no poder realizar las actividades?	Me siento inútil

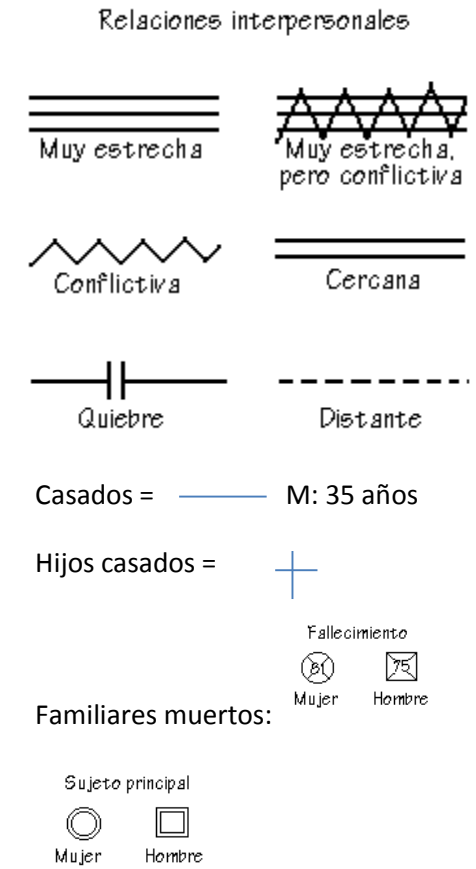
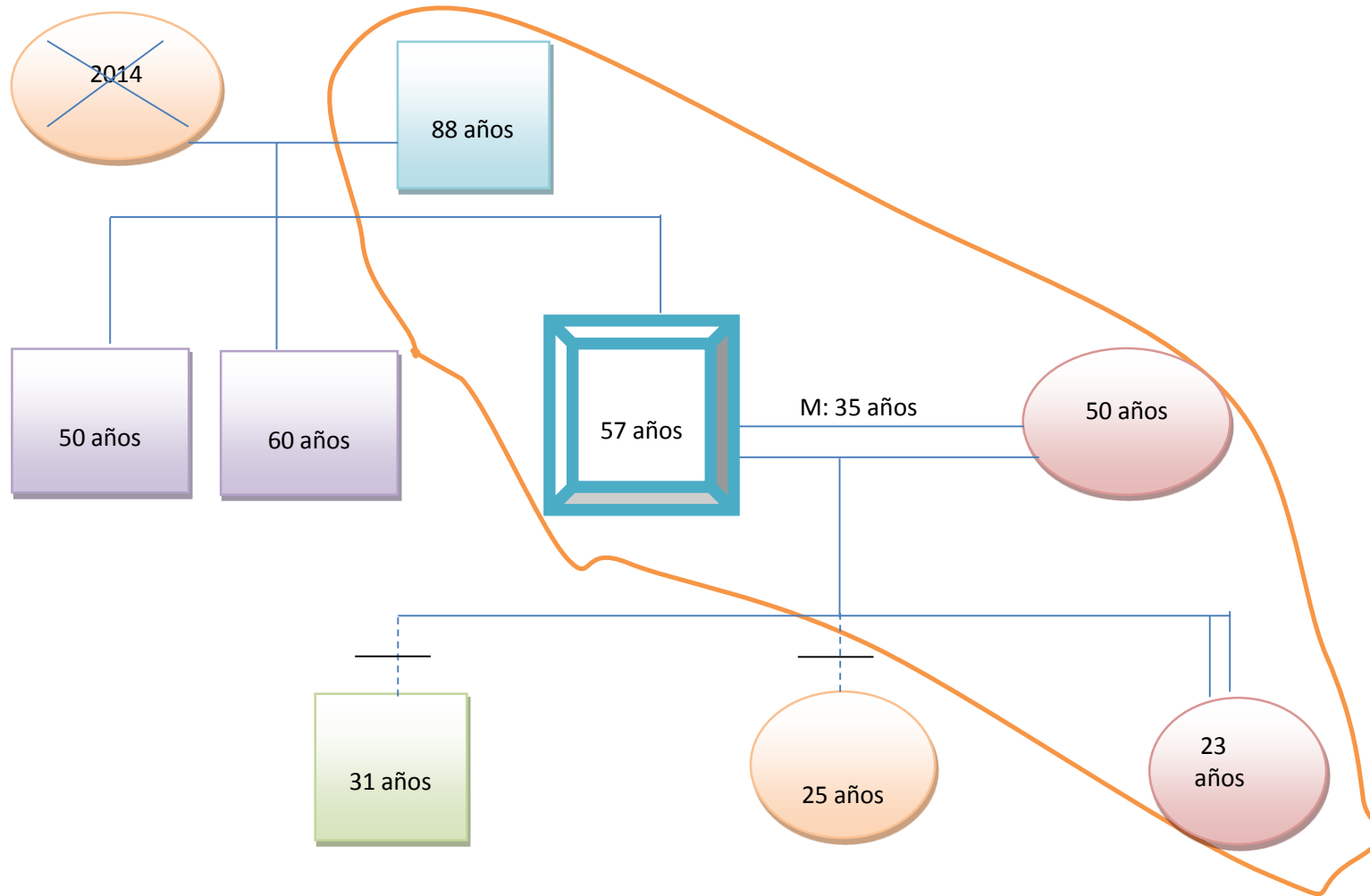
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Qué hace los fines de semana?	En ocasiones salgo al estadio, cuando mi hijo me viene a visitar
¿Sale al parque?	Ocasionalmente
¿Con que frecuencia sale a distraerse?	1 vez al mes
¿Los fines de semana pasa solo o en compañía de sus familiares?	Con mi esposa
¿Se siente aburrido en su casa?	Si
¿Se altera con facilidad?	Si
¿Utiliza alguna terapia para relajarse?	No
¿Qué actividad realiza para distraerse?	Ninguna

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cuáles son los estudios realizados?	Primaria
¿Sabe leer y escribir?	Si
¿Conoce acerca de su enfermedad?	Si
¿Toma sus propias decisiones acerca de su enfermedad?	Si
¿Realiza su tratamiento adecuadamente?	Si

Autora: Myriam Andrea Muñoz Acosta

Fuente: Base de Datos

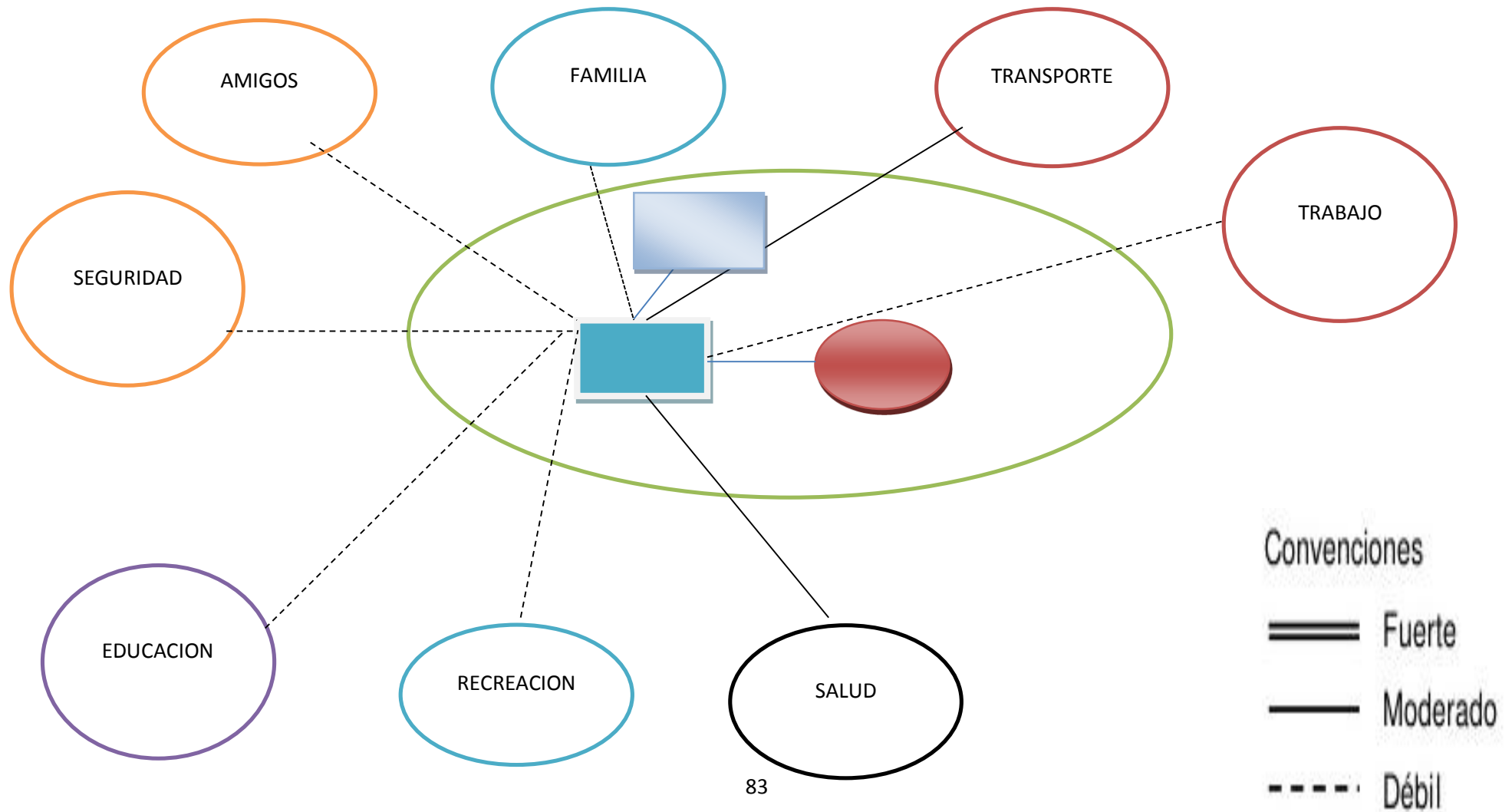
**ANEXO 14**  
**FAMILIOGRAMA**





**ANEXO 15**

**ECOMAPA**



**FOTOS**



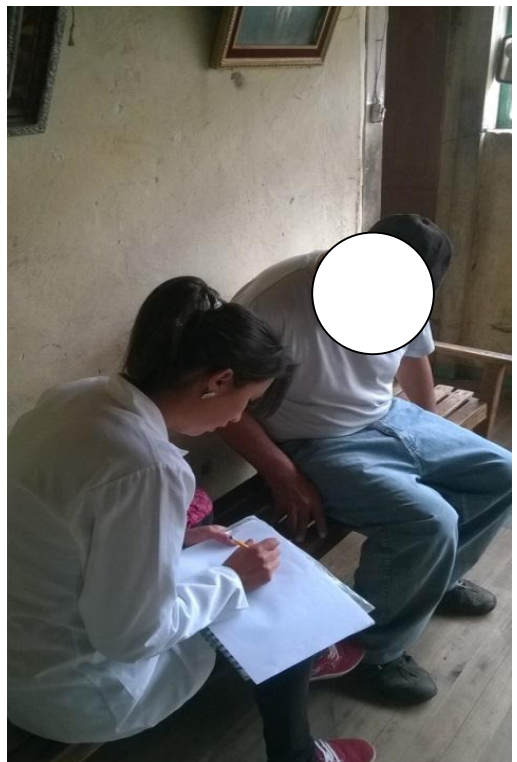
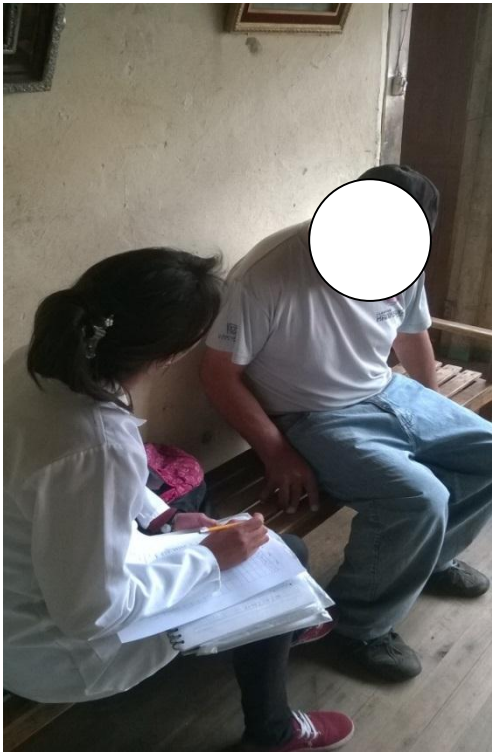
Toma de peso del paciente.



Toma de signos vitales.



Toma de signos vitales.



Realización de encuesta para obtención de datos