

PACIENTE CON DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY: ABORDAJE CLÍNICO DE ENFERMERÍA

MARÍA EGUILLOR MUTILOA¹, SARA HERMIDA GÓMEZ² Y DAVID PEÑA OTERO³

¹Enfermera. Máster en Cuidados Críticos. Residencia Urbanización de Mayores. Madrid.

²Estudiante de Enfermería (4.º curso). Centro Universitario San Rafael-Nebrija. Madrid.

³Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor del Centro Universitario San Rafael-Nebrija. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La demencia por cuerpos de Lewy (DCL) es un síndrome cognitivo degenerativo de importante relevancia, no tanto por su frecuencia, sino por las dificultades que genera su diagnóstico¹. Se caracteriza clínicamente por un deterioro mental con predominio frontal, un parkinsonismo leve o moderado, la aparición de rasgos psicóticos y fluctuaciones cognitivas². Sin embargo, hasta la aparición de los criterios diagnósticos para la DCL, estos casos solían ser erróneamente clasificados como enfermedad de Alzheimer, como enfermedad de Parkinson o como una superposición de ambas³. Hoy en día, la identificación de los rasgos clínicos característicos de esta enfermedad y los recientes estudios de imagen de que disponemos facilitan la compleja labor diagnóstica que tantas implicaciones pronósticas y terapéuticas conlleva¹.

Correspondencia: D. Peña Otero.
Correo electrónico: dpena@nebrija.es

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El presente caso aborda el proceso de cuidados característicos de la DCL, según la propuesta de modelo de práctica bifocal de Lynda Carpenito^{4,5}, de doña M.M.P., mujer de 75 años y natural de Madrid, actualmente, ingresada en una residencia geriátrica.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realiza la valoración de enfermería apoyándose en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon⁶ (tabla 1).

DIAGNÓSTICOS Y PLANIFICACIÓN

Para la realización del plan de cuidados, se ha usado la taxonomía NANDA-NOC-NIC⁷⁻⁹ de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, respectivamente, según los criterios de la legislación española actual¹⁰ (tabla 2). Finalmente, de acuerdo con el modelo de práctica bifocal, se establecen los problemas de colaboración y las posibles complicaciones (tabla 3). La temporalidad fijada en los objetivos no solo busca la resolución del problema, sino

Tabla 1. Valoración de enfermería por patrones

Percepción-Manejo de la salud	Diagnosticada de enfermedad de Parkinson hace un año. Sin datos relevantes de ingresos o intervenciones quirúrgicas previas. Tratamiento farmacológico: levodopa, rivastigmina y quetiapina (en sustitución del haloperidol).
Nutricional-Metabólico	Anteriormente, para evitar el riesgo de broncoaspiración, se introdujo el uso de espesantes y alimentos triturados, provocando el rechazo de la paciente a las ingestas y llegando a una situación de deshidratación y desnutrición. Se soluciona con alimentación enteral temporalmente, tras la cual, la paciente mejora y tolera la introducción de suplementos nutricionales orales. Actualmente, con dieta normal triturada o con espesantes. Escala de Norton: 9 puntos (riesgo alto de desarrollar UPP).
Eliminación	La paciente padece incontinencia urinaria y fecal.
Actividad-Ejercicio	Vida en silla de ruedas, por alta inestabilidad y riesgo de síncope y caídas. Escala de Downton: 6 puntos (alto riesgo de caídas). Índice de Barthel: 5 puntos (gran dependiente).
Sueño-Descanso	Alteraciones del sueño: insomnio y sonambulismo alternando con hipersomnolencia diurna. En tratamiento con quetiapina.
Cognitivo-Perceptivo	Inicialmente, falta de atención progresiva y pérdidas de memoria relativas a los hechos más recientes. Desorientación. Fluctuación de síntomas, incluso, a lo largo del día; su hija refiere que tiene momentos en que está «muy centrada» y otros en que se encuentra «dispersa». Actualmente, estas alteraciones se tratan farmacológicamente y se le ha incluido en el programa de estimulación cognitiva.
Autoconcepto	Pasa de la risa al llanto de un momento a otro. Presenta alucinaciones («una muñeca que le habla») e ideación de perjuicio («la familia quiere robarle»).
Rol-Relaciones	Viudez de 14 meses, tras lo cual, comenzó a vivir con su única hija, su yerno y sus dos nietos (estos últimos pasan el día en la universidad). Ante la evolución de sus síntomas y sus altos niveles de dependencia, la familia decide buscar ayuda profesional y su ingreso en un centro.
Sexualidad-Reproducción	Tiene una única hija. Ante la pregunta, refiere no querer ni tener ganas de relaciones sexuales ni pensamientos.
Adaptación al estrés	Cuenta con una red de apoyo familiar y social sólida.
Valores-Creencias	La paciente refiere ser cristiana católica practicante, pero no puede acudir a la Comunión por su imposibilidad de trasladarse.

UPP: úlcera por presión.



Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería

[00257] Síndrome de fragilidad del anciano r/c enfermedad crónica, alteración de la función cognitiva, riesgo de caídas m/p dependencia para actividades básicas de la vida diaria		
NOC	[0300] Autocuidados: AVD (escala a) – (30006) Higiene; (30002) Se viste; (30003) Uso del inodoro <i>Tiempo previsto: 2 meses</i>	PI: GC PD: SC
	(0201) Ambular: silla de ruedas (escala a) (escala m) – (20101) Se traslada de y hacia la silla de ruedas. <i>Tiempo previsto: 1 mes</i> – (150305) Participación como miembro de la iglesia <i>Tiempo previsto: 1 semana</i>	PI: GC PD: SC PI: nunca PD: FD
NIC	(1805) Ayuda con el autocuidado: AIVD. Actividades: – Realizar higiene completa de cuerpo y cara. – Lavado de pelo. – Lavado de boca. – Higiene perianal; valoración de la piel; secado adecuado e hidratación de la piel; hidratación con AGHO. – Fomentar que la paciente colabore en las AVD en la medida de lo posible. – Selección adecuada de la silla de ruedas.	Diariamente 2 veces por semana Después de cada comida Cada cambio de pañal (máximo: 4 horas) Durante la higiene/siempre que sea necesario. Siempre que se realicen AVD
	(0846) Cambio de posición: silla de ruedas. Actividades: – Utilizar la técnica adecuada para los traslados de la paciente al baño, a la cama; colocación de cojín y vigilancia de la posición.	Al comienzo del uso de la silla de ruedas
	(6490) Prevención de caídas. Actividades: – Valorar y controlar los factores que predisponen a las caídas.	Diariamente/En cada cambio de cama-silla/Siempre que la situación lo requiera
	(5420) Apoyo espiritual. Actividades: – Fomentar el uso de recursos espirituales.	
	(150307) Participación en organización de actividades. Actividades: – Remitir al asesor espiritual.	Siempre que lo solicite o sea necesario

Continúa

Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería (cont.)

[00039] Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución		
NOC	(0303) Autocuidado: comer (escala a) – (30313) Traga la comida <i>Tiempo previsto: 2 meses</i>	PI: MC PD: LC
NIC	(3200) Precauciones para evitar la aspiración. Actividades: – Proporcionar el tiempo necesario para que la paciente coma sin apremiarla ni estresarla; utilizar un tono de voz tranquilizador; dotar a los alimentos y líquidos de la textura adecuada para facilitar la deglución; frío: manejo de la temperatura en los alimentos. (1100) Manejo de la nutrición. Actividades: – Establecer una dieta que cubra las necesidades nutricionales mínimas de la paciente. (3250) Mejora de la tos. Actividades: – Flexión anterior de la cabeza, relajar los hombros y animar a realizar inspiración profunda, mantener el aire durante 2 segundos y toser dos o tres veces.	En cada comida (desayuno, almuerzo, merienda, cena)/Cada vez que beba líquidos Revisar mensualmente. Cuando la situación lo requiera según los cambios de la paciente Educación postural y mejora de la tos dos veces al día
[00129] Confusión crónica r/c desorientación, pérdida de memoria m/p alucinaciones e ideas delirantes		
NOC	(0901) Orientación cognitiva (escala a) – (90103) Identifica el lugar donde está <i>Tiempo previsto: 2 meses</i> (0908) Memoria (escala a) – (90801) Recuerda información inmediata de forma precisa <i>Tiempo previsto: 6 meses</i>	PI: MC PD: MC PI: SC PD: SC
NIC	(6510) Manejo de las alucinaciones (6450) Manejo de las ideas delirantes (6460) Manejo de la demencia. Actividades: – Permitir a la paciente que exprese sus alucinaciones, valorando posibles contenidos agresivos; evitar discutir creencias falsas o reforzar ideas delirantes; acondicionar el ambiente con luz tenue, minimizando estímulos; ambiente libre de ruidos estridentes que puedan producir alteraciones; dirigirse a la paciente por su nombre, con voz suave y presentarse previamente; asignar a los mismos profesionales para proporcionar los cuidados a la paciente. – Ayudar a la familia a comprender que quizá sea imposible que la paciente aprenda nueva información.	Diariamente o cuando la situación lo requiera Cada vez que la familia demande respuestas a sus dudas o muestren preocupación o frustración

Continúa



Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería (cont.)

[00251] Control emocional inestable r/c daño cerebral m/p episodios de llanto seguidos de episodios de risa incontrolable		
NOC	(2103) Severidad de los síntomas (escala n) – (210301) Intensidad del síntoma <i>Tiempo previsto: 2 meses</i>	PI: sustancial PD: sustancial
	– (210304) Disconfort asociado <i>Tiempo previsto: 1 mes</i>	PI: moderado PD: moderado
NIC	(4820) Orientación de la realidad (4920) Escucha activa. Actividades: – Permitir la expresión emocional de la paciente a través de silencios o palabras si es preciso; acercarse a la paciente de forma calmada y sin prisa ni brusquedad; informar a la paciente acerca de personas, lugares y tiempo; determinar el significado de los mensajes, reflexionando sobre las actitudes, las experiencias pasadas y la situación actual.	Cada vez que sea necesario dirigirse al paciente. Siempre que la situación lo requiera

AGHO: ácidos grasos hiperoxigenados; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; AVD: actividades de la vida diaria; m/p: manifestado por; PI: puntuación al ingreso; PD: puntuación deseada; r/c: relacionado con.

escala a: 1. Gravemente comprometido (GC); 2. Sustancialmente comprometido (SC); 3. Moderadamente comprometido (MC); 4. Levemente comprometido (LC); 5. No comprometido (NC). **escala n:** 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguna. **escala m:** 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado (FD); 5. Siempre demostrado.

Tabla 3. Complicaciones potenciales y problemas de colaboración

	Intervenciones de enfermería
Complicación potencial: agitación	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la medicación (2380) • Administración de la medicación (2300) • Mejorar el sueño (1850) • Apoyo emocional (5270) • Presencia (5340) • Terapia de relajación (6040) • Manejo ambiental: seguridad (6486) • Monitorización neurológica (2620)
Problema de colaboración: demencia de Lewy	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la medicación (2380) • Administración de la medicación (2300) • Apoyo emocional (5270) • Terapia de ejercicios: control muscular (0226) • Fomentar la implicación familiar (7110) • Apoyo a la familia (7140)

también su reevaluación. Para ello, se determinan la puntuación inicial y la puntuación deseada o diaria a través de las escalas de Likert propuestas por la taxonomía NOC (escalas a, m y n).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bancalero Romero C, Carrión Expósito L, Romero Moredano C, Hans Chacón A, Quirós López A. Demencia por Cuerpos de Lewy: un síndrome clínico difícil de identificar. *C Med Psicosom.* 2014;110:11-7.
2. Gámez-Morales L, Hernández-Escalona AM, Borroto-Regalado R, del Campo-Hernández N, Velasco-Azcuy D. Dementia with Lewy bodies. A description of a case with a genetic variant. *Rev Neurol.* 2004;39(1):35-7.
3. De la Vega R, Zambrano, A. Demencia con Cuerpos de Lewy [Internet]. *Circunvalación del Hipocampo.* 2013 [Consulta: 8 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/demencia-cuerpos-lewy.asp>
4. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2002.
5. Carpenito LJ. El modelo de práctica bifocal. En: Hernández Conesa J, Moral de Calatrava P (eds.). *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería.* 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2004. p. Unidad I, capítulo I.
6. Gordon M. Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 1996.
7. Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE. 2010;225:78742-67.