XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS.
"NEUROENFERMÍA ANTE LA PATOLOGÍA TUMORAL Y DEGENERATIVA"

Comunicaciones y póster
Granada, 2014

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ANTE UN BROTE PSICÓTICO EN UN PACIENTE CON PARKINSON.

Dª. Nazareth Gómez González.
Dª. Lourdes Bermello López.
Dª. Maria del Rosario Marín Arnes.
Dª. Laura Morejón Iglesias.

Complejo Asistencial Universitario.

León.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de parkinson es un trastorno progresivo, crónico y neurodegenerativo multisistémico. Sus síntomas más comunes son trastornos motores: bradicinesia, temblor distal, rigidez e inestabilidad postural.
No obstante, son características las alteraciones emocionales como depresión, ansiedad, apatía y psicosis, que condicionan la vida del paciente y su entorno. La psicosis constituye el problema psiquiátrico más comúnmente relacionado con el tratamiento dopaminérgico, con una prevalencia aproximada del 18%.
El tratamiento farmacológico mejora el rendimiento motor, recordando que con el transcurso de los años será más difícil el control de los síntomas motores y no motores. No obstante cualquiera de los medicamentos utilizados puede provocar complicaciones psíquicas. El tratamiento farmacológico puede dar lugar a ansiedad, trastornos afectivos, alteraciones del sueño, alucinaciones, etc, apareciendo años después su inicio.

OBJETIVOS

Valorar e identificar los trastornos emocionales más comunes en la enfermedad de Parkinson.
Elaborar un plan de cuidados utilizando la nomenclatura (NANDA-NIC-NOC) en la fase aguda de un brote psicótico.
Aplicar el plan individualizado orientado en el apoyo emocional al paciente y su entorno.

CASO CLÍNICO

LGG varón 62 años, diabético tipo 2 y con Parkinson de más de 10 años de evolución.
Desde hace dos meses presenta episodios de delirio y alucinaciones. Ingresa en la unidad de neurología tras episodio de agresividad. Se procede a cambiar de agonista dopaminérgico e introducir neurolépticos atípicos por el cuadro de agitación y síndrome confusional.
Ante este caso, vemos la necesidad de analizar y establecer un plan de actuación consensuado con el paciente y familia.

Valoración (modelo de Virginia Henderson)

1. Respirar normalmente: no presenta a alteraciones
2. Comer adecuadamente: Buena ingesta oral
3. Eliminación : Incontinencia urinaria, estreñimiento
4. Moverse y mantener posición adecuada: Deterioro movilidad física.
5. Dormir y descansar: Insomnio
6. Vestirse adecuadamente: Dependiente total
7. Mantener la temperatura corporal: temperatura corporal regular
8. Mantener higiene y proteger la piel: Riesgo de afectación de la integridad cutánea.
9. Evitar peligros ambientales: Riesgo de lesiones relacionadas con inestabilidad postural.
10. Comunicarse:
    -Deterioro de la comunicación verbal.
    -Confusión aguda relacionada con ideas delirantes
11. Profesar su religión: no presenta alteraciones.
12. Trabajar: jubilado.
13. Participar en actividades recreativas: Ve la televisión, lee el periódico diariamente.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad: no presenta alteraciones

Escala de Braden: 18. Riesgo Bajo
Escala de Barthel: 50. Dependencia moderada
Escala riesgo caídas: 5. Riesgo alto.

Diagnósticos de enfermería:

NANDA	**NOC**	**NIC**	**ACTIVIDADES**
Confusión aguda (00128)	Autocontrol del pensamiento distorsionado(1403)	Manejo del delirio(6440)	Identificar los factores etiológicos que causan delirio. Reconocer los miedos y sentimientos del paciente.
	Orientación cognitiva (0901)	Orientación de la realidad(4820)	Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo Acercarse al paciente lentamente y de frente.

Trastorno de la percepción sensorial(00122)	Autocontrol del pensamiento distorsionado(1403)	Manejo de ideas ilusorias(6450)	Realizar seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos dañinos o violentos para el paciente mismo. Tranquilizar al paciente. Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos diariamente y si es necesario. Evitar reforzar ideas ilusorias.
Insomnio (00095)	Descanso (0003) Equilibrio emocional (1204) Sueño (0004)	Mejorar el sueño (1850) Disminución de la ansiedad (5820)	Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño. Enseñar al paciente a controlar las pautas del sueño

METODOLOGÍA

El trabajo se ha llevado a cabo en la Unidad de Neurología. La revisión bibliográfica nos permitió recabar información sobre la enfermedad del Parkinson, centrándonos en la sintomatología provocada por el brote psicótico. La metodología utilizada se basa en el proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Para poder establecer el plan de actuación analizamos los casos similares que tuvimos en la unidad a lo largo del año 2013, identificamos tres pacientes (dos varones y una mujer) con una sintomatología común. Hicimos un análisis retrospectivo de sus procesos, lo que nos permitió realizar una evaluación de las intervenciones realizadas y analizar los distintos planes de actuación que llevamos a cabo.

REFLEXION SOBRE EL CASO CLINICO

El predominio de los síntomas motores, provoca que, en muchas ocasiones, se le de menos importancia a las alteraciones psíquicas, siendo en la mayoría de los casos la principal causa de incapacidad. Los síntomas neuropsiquiátricos son muy prevalentes en pacientes con enfermedad de Parkinson pero no suelen diagnosticarse y tratarse de manera adecuada.

La enfermera debe conocer y manejar adecuadamente los efectos secundarios y adversos del tratamiento medicamentoso. Como resultado del análisis retrospectivo, en los casos que analizamos, la sintomatología que los pacientes manifestaban tenía un común denominador: el tratamiento dopaminérgico de larga duración, provocando reacciones adversas.

Basándonos en los estudios publicados donde concluyen que hasta el 50% de los pacientes tratados con Levodopa y otros dopaminérgicos las manifestaciones psicóticas son más frecuentes, y apoyados por el análisis de otros casos clínicos vimos la necesidad de crear un plan de cuidados que nos permita planificar las intervenciones dirigidas al apoyo emocional y principales manifestaciones psíquicas.

Una formación adecuada e intervención precoz en las alteraciones emocionales mejoran la calidad de vida del paciente y del cuidador. El conocimiento nos permitió planificar con la familia (cuidador principal) las intervenciones centradas al apoyo emocional y facilitó la comprensión por parte del cuidador, lo que hace que el proceso sea mejor tolerado. La familia debe involucrase el cuidado durante todo el proceso. Es crucial en la estabilización y control de la enfermedad: adherencia al tratamiento, apoyo emocional, control del estrés.

El paciente y la familia deben ser formados y asesorados sobre la enfermedad y los cuidados planificados. El encuentro con pacientes y procesos similares es positivo para el apoyo psicológico de ambos y reducir el estrés.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados... Capítulo 16, Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo: clínica y tratamiento. J. Martín Fernández, O. Morsi Hassan y B. Palazón Cabanes. 3ª Edición. Editorial Elsevier España. 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica.

Neurología. Tema 19 Parkinson. D.Cárdenas Antón. Tercera edición. Febrero 2005. Formación continuada Logoss, SL.

Complicaciones psiquiátricas de la enfermedad de Parkinson: clínicas y tratamiento. A, Castro-García, A. Sesar- Ignacio, B. Ares- Pensado. Revista Neurología 2004; 39 (7): 646-650

Trastornos neuropsiquicos en la enfermedad de Parkinson. E. Noé-Sebastian, P. Irimia-Sieira, E. Pamares-Arias, E. Martínez- Vila, Mª R. Luquin-Pindo. Revista Neurológica 2001; 32(7): 676-681.

Historia Clínica. Sistema IANUS. HULA.

http://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123j.pdf

Complicaciones Neuropsiquiátricas en Parkinson avanzado.2010. Doctora Patricia Rentería Cruz. Psiquiatra

http://www.fisterra.com/guias-clinicas/complicaciones-enfermedad-parkinson/