

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

**PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEL
HOGAR MARGARITA CRUZ RUÍZ**

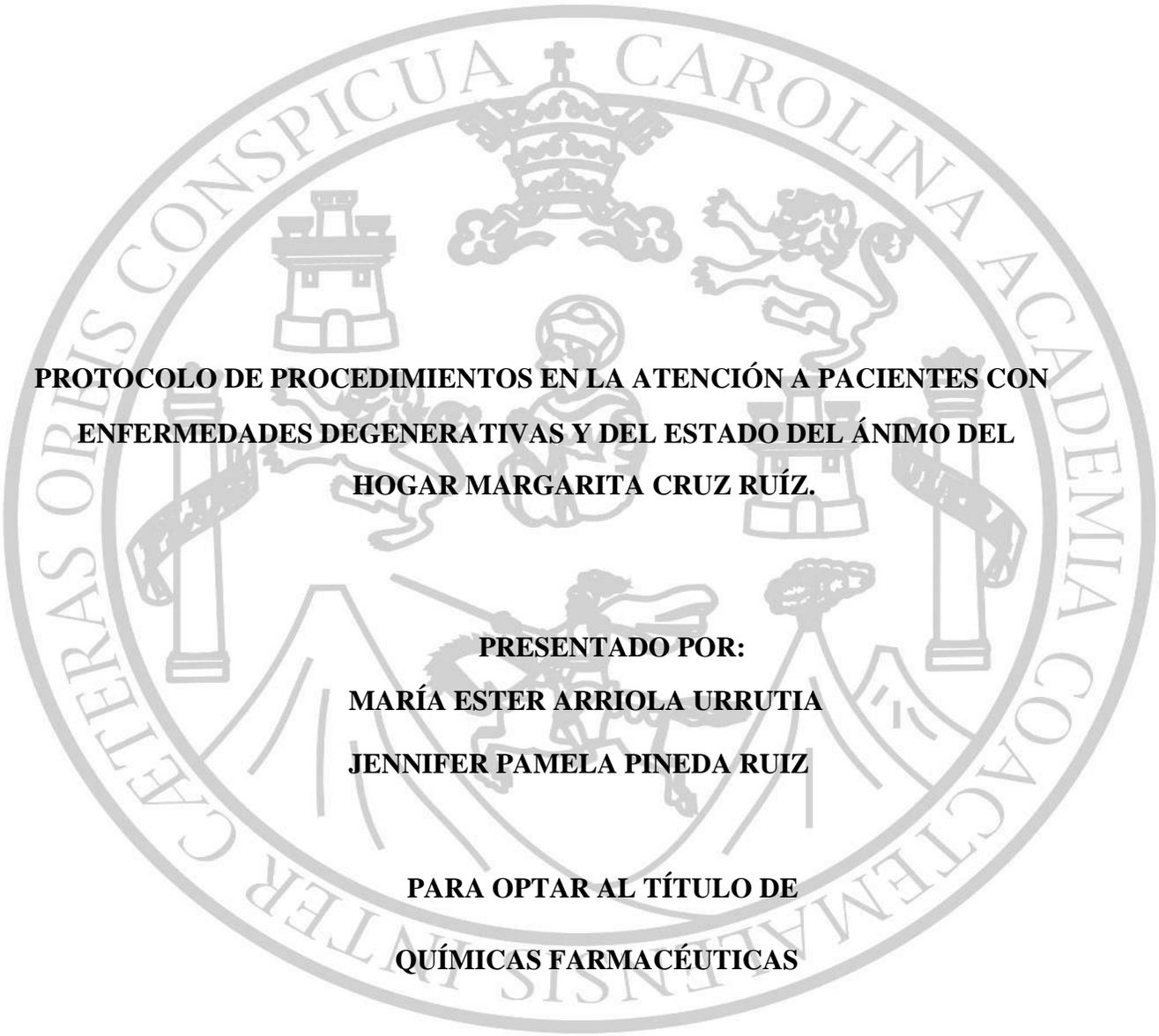
MARÍA ESTER ARRIOLA URRUTIA

JENNIFER PAMELA PINEDA RUIZ

QUÍMICAS FARMACÉUTICAS

Guatemala, abril de 2018.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a crown, a castle, and a lion. The Latin motto "CETERAS OPIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEM" is inscribed around the perimeter of the seal.

**PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CON
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEL
HOGAR MARGARITA CRUZ RUÍZ.**

PRESENTADO POR:

MARÍA ESTER ARRIOLA URRUTIA

JENNIFER PAMELA PINEDA RUIZ

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE
QUÍMICAS FARMACÉUTICAS**

Guatemala, abril de 2018.

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Rubén Dariel Velásquez Miranda	Decano
M.A. Elsa Julieta Salazar Meléndez de Ariza	Secretaria
MSc. Miriam Carolina Guzmán Quilo	Vocal I
Dr. Juan Francisco Pérez Sabino	Vocal II
Lic. Carlos Manuel Maldonado Aguilera	Vocal III
Br. Andreina Delia Irene López Hernández	Vocal IV
Br. Carol Andrea Betancourt Herrera	Vocal V

AGRADECIMIENTOS

A LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por ser nuestra alma máter y darnos la oportunidad de realizar este trabajo.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA Y LA ESCUELA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA: Por brindarnos todos los conocimientos que permitirán desarrollarnos plenamente como profesionales.

A NUESTRA ASESORA: Licenciada Lorena del Carmen Cerna, gracias por su apoyo y creer en la realización de este trabajo de seminario. Así como brindar su tiempo y ayuda en este trabajo.

A NUESTRO REVISOR: Licenciado Rudy Alfonso Marroquín, por orientarnos y dedicar su tiempo en a realización exitosa de este trabajo.

A NUESTROS CATEDRÁTICOS DURANTE TODA LA CARRERA: Por habernos abierto las puertas de sus instalaciones y poder brindarnos la ayuda necesaria para poder finalizar este trabajo.

PROFESIONALES MÉDICOS ESPECIALISTAS: Por su interés, tiempo y brindarnos críticas objetivas a nuestro seminario.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por ser siempre mi guía, luz y acompañarme siempre en los momentos más felices y difíciles de mi vida y bendecirme siempre

A LA VIRGEN MARÍA: Por siempre protegerme y bendecirme, y ser mi mayor protectora y no dejarme nunca sola.

A MIS PADRES: Todos mis éxitos y metas son dedicados a ustedes especialmente, todo lo que yo soy se los debo a ustedes, que con su trabajo y oraciones han logrado que sea una mujer de bien. Les estaré eternamente agradecida con todo, los amo infinitamente.

A MIS ABUELITOS: Me hubiera encantado de tenerlos aquí porque mis sueños eran los suyos, los amo y extraño, Victor Urrutia, Catalina Guzmán, Amalia Rodenas y Manuel Arriola.

A MIS HERMANOS: Mónica y Joel por ser un ejemplo en mi vida de superación y trabajo, por estar a mi lado siempre y brindarme siempre su ayuda. Son una bendición en mi vida.

A MI HERMANITA: Mi mejor amiga y hermana Lía, por siempre estar ahí para mí y siempre apoyarme y ayudarme en todo lo que he realizado en mi vida. Sos una bendición en mi vida y le doy gracias al señor por ponerte en mi camino y tener la dicha de crecer junto a ti. Te amo mucho.

A MIS SOBRINOS: Fernandito, Lucianne, Fátima y Camila, por ser una luz en mi vida. Han cambiado mi vida y la de toda mi familia con su presencia, los amo mucho.

A MIS TÍAS, TÍOS Y PRIMOS: A mi tía Vero, mi tía Ana, tía Ofelia y mis tíos Carlos y Manolo. Mis primos Carlitos, Amalia, Jonathan y Manuel, los quiero mucho y les agradezco su apoyo siempre.

A MIS MEJORES AMIGAS: Estefany por siempre acompañarme, por tu cariño conmigo, apoyarme en todo y ser la mujer más luchadora y valiente que conozca. Shearece, por ser la amiga más incondicional y ayudarme siempre en todo, nunca me alcanzarán las palabras para agradecértelo. Jennifer, por ser siempre la más paciente conmigo y estar a mi lado siempre. Lizy, por tu apoyo siempre, y estar a mi lado todos estos años, tu amistad significa mucho para mí, tenés el corazón más grande de todos. Sofía por estar a mi lado en todo momento de mi vida y ser mi amiga todos estos años, te agradezco mucho todo. A cada una de ustedes las quiero muchísimo y siempre podrán contar conmigo.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS: Por su apoyo, cariño y amistad conmigo siempre. A la familia Montes y Aldana por brindarme su cariño siempre. A mis mejores amigas de la infancia, Marisabel, Sofía y Tathiana. A Lucía por tus enseñanzas y apoyarme siempre en todo. A mis compañeros de la U, Paola, Luis y Gabycita por siempre apoyarme y ayudarme en todo.

María Ester Arriola Urrutia

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por ser el centro de mi vida, darme la sabiduría como discernimiento para concluir una meta más en mi vida, gracias por guiarme, bendecirme y darme la fortaleza necesaria ante los obstáculos presentados para llegar a este triunfo.

A LA VIRGEN MARÍA: Por estar siempre a mi lado y ser mi madre intercesora en mis oraciones tanto en los momentos de alegría como difíciles que se me han presentado durante mi vida.

A MIS PADRES: Mynor Pineda y María Silvia Ruiz, por ser el principal motor de mi vida para alcanzar mis propósitos y metas, les agradezco infinitamente su amor incondicional, esfuerzo, consejos, apoyo espiritual, económico, moral y por todos los sacrificios que han hecho para formarme tanto en lo personal como profesional. Este solo es el inicio de muchas metas que alcanzaremos juntos, los amo demasiado.

A MIS HERMANOS: Mynor, Silvia, Pablo, Javier y Josseline por ser mis mejores amigos, enseñarme a través de su ejemplo que no hay nada imposible en esta vida, que con esfuerzo y sacrificio se puede lograr lo que nos proponemos. Gracias por sus consejos, compañía y palabras de aliento en los momentos difíciles que me ha tocado vivir, los amo.

A MI SOBRINO: Josué Andrés, por ser el angelito que llegó a dar alegría a nuestra familia, por ese amor tan puro que nos brinda a todos, quiero ser un gran ejemplo para ti durante tu crecimiento, te amo.

A MIS ABUELITOS: Que aún tengo en vida como a los que están en el cielo, les agradezco bastante por su amor sincero, consejos e historias sabias acerca de sus experiencias, sin duda han sido de gran ayuda para aplicarlos a mi vida, los amo.

A MIS TÍAS, TÍOS Y PRIMOS: Por brindarme su cariño sincero, apoyo y consejos cuando más los he necesitado, por ser un gran ejemplo de lucha y fortaleza ante las enfermedades y dificultades que se les han presentado en su vida, los quiero mucho.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS: Por todos los momentos de desvelo, alegrías, frustraciones, etc. durante la carrera, por todo su cariño como apoyo durante momentos difíciles. Por todos los amigos que encontré en cada una de las auxiliaturas, sin duda me siento muy bendecida de haberlos conocido y crear una linda amistad, indudablemente forman parte de mi vida y mi corazón, los quiero mucho.

Jennifer Pamela Pineda Ruiz.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. ANTECEDENTES.....	3
4. JUSTIFICACIÓN.....	5
5. OBJETIVOS.....	6
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
6.1 Universo (población) y muestra.....	7
6.3 Materiales.....	7
6.3.1 Recursos Humanos.....	7
6.3.2 Recursos Institucionales.....	7
6.3.3 Recursos Materiales.....	7
6.3.4 Recursos Bibliográficos.....	8
6.4 Métodos.....	8
6.4.1 Plan General.....	8
6.4.2 Diseño de la Investigación.....	9
7. RESULTADOS.....	10
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	20
9. CONCLUSIONES.....	25
10. RECOMENDACIONES.....	26
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
12. ANEXOS.....	31

1. INTRODUCCIÓN

La práctica asistencial es cada vez más compleja por múltiples factores; siendo el incremento exponencial de información científica, uno de los más relevantes. Para que las decisiones clínicas sean adecuadas, eficientes y seguras, los profesionales necesitan actualizar permanentemente sus conocimientos, objetivo al que deben dedicar importantes esfuerzos (Argudo, et al., 2012).

En el seminario de investigación se estableció un protocolo de procedimientos para la atención clínica de los pacientes que ingresan al Hogar Margarita Cruz Ruiz, enfocándose principalmente en revisiones sistemáticas, donde el abordaje de estas revisiones responde a la necesidad de una síntesis de la evidencia científica disponible.

Con el protocolo de procedimientos formulado en base a estas revisiones sistemáticas, se logró proporcionar en el Hogar criterios explícitos basados en pruebas de los métodos utilizados, así como la actualización de los tratamientos farmacológicos adecuados a cada enfermedad.

El protocolo de procedimientos fue dirigido a personal de enfermería y médico que labora en el Hogar Margarita Cruz Ruiz. Este contiene un abordaje de los problemas de salud del paciente desde el ingreso al Hogar, así como el diagnóstico y tratamiento adecuado para cada enfermedad contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente.

La participación del Químico Farmacéutico en la elaboración de protocolos de tratamiento en base a lo reportado en revisiones sistemáticas es indispensable para optimizar el uso de medicamentos antipsicóticos, que puedan contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Es necesario que el personal de salud que labora en el Hogar, pueda disponer de información actualizada para el correcto abordaje de los problemas de salud y tratamiento terapéutico del paciente.

2. RESUMEN

La realización de un protocolo de procedimientos en el Hogar Margarita Cruz Ruiz es de gran importancia, ya que permitió unificar los tratamientos y protocolos de abordaje adecuados de acuerdo a la patología diagnosticada. En el seminario de investigación realizado, se tomaron en cuenta diversos aspectos para poder abarcar la totalidad de los distintos problemas que involucran un correcto abordaje y tratamiento de acuerdo a las enfermedades degenerativas y del estado de los ánimos más comunes. Se tomó como base de la investigación, delimitar las cuatro enfermedades mentales más frecuentes dentro de los pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz. Estas enfermedades fueron obtenidas, de acuerdo al historial de los pacientes y se encontraron que las enfermedades más comunes fueron: alzheimer, parkinson, ansiedad y depresión. De acuerdo a estas enfermedades, se logró unificar tanto protocolos de tratamiento como protocolos de abordaje terapéutico para cada una de las enfermedades. El protocolo de procedimiento realizado fue basado en distintas revisiones sistemáticas de cada enfermedad, teniendo como base la estandarización del abordaje terapéutico y tratamiento de las pacientes, teniendo en cuenta que la información sea actualizada y verídica para una mejor atención integral a los pacientes. Para poder evaluar el nivel de entendimiento del protocolo de procedimiento realizado, se impartió una presentación con el personal profesional de salud que labora en el hogar, en donde se expusieron los principales aspectos del protocolo y los distintos usos y ventajas que tiene. Mediante la evaluación realizada al personal sobre los distintos temas acerca de estos trastornos degenerativos, se verificó la utilidad de implementar un protocolo de procedimiento en el Hogar Margarita Cruz Ruiz. Se realizó una validación por expertos en el que dicho protocolo de procedimiento fue revisado a través de médicos especialistas que poseen experiencia con el abordaje de pacientes que presentan estas enfermedades, respondiendo a una encuesta elaborada con varios ítems para evaluar dicho instrumento.

3. ANTECEDENTES

Blanco, J., Cabrera Catalán, R., Corrales Morales, J., Gaytán Martínez, C., González Frigo, A., Lara Santos, M., López Melgar, J., Mendoza Gaitán, E., Muñoz, D., Prado Rodríguez, D., Terraza Sánchez, A. y Salazar Duarte, L. Grupo de Especialistas del Centro de Atención Integral de Salud Mental-IGSS, en 2014 elaboraron una guía de manejo de la esquizofrenia, siendo una herramienta que permita fácil manejo, que proporcione al personal de salud un apoyo en la toma de decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los pacientes, brindando información con los mejores niveles de evidencia y recomendación existentes al momento a nivel mundial, haciendo la atención de mejor calidad y proporcionando diagnósticos y tratamientos más tempranos.

Muñoz de León, D. en 2013 efectuó un estudio de tesis de postgrado, siendo un estudio estadístico descriptivo transversal, en una muestra estratificada por tipo y año de especialidad de 107 residentes de varias especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a quienes a través de un cuestionario se evaluó su conocimiento teórico y actitudes de estigmatización y disponibilidad sobre las enfermedades mentales más frecuentes, la recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de enero a octubre de 2010.

Rivera, R. y López Soto, V. en 2011 realizaron la actualización del Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala (IEMS-OMS). Este plan contiene los siguientes componentes: organización de servicios (desarrollo de servicios de salud mental comunitaria y desarrollo del componente de salud mental en la Atención Primaria de Salud), equidad de acceso de los diferentes grupos a servicios de salud mental, monitoreo y mejoramiento de la calidad. Además, se identifican elementos de presupuesto, así como una descripción de objetivos y cronograma de realización de los mismos. Aún y cuando se cuenta con un plan actualizado en comparación a la versión anterior, también se evidencian algunas ausencias en el actual, tales como financiamiento y protección de los derechos humanos. No existe un plan de contingencia para desastres / emergencia específico para salud mental.

Cardona Galindo, L. en 2009 se llevó a cabo un estudio de tesis descriptivo transversal realizado en mujeres entre 20 y 39 años noviembre-diciembre 2008 en la población femenina de la aldea Saspán, San José La Arada, Chiquimula. Determinando la sintomatología de ansiedad y depresión.

Dardón Guzmán, P., Zuchini, R., Selman de Zepeda, M., Ortiz Alvarado, J. y del Valle Catalán, J. en 2009 realizaron una guía práctica clínica acerca del trastorno de la ansiedad, siendo una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego.

Arévalo Veras, E., Rodríguez Fajardo, M. en 2009 realizó un estudio de tesis descriptiva mostrando un acercamiento a la percepción de los servicios en Salud Mental que tienen los usuarios de varias instituciones, presentando un diseño que permita recoger y analizar información sobre el tema en Guatemala, y a la vez iniciar un proceso de investigación a largo plazo que permita generar información pertinente y actualizada, que pueda ser de utilidad para establecer un proceso educativo de cambio de actitudes hacia la Salud Mental.

Morales Sipac, D. y Martínez Vásquez, F. en 2007 realizó un estudio de tesis acerca de las consecuencias de la depresión en el adulto mayor de sesenta y cinco años de ambos sexos, que están reclusos en la Casa Geriátrica María ubicada en San Felipe de Jesús, aldea del municipio de la Antigua Guatemala, departamento de Sacatepéquez.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, a través del Programa Nacional de Salud Mental, en 2006 elaboró un Protocolo de Atención a los Problemas más frecuentes de Salud Mental como ente rector de las intervenciones en salud mental del país, para apoyar los procesos formativos del Ministerio de Salud ofreciendo herramientas diagnósticas y de recolección de insumos para el análisis y el diseño o modificación de dichas intervenciones, lo que a su vez genere propuestas y acciones concretas en el diseño y ejecución de programas de investigación.

4. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento progresivo de la población constituye un logro de todos quienes trabajan para favorecer las condiciones de calidad de vida de la población. Sin embargo, la mayor esperanza de vida en general, lleva asociado el incremento paulatino de algunas enfermedades entre las cuales se encuentran las enfermedades mentales (Mora, 2009). El Hogar Margarita Cruz Ruiz brinda atención dirigida a pacientes geriátricas femeninas. Entre sus servicios se destaca la atención médica personalizada a cada paciente con monitorización por el servicio de enfermería durante 24 horas.

Se ha observado que no se dispone de protocolo de procedimientos específico para cada enfermedad, por lo que la realización de este, es de gran importancia para brindar una mejor atención integral que responda a las necesidades de las pacientes del Hogar.

En esta investigación se revisaron con un enfoque cualitativo, revisiones sistemáticas, aportes teóricos y metodológicos necesarios para realizar procedimientos de manejo y utilización de medicamentos antipsicóticos por enfermería y médicos, para poder ofrecer a las pacientes una mejor atención, ordenando la información clínica como herramienta que podrá utilizarse para la toma de decisiones y el diseño de una ruta asistencial desde el ingreso del paciente, y en el proceso de su tratamiento y recuperación. La importancia de realizar revisiones sistemáticas tiene como principal objetivo racionalizar el uso de los recursos, utilizando información basada en evidencia científica (Urrutia, 2012). La efectividad de realizar este tipo de estudio se basa en la propuesta de intervenciones que implican más beneficios que molestias, y la necesidad de obtener información fiable y precisa sobre los efectos de los tratamientos (Urrutia, 2012).

Disponer de información actualizada y los protocolos necesarios permiten brindar una atención normalizada y dirigida, contribuyendo a garantizar a que el personal de enfermería y médico a los pacientes, cuenten con líneas estratégicas para mejorar la calidad de los cuidados, mediante un abordaje profesional, humanitario y ético, fomentando el trabajo en equipo y con un enfoque basado en procesos introduciendo el pensamiento crítico al servicio del cuidado. La participación del Químico Farmacéutico en el equipo multidisciplinario como experto en medicamentos contribuirá al análisis de la situación particular de cada paciente, en relación a su tratamiento farmacológico, sumando esfuerzos para lograr mejorar la calidad de vida de cada paciente, como principal objetivo terapéutico.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Elaborar un protocolo de procedimientos como una guía de fácil manejo que incluya información actualizada y verídica para la atención integral de las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, para optimizar la atención médica y la utilización de medicamentos antipsicóticos en esta institución.

5.2 Objetivos específicos

- 5.2.1 Determinar las principales enfermedades degenerativas y del estado del ánimo que padecen las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruíz.
- 5.2.2 Establecer lineamientos terapéuticos para el manejo de las enfermedades degenerativas y del estado del ánimo más comunes en las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, en base a la evidencia científica revisada.
- 5.2.3 Elaborar el protocolo de procedimientos para el manejo adecuado de los medicamentos antipsicóticos utilizados para el tratamiento de las principales enfermedades degenerativas y del estado del ánimo en las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz.
- 5.2.4 Construir algoritmos de tratamiento para el abordaje de los diferentes aspectos de los problemas de salud mental identificados.
- 5.2.5 Impartir charla a los profesionales de enfermería del Hogar Margarita Cruz Ruiz, para retroalimentar y presentar el protocolo de procedimientos.
- 5.2.6 Validar el protocolo de procedimientos a través de encuestas dirigidas a los profesionales médicos especialistas con varios ítems para evaluar el grado de utilidad del mismo.

6 MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Universo:

Pacientes residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz.

6.2 Muestra:

Pacientes que sufren de trastornos degenerativos y del estado del ánimo como: alzheimer, parkinson, depresión y ansiedad.

6.3 Materiales

6.3.1 Recursos Humanos:

- a) Investigadoras: Jennifer Pamela Pineda Ruiz y María Ester Arriola Urrutia
- b) Asesora: Licda. Lorena del Carmen Cerna Vásquez.
- c) Revisor: Lic. Rudy Alfonso Marroquin Rosales.
- d) Profesionales de la Salud del Hogar Margarita Cruz Ruiz.
- e) Profesionales médicos especialistas (psiquiatras, médicos especialistas en salud mental y Neuro-psiquiatras).

6.3.2 Recursos Institucionales:

- a) Hogar Margarita Cruz Ruiz
- b) Universidad San Carlos de Guatemala
- c) Centro de Documentación de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia – CEDOBF- Universidad de San Carlos de Guatemala.
- d) Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos – CEGIMED-
- e) Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala.

6.3.3 Recursos Materiales

- a) Papelería en general
- b) Útiles de oficina
- c) Computadoras
- d) Internet.

6.3.4 Recursos Bibliográficos

- a) Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos –CEGIMED-
- b) Centro de Documentación y Biblioteca, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de Ciencias Químicas y Farmacia –CEDOBF-
- c) Biblioteca Central, Universidad de San Carlos de Guatemala
- d) Fuentes de Información en línea (libros, artículos, etc.)

6.4 Método

6.4.1 Plan General:

Se realizaron visitas al hogar Margarita Cruz Ruiz con el propósito de obtener la información necesaria, sobre los trastornos degenerativos y del estado del ánimo más comunes como los medicamentos más utilizados para cada enfermedad a través de la revisión de los expedientes médicos de cada paciente. Se realizó una búsqueda sistemática de temas que abarcaron información relacionada con protocolos de procedimientos de acuerdo a las principales enfermedades encontradas durante las visitas y también la información y estudios relacionados con otras revisiones sistemáticas. Los artículos revisados fueron publicados en los últimos 4 años y se revisaron en idioma inglés y español, con resumen y texto completo disponible.

Se elaboró el protocolo de procedimientos, basado en lo consignado en las revisiones sistemáticas estudiadas para optimizar la atención médica y utilización de medicamentos antipsicóticos, de acuerdo a resultados obtenidos en las visitas realizadas. Se realizó una evaluación post entrega del protocolo de procedimientos para evaluar y validar la información brindada en la misma.

Se establecieron procedimientos claros como guía de práctica clínica para la atención integral de los problemas de salud de los pacientes, tanto en los aspectos diagnósticos como en el tratamiento terapéutico. Asimismo, se construyeron algoritmos de tratamiento para los diferentes aspectos de problema de salud y se organizó una charla para los profesionales de enfermería que laboran en el Hogar Margarita Cruz Ruiz para presentar el protocolo de procedimiento elaborado y brindar retroalimentación sobre las distintas enfermedades de interés, por último, se realizó una validación con el personal médico especialista en enfermedades

degenerativas y del estado del ánimo a través de la entrega física y explicación del protocolo de procedimiento, respondiendo posteriormente un cuestionario para evaluar el grado de entendimiento del protocolo.

6.4.2. Diseño de la Investigación

Estudio descriptivo en base a revisión y recopilación de información relacionada con el manejo adecuado de los problemas de salud de los pacientes, desde su ingreso al Hogar Margarita Cruz y el abordaje farmacológico de las enfermedades degenerativas y del estado del ánimo más prevalentes. El protocolo de procedimientos fue elaborado en base a lo consignado a revisiones sistemáticas, asimismo es dirigido al personal de enfermería y médico del Hogar.

Los datos fueron procesados por estadística descriptiva. Los datos fueron recolectados de los expedientes médicos de cada paciente, durante las visitas realizadas al Hogar, y fueron tabulados y graficados mediante el programa Excel Microsoft Office.

7 RESULTADOS

7.1. Fase I

7.1.1 En el Hogar Margarita Cruz Ruiz se realizó la investigación sobre las enfermedades degenerativas y del estado del ánimo que más padecen las pacientes de este centro. Los resultados se presentan en la tabla No.1, desglosando por las distintas enfermedades mentales que se encontró en las pacientes residentes de este Hogar; las distintas enfermedades que se presentaron durante la investigación y el porcentaje que equivale cada uno de ellos en orden descendente. Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos de cada una de las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz, concluyendo que las cuatro enfermedades degenerativas y del estado del ánimo más común en el Hogar son alzheimer, parkinson, depresión y ansiedad (Ver tabla No.1 y gráfica No. 1).

7.2. Fase II

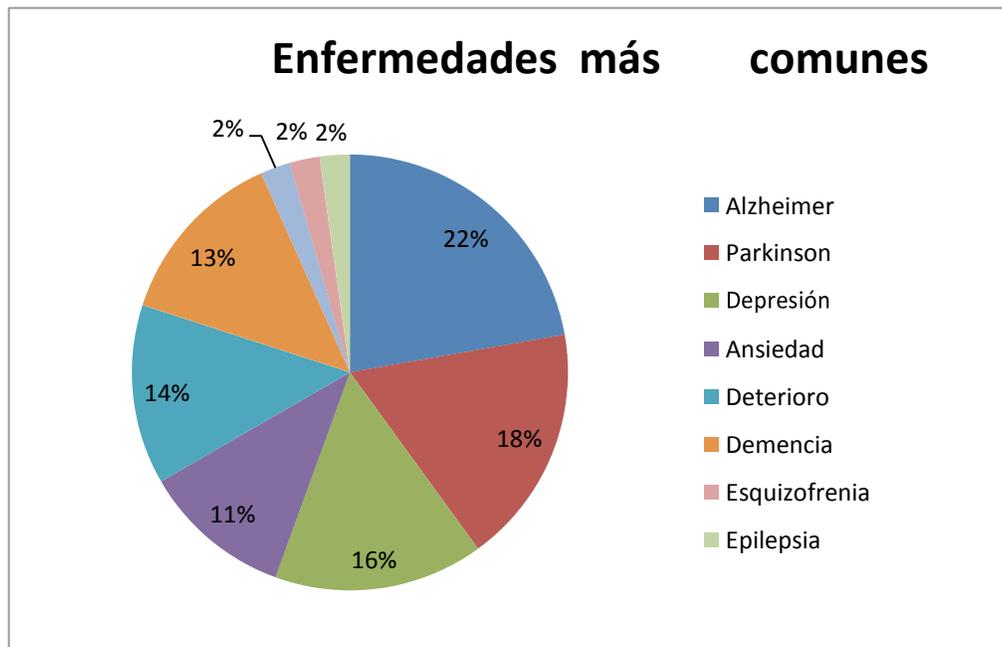
7.2.1 Se elaboró el protocolo de procedimiento para las patologías identificadas en las revisiones realizadas. Este protocolo cuenta con los algoritmos de tratamiento y el manejo adecuado de las pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz (Ver anexo 1). Se realizó la investigación con el Jefe y encargado de Medicina y de la Jefatura de Enfermería del Hogar para su revisión y aprobación de acuerdo a las necesidades del Hogar.

Tabla No. 1 Enfermedades más comunes del Hogar Margarita Cruz Ruiz

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Alzheimer	10	23
Parkinson	8	18
Depresión	7	16
Ansiedad	5	11
Deterioro Cognitivo	6	14
Demencia	6	14
Esquizofrenia	1	2
Epilepsia	1	2
Total	44	100

Fuente: Datos obtenidos mediante revisión de historial clínico en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

Gráfica No. 1 Enfermedades más comunes del Hogar Margarita Cruz Ruiz



Fuente: Datos obtenidos mediante revisión de historial clínico en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

7.3. Fase III

7.3.1. Se brindó retroalimentación sobre el protocolo de procedimiento mediante una presentación dirigida al personal profesional de enfermería que labora en el Hogar siendo el principal objetivo medir el grado de entendimiento del protocolo y posteriormente se realizó una evaluación al personal de enfermería y médico para comprobarlo.

7.4. Fase IV

7.4.1. Se realizó una validación de expertos con la cantidad de nueve profesionales médicos especialistas a través de una encuesta elaborada de nueve cuestionamientos en los que refieren su opinión sobre el material “protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades degenerativas y del estado del ánimo del Hogar Margarita Cruz Ruiz (Ver Tabla No.4).

7.5. Fase V

7.4.1. Se tabularon los datos a partir de las encuestas obtenidas luego de la presentación del protocolo de procedimiento al personal. Entre las opciones de la encuesta se tenían: “excelente”, “muy bueno”, “bueno” y “necesita mejorar”, obteniendo los resultados graficados que se muestran a continuación.

Tabla No. 2 Información personal sobre médico encargado de pacientes del Hogar Margarita Cruz Ruiz.

No.	Nombre Médico	Especialidad	No. Colegiado
1	Ernesto Cabrera	Médico y Cirujano	

Fuente: Datos obtenidos a través del Dr. Ernesto Cabrera en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

Tabla No. 3 Información personal sobre médicos especialistas que validaron el protocolo de procedimiento.

No.	Nombre Médico	Especialidad	No. Colegiado
1	Rolando Lemus Rodas	Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia	12,134
2	Guillermo Piché	Neuro-psiquiatra	14,123
3	Jorge Luis Torres	Médico Especialista Salud Mental	15,540
4	Ingrid Estrada Ávila	Psiquiatra	11,689
5	Elena Alejandra Ortiz Flores	Neuro-Psiquiatra	11,538
6	Aida Mendoza	Neuro- Psiquiatra	10,951
7	Otto Castro M.	Psiquiatra	6,024
8	Josué Miguel Orozco	Psiquiatra	12,053
9	Edna Palomo Archila	Psiquiatra	7,509

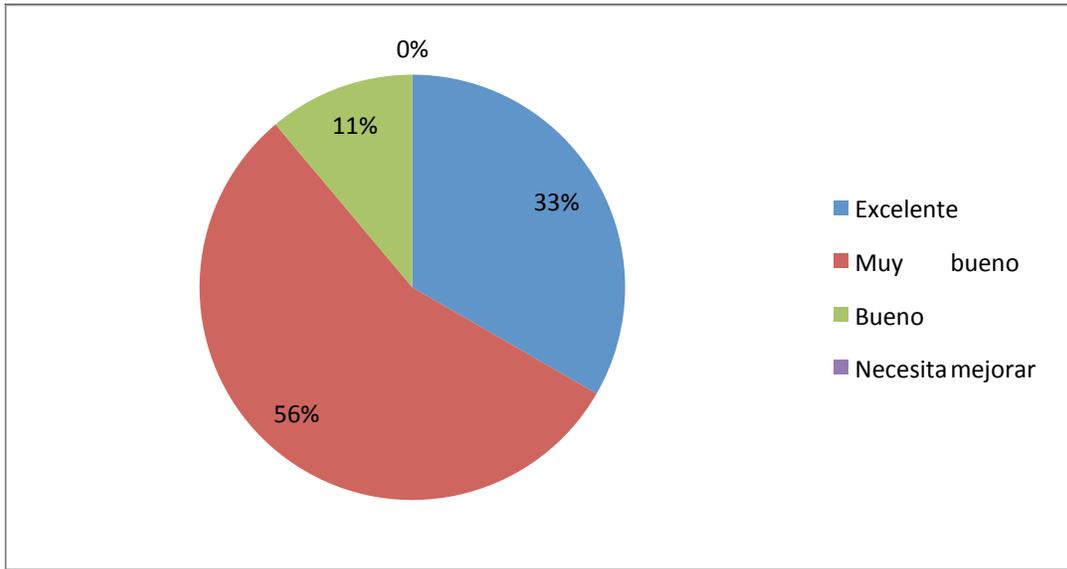
Fuente: Datos obtenidos a través de visita presencial con cada uno de los médicos especialistas.

Tabla No. 4 Opinión de los profesionales médicos especialistas sobre aspectos de evaluación de entendimiento del protocolo de procedimiento.

No.	Pregunta	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Necesita mejorar
1	Información clara, actualizada y verídica	3	5	1	0
2	Imágenes y esquemas del protocolo	7	1	1	0
3	Redacción utilizada	5	3	1	0
4	Lenguaje adecuado	7	2	0	0
5	Formatos de test o cuestionarios para diagnóstico	6	2	1	0
6	Facilidad de comprensión	5	4	0	0
7	Tamaño adecuado de protocolos	5	3	1	0
8	Ítems distribuidos de forma lógica	6	2	1	0
9	Unificación de medicamentos	4	4	1	0

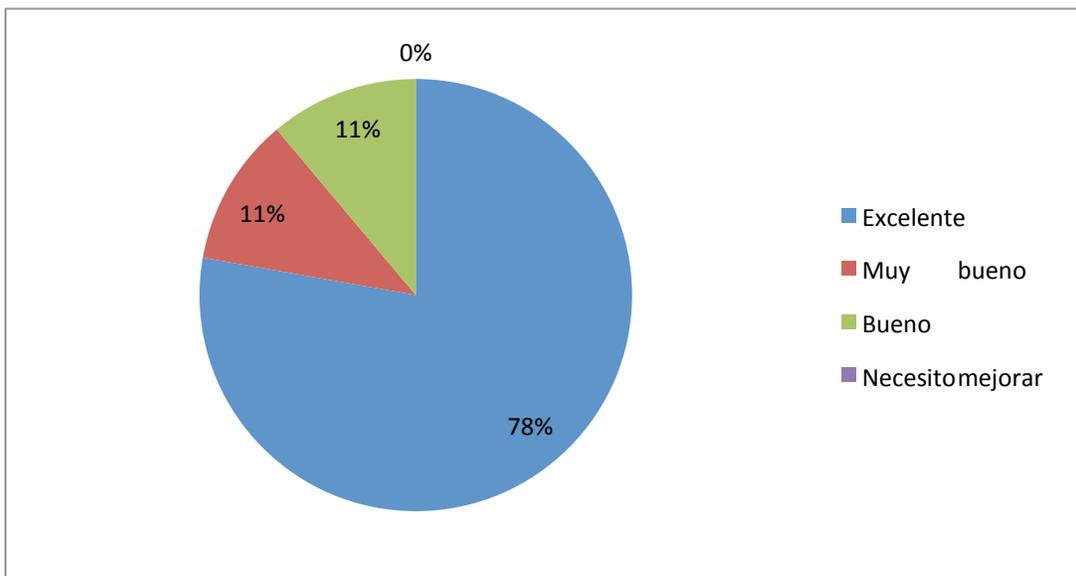
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas

Gráfica No. 2 Pregunta uno: Información clara, actualizada y verídica sobre las cuatro enfermedades del protocolo: profesionales médicos especialistas.



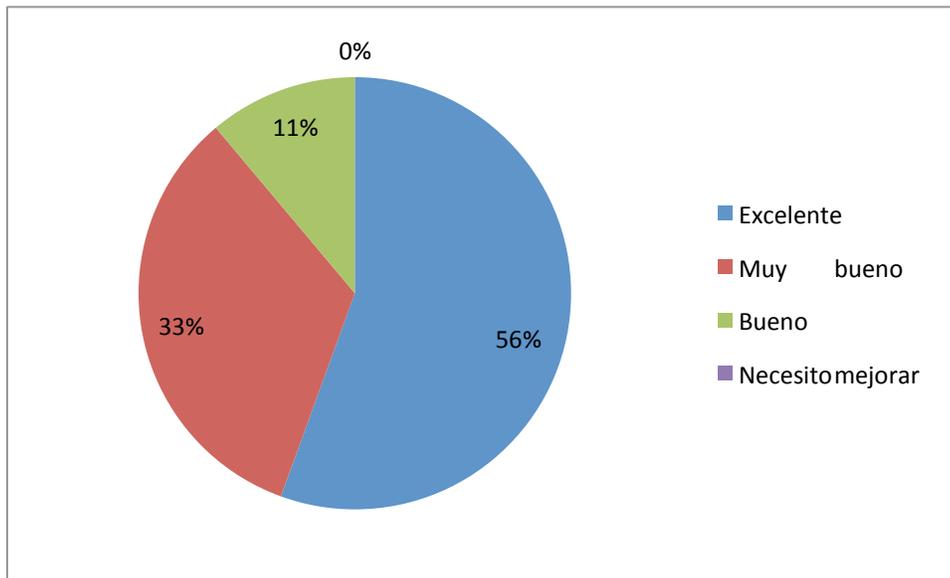
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 3 Pregunta dos: Imágenes y esquemas del protocolo de las cuatro diferentes enfermedades: profesionales médicos especialistas.



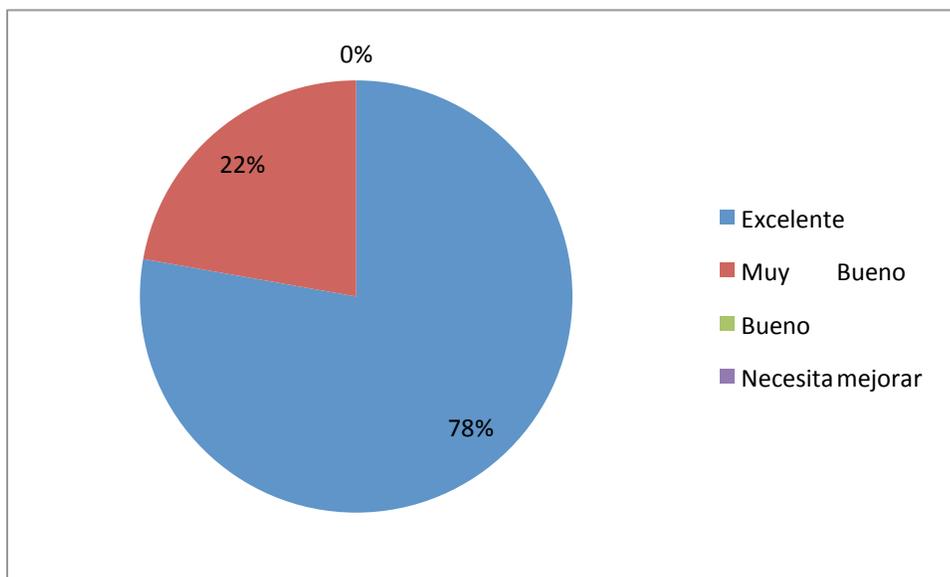
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 4 Pregunta tres: Redacción utilizada en el protocolo de procedimientos de las cuatro diferentes enfermedades con profesionales médicos especialistas.



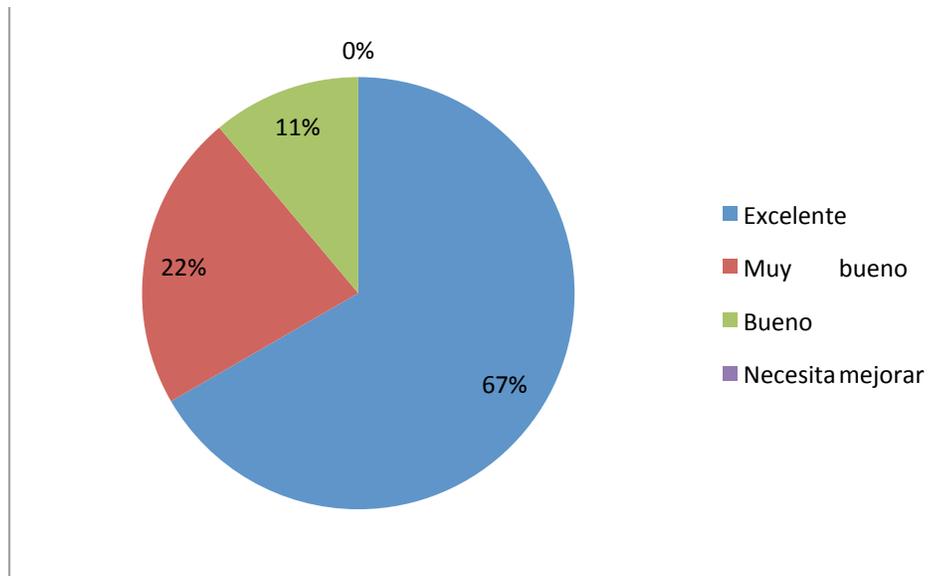
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 5 Pregunta cuatro: Lenguaje adecuado utilizado en el protocolo de procedimiento: profesionales médicos especialistas.



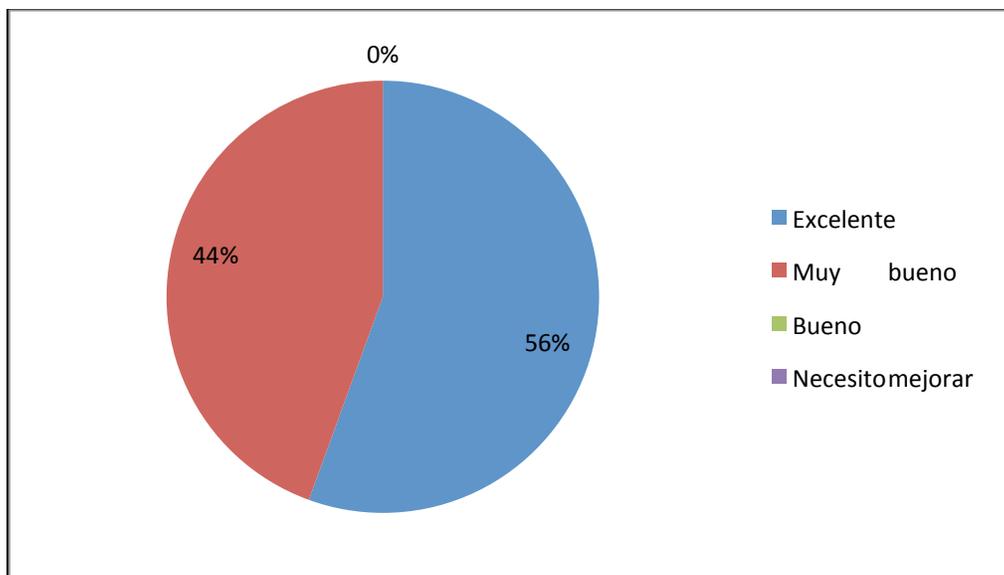
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 6 Pregunta cinco: Formatos de test o cuestionarios mentales para diagnóstico, realizados para completar el protocolo: profesionales médicos especialistas.



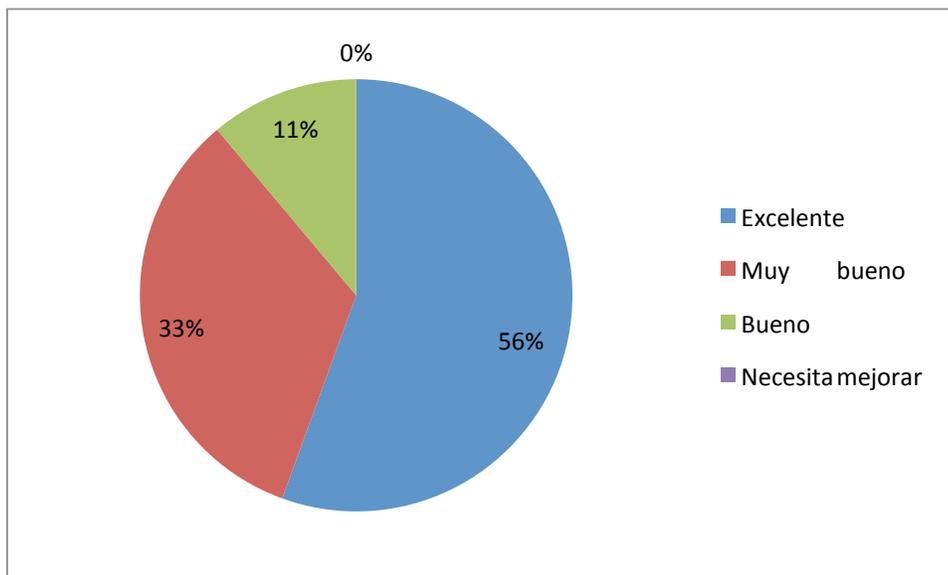
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 7 Pregunta seis: Facilidad de comprensión de la información por el profesional de salud del Hogar: profesionales médicos especialistas.



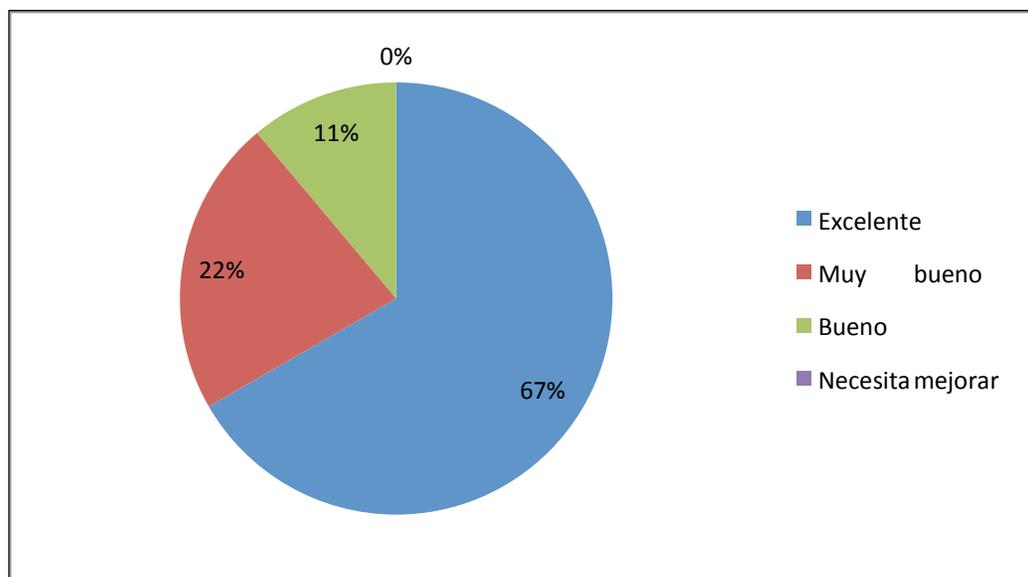
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 8 Pregunta siete: Tamaño adecuado de protocolo de procedimientos: profesional médicos especialistas.



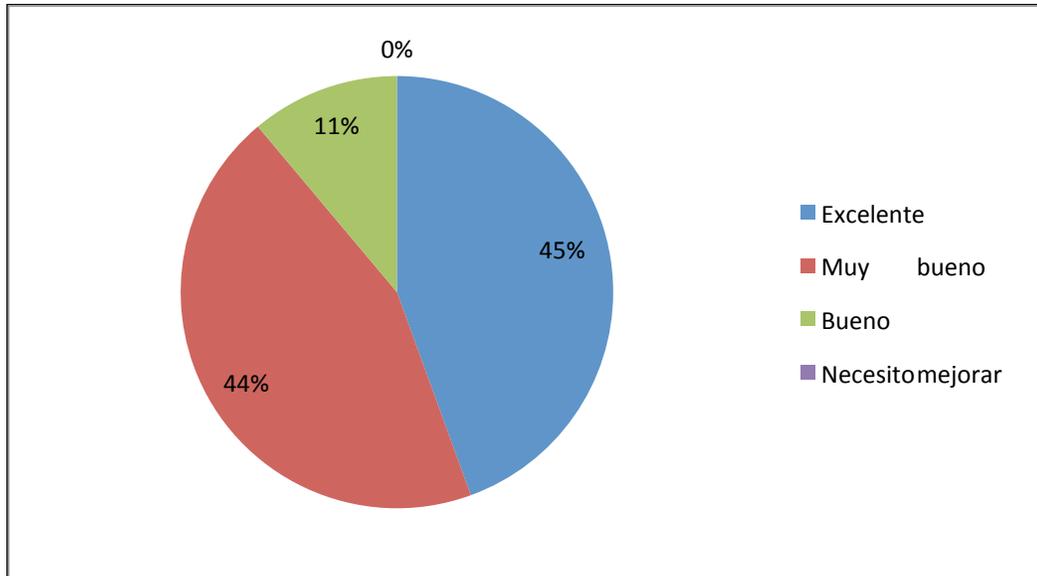
Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 9 Pregunta ocho: Los ítems de cada una de las cuatro enfermedades del protocolo están distribuidos en forma lógica y secuencial.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

Gráfica No. 10 Pregunta nueve: Unificación de medicamentos administrados en el Hogar a través de algoritmos de tratamiento para cada una de las cuatro enfermedades.



Fuente: Datos obtenidos de las encuestas para profesionales médicos especialistas.

8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La realización de un protocolo de procedimiento en el Hogar Margarita Cruz Ruiz tiene como principal aporte, la unificación de protocolos de atención primaria a las pacientes que ingresan y residen en dicho lugar. La correcta estandarización de tratamientos y protocolos de atención a las pacientes, permite mejorar la adherencia a los tratamientos a las pacientes y ser una guía útil para el personal profesional en salud que labora en dicho hogar. La Fase I se realizó mediante una revisión de expedientes clínicos de las pacientes (Anexo 4).

A través de la información obtenida se determinó la incidencia de las principales enfermedades en las pacientes. Según los resultados, como se observa en la Tabla No 1 y Gráfica No. 1, las enfermedades degenerativas y del estado de ánimo ocupan el mayor porcentaje de padecimientos en las pacientes del Hogar Margarita Cruz, encabezando la lista la enfermedad de alzheimer con un 23%, la enfermedad que ocupó el segundo lugar con un 18% es parkinson, la tercera posición se encuentra la enfermedad depresión con un 16% y la cuarta enfermedad con un 11% consistió en la ansiedad. La mayoría de los trastornos mentales son provocados por una combinación de múltiples factores genéticos, edad y ambientales. Algunos factores pueden aumentar el riesgo de sufrir problemas de salud mental, entre ellos se menciona: tener un paciente consanguíneo con enfermedad mental, las situaciones estresantes de la vida cotidiana, enfermedades crónicas y experiencias traumáticas, entre otros (Farreras, 2010). Se obtuvo otros tipos de enfermedades que padecen las pacientes del Hogar Margarita Cruz, tales como deterioro cognitivo, demencia, problemas neurológicos y epilepsia, estas enfermedades fueron obtenidas a través de las historias clínicas de cada paciente de su expediente clínico correspondiente (Anexo 4).

La segunda parte de este trabajo de investigación consistió en la elaboración de una revisión sistemática por medio de un protocolo de procedimientos de las cuatro enfermedades con mayor incidencia en el hogar mencionadas anteriormente, diseñado para profesionales de salud proporcionando recomendaciones basadas en evidencia científica existente para facilitar la toma de decisiones en el manejo clínico de dicha enfermedad como también el abordaje del tratamiento adecuado a través de algoritmos

de tratamiento. La información científica es hoy en día más accesible que nunca, sin embargo, el gran volumen de información requiere el uso de herramientas dirigidas al apoyo de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras, y de profesionales con conocimientos y habilidades actualizados. Las revisiones sistemáticas son de suma importancia ya que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación relevante, para obtener y analizar los datos de los estudios que son incluidos en la revisión. Las intervenciones sanitarias serán más efectivas si están bien fundamentadas, es decir, si están basadas en evidencias ciertas y actualizadas (Urrutia, 2012).

El protocolo de procedimientos da respuestas a las preguntas más relevantes que se pueden realizar frente a una paciente de primer ingreso al hogar con una patología concreta. El protocolo consigna algoritmos de abordaje terapéutico y tratamiento de los pacientes del Hogar. El Protocolo de Procedimiento fue evaluado por los profesionales de salud del Hogar Margarita Cruz Ruiz (médico y jefa de enfermería); quienes indicaron que la evaluación final de la información obtenida en aspectos prácticos, clínicos e informativos de este material fue aprobada. Como también se solicitó una validación por expertos especializados con el manejo de pacientes con enfermedades degenerativas y del estado de ánimo como médicos psiquiatras, médicos especialistas en salud mental y Neuro-psiquiatras, según Tabla No.3 y Anexo No. 3. Se procedió a validar el protocolo de procedimiento, mediante la exposición del protocolo, en donde se les proporcionó información sobre el protocolo elaborado al personal de enfermería (Anexo No. 4) y se les impartió una charla por medio de una presentación con información del mismo a los profesionales de salud del Hogar Margarita Cruz Ruiz Anexo No.4. La cantidad de profesionales de salud que participaron fue un total de 16 (Tabla No.2): Se procedió después de la charla a validar dicho instrumento por medio de un cuestionario al personal de salud del Hogar Margarita Cruz (Anexo No.2 y Anexo No.4). Se realizó una validación por expertos participando 9 profesionales médicos especialistas (Tabla No.3 y Anexo No.3).

Con la información obtenida de la validación se realizó la tabulación de los datos obtenidos de las encuestas. Los resultados de las encuestas a los profesionales indican, según gráfica No.2, la información clara, actualizada y verídica sobre las cuatro enfermedades del protocolo fue calificada por un 81% como excelente y un 19% muy

bueno, indicándonos que la información recopilada a través de distintas fuentes fueron las adecuadas para unificar e integrar el abordaje clínico como terapéutico para mejorar la calidad de vida de las pacientes tanto residentes como de nuevo ingreso del Hogar Margarita Cruz Ruiz. En la gráfica No.3 por el contrario los profesionales médicos especialistas indicaron un 33% como excelente, un 56% muy bueno y un 11% como bueno, haciéndonos referencia que siendo un instrumento específico para el Hogar Margarita Cruz Ruiz, la calificación según su experiencia fue lo más objetiva posible, ya que la información depende de las necesidades de cada lugar donde se esté realizando el estudio. En la gráfica No.4 se evaluó las imágenes y esquemas del protocolo que fue calificado por un 69% como excelente y un 31% muy bueno por parte de los profesionales de enfermería. Esto se debe ya que, al ser considerada como una herramienta de trabajo necesita incorporación de nuevas aportaciones ilustrativas que sea fácil de explicar el origen, los factores de estas patologías y como se puede abordar al paciente de una manera más eficiente ahorrando tiempo en investigación, mejorando la calidad asistencial. Sin embargo, en la gráfica No.5 un 78% indicaron excelente, 11% como muy bueno y un 11% como bueno, haciendo referencia que teniendo este tipo de material en dicho protocolo es de gran ayuda para el personal de enfermería del Hogar. Se puede observar que, de una escala de excelente a necesita mejorar, un 69% de los profesionales de enfermería calificaron como excelente la redacción utilizada en el protocolo de procedimientos de las cuatro diferentes enfermedades. Sin embargo, un 6% lo califico como bueno (gráfica No.6), aunque es un porcentaje menor, nos indica que se debe reforzar estos aspectos para obtener mejores resultados en una próxima investigación. Mientras que esta misma pregunta los profesionales médicos especialistas indicaron como 56% excelente, 33% muy bueno y un 11% bueno (gráfica No. 7), coincidiendo así con los resultados del personal de enfermería.

La gráfica No.8 demuestra que un 87% de los profesionales de enfermería indicaron que el lenguaje adecuado utilizado en el protocolo es excelente y un 13 % muy bueno, se confirma que efectivamente posee una proyección clara y al alcance de todos de los criterios de los profesionales de salud que labora en el Hogar Margarita Cruz Ruiz. En la gráfica No.9 los profesionales médicos especialistas consideran un 78% excelente y un 22% muy bueno con respecto al lenguaje adecuado utilizado ya que es comprensible y facilita la comunicación con las pacientes del Hogar. Se puede observar que en la gráfica No. 10 un 63% de los profesionales de enfermería evaluaron

los formatos de test o cuestionarios mentales para diagnóstico, realizados para completar el protocolo como excelente, un 31% muy bueno y un menor porcentaje de 6% como bueno, indicando que es parte fundamental y complementaria para la toma de decisiones clínicas de una manera más rápida y concisa para el diagnóstico de las 4 distintas patologías investigadas en este seminario. Mientras que los profesionales médicos especialistas indicaron un 67% como excelente, 22% muy bueno y 11% como bueno (gráfica No. 11), haciendo énfasis en que a pesar de la diversidad de formatos, cuestionarios y test que se conocen en la actualidad, los que se muestran en este protocolo son los que más se utilizan para cada una de las patologías mencionadas. La facilidad de comprensión de la información por el profesional de salud del hogar de enfermería acerca del protocolo de procedimientos se obtuvo un 81% calificado como excelente y un 19% muy bueno, observándose en la gráfica No.12, los profesionales médicos especialistas en la gráfica No. 13 consideran un 56% excelente y 44% muy bueno, siendo muy importante ambas críticas que el contenido del protocolo este enfocado hacia los profesionales de salud de una manera que la información obtenida para los que realicen las tareas necesarias para las pacientes sea facilitar el diagnóstico, seguir la evolución de su enfermedad, y garantizar sus necesidades terapéuticas.

La gráfica No. 14 nos presenta que el tamaño del protocolo es el adecuado con una aceptación del 69% como excelente, 25% muy bueno y un 6% bueno con los profesionales de enfermería, y con los profesionales médicos especialistas un 56% como excelente, un 33% muy bueno y un 11% como bueno (gráfica No. 15), se observa que la mayoría de personas encuestadas creen que el manual de inducción es excelente y que contiene los conocimientos adecuados de cada patología, siendo la información muy extensa se pudo delimitar de manera que fuera objetiva, concisa y completa. En la gráfica No.16 un 81% de los profesionales de enfermería evaluaron excelente, 13% muy bueno y un 6% bueno en la pregunta de que los ítems están distribuidos de forma lógica como también facilidad de comprensión, mientras que en la gráfica No. 17 los profesionales médicos especialistas consideran un 67% como excelente, un 22% muy bueno y 11% como bueno, indicando aprobación en el orden de cada uno los lineamientos de las decisiones clínicas a seguir con el fin de garantizar un adecuado abordaje clínico y terapéutico. La pregunta de la unificación de medicamentos administrados en el Hogar a través de algoritmos de tratamiento para cada una de las cuatro enfermedades que se muestra en la gráfica No. 18 nos muestra

que 69% de los profesionales de enfermería considera excelente, un 25% muy bueno y un 6% bueno, por el contrario en la gráfica No.19 los profesionales médicos especialistas hicieron énfasis en que cada médico posee criterio propio con respecto a los medicamentos utilizados con sus pacientes por lo que consideraron que esta pregunta es adecuado específicamente al médico que labora en el Hogar Margarita Cruz Ruiz, por la experiencia con el manejo y uso adecuado de estos medicamentos con las pacientes, por el contrario el haber elaborado un algoritmo de tratamiento para cada una de las patologías indicaron que es un método muy efectivo para consolidar la información obtenida de los medicamentos utilizados en las distintas patologías como el buen manejo y uso de los mismos para asegurar la eficacia.

En la gráfica No. 20 se observa que la mayoría de profesionales de enfermería encuestados, un 88% consideran el aprendizaje obtenido por parte de los profesionales de salud en el Hogar como excelente, mientras un 6% muy bueno y otro 6% bueno, indicando que el protocolo de procedimiento realizado es un instrumento de gran apoyo para el Hogar Margarita Cruz, ya que no solo contribuirá al aumento del nivel de conocimiento del personal que labora en este hogar, sino también brindará un mejor abordaje al ingreso de una paciente nueva, ya que posee información actualizada acerca de las cuatro enfermedades de mayor incidencia en el Hogar (alzheimer, parkinson, depresión y ansiedad), como también se les brindara herramientas de suma importancia, como diversos test de acuerdo a la enfermedad para la evaluación cognitiva en el ámbito clínico, los cuáles son cortos y específicos que puedan guiar al profesional de salud para mejorar la calidad de vida del paciente.

9 CONCLUSIONES

- 9.1 Se observó que la mayor incidencia de enfermedades mentales en las pacientes fueron alzheimer, parkinson, depresión y ansiedad.
- 9.2 El “protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades degenerativas y del estado del ánimo del Hogar Margarita Cruz Ruiz” elaborado, unifica los medicamentos administrados en el Hogar a través de algoritmos de tratamiento para cada una de las cuatro enfermedades que nos muestra que un 45% de los profesionales médicos especialistas considera excelente, un 44% muy bueno y un 11% bueno.
- 9.3 La mayoría del personal de enfermería evaluado después de impartir la presentación del protocolo de procedimientos opinaron que el aprendizaje obtenido sería de gran utilidad para el Hogar Margarita Cruz Ruiz.
- 9.4 Se validó el protocolo de procedimiento en la atención a pacientes con enfermedades degenerativas y del estado del ánimo del Hogar Margarita Cruz Ruiz a través de nueve profesionales médicos especialistas con experiencia en pacientes que padecen dichas enfermedades.

10 RECOMENDACIONES

- 10.1 Actualizar cada año el protocolo de procedimientos por los estudiantes que realizan su práctica profesional supervisada –EPS- por medio del Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos (CEGIMED) para cumplir con el círculo de mejora continua para un adecuado abordaje de tratamiento como atención integral para las pacientes residentes del Hogar Margarita Cruz Ruiz.

- 10.2 Realizar actividades de auto aprendizaje dentro de los grupos de profesionales de salud que laboran en el Hogar para que los conocimientos adquiridos del protocolo de procedimiento sean compartidos y aprendidos por todos.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, M., Mira,E.,Salut, P., Ortiz, L.,Aguilar, M., Rodríguez, A., Almenar C., Ferrer,G., Artigas,A. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Guías de práctica clínica en el SNS Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Cataluña, España.
- Arés Luque, A., Baladia Rodríguez, E., Bruna Rabassa, O., Calvo Muñoz, I., Chouza Insua, M. (2014). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson*. Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. p. 16.
- Arévalo Veras, E., Rodríguez Fajardo, M. (2009). *Observatorio de salud mental en Guatemala usuarios del servicio de salud mental -proyecto piloto en la ciudad de Guatemala*. (Tesis). Recuperada de la base de datos de la Biblioteca USAC. (Num. 13/13_2764).
- Argudo, I., Moreno, J., Regatero, M., Carrillo, A., Ruiz, R., López, J., Reneses,B. (2012). *Protocolos integrados con Psiquiatría y Atención Primaria para Trastornos Depresivos y de Ansiedad*. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). 40(Supl. 1):15-30, Madrid, España.
- Bellostas, J., Carnero, C., García, A. (2014). *Enfermedad de Alzheimer: Tratamiento farmacológico; El tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer precisa individualización y una evaluación continuada*. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. CADIME .Volumen 29 nº Granada. España.
- Blanco, J., Cabrera Catalán, R., Corrales Morales, J., Gaytán Martínez, C., González Frigo, A., Lara Santos, M., López Melgar, J., Mendoza Gaitán, E., Muñoz, D., Prado Rodríguez, D., Terraza Sánchez, A. y Salazar Duarte, L. (2014). *Guía Manejo de la Esquizofrenia*. Grupo de Especialistas del Centro de Atención Integral de Salud Mental-IGSS. 58.
- Caminero, P., Castelo, C. (2014). *Manual de Procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid*. Planificación estratégica comisión consultiva de cuidados de enfermería, Madrid España.
- Cobo, C., García, F. (2010). *Guía de atención urgente sobre enfermedad mental*. Defensor de la Ciudadanía de la provincia de Córdoba. p. 20,21.

- Cardona Galindo, L. (2009). *Sintomatología de ansiedad y depresión en la población femenina de la aldea Saspán, San José la Arada, Chiquimula*. (Tesis). Recuperada de la base de datos de la Biblioteca USAC. (Num. 05/05_8667).
- Dardón Guzmán, P., Zuchini, R., Selman de Zepeda, M., Ortiz Alvarado, J. y del Valle Catalán, J. (2009). *Guía Trastorno de Ansiedad*. Grupo de Especialistas del Centro de Atención Integral de Salud Mental-IGSS.
- Dolado, M. (2012). *Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España*. PWC. Madrid. p. 228.
- Fauci, A., Braunwald, E., et. Al. (2009). *Harrison Principios Medicina Interna*. (17ª. Ed.) Editorial McGraw-Hill. México.
- Farreras, P., Rozman, C. (2010). *Medicina Interna*. 16ª. Edición. Volumen II. Editorial Elsevier, España.
- Fontán, L. (2012). *La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio*. Revista Biomedicina, Medicina Familiar y Comunitaria. p.34.
- García, I., Alonso Sánchez, J. (2014). *Artículos de Investigación Sobre Alzhéimer(Recopilación)*. 1ª edición: Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Goldman, L., Ausiello, D. (2009). *Tratado de Medicina Interna*. 23ª. Edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España.
- Gómez, C., Campo, A. (2011). Geriatric Depression Scale:: *A study of the internal consistency and factor structure*. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Hospital de San José-Bogotá. Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia Vol. 10 Issue 3, p735-743. 10p.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. (2014). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Guías de Práctica Clínica en el SNS, España.

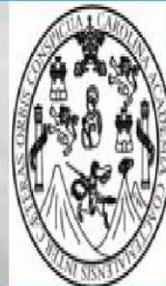
- Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). *Trastornos de Ansiedad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., et. Al. (2012) *Principios de Medicina Interna*. (18ª. Edición). Editorial McGraw Hill.
- Margaliot, Z., Chung, k. (2007). *Systematic Reviews: A Primer for Plastic Surgery Research*. PRS Journal. 120/7 p.1834 -1840.
- Mora Teruel, F. (2009). *Envejecimiento cerebral.: Ciencia y Sociedad*. Masson. Madrid. 23-32
- Morales Sipac, D. y Martínez Vásquez, F. (2006). *La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, reclusos en casa geriátrica María de Antigua Guatemala*. (Tesis). Recuperada de la base de datos de la Biblioteca USAC. (Num. 13/13_2222).
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala MSPAS, a través del Programa Nacional de Salud Mental. (2006). *Protocolos de Atención a los Problemas más Frecuentes De Salud Mental*. Única Edición, Guatemala.
- Muñoz de León, D. (2013). *Conocimientos teóricos y actitudes de los médicos residentes del instituto guatemalteco de seguridad social sobre las enfermedades mentales más frecuentes*. (Tesis). Recuperada de la base de datos de la Biblioteca USAC. (Num. 05/05_9079).
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Manejo Clínico de trastornos mentales en Atención primaria en Salud*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Presidencia de la Republica de Paraguay.
- Orosco, C. (2015). *Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*. SSN 1560-6139, pp. 91-104 Universidad de Lima, Perú.
- Palazón, R., Gómez, C., Cantero, P. (2001). *Protocolo terapéutico en la Enfermedad de Parkinson*. <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-protocolo-terapeutico-enfermedad-parkinson-13014007>.

- Pinto, J. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias Detección y cuidados en las personas mayores*. Dirección General de Salud Pública y Alimentación de Madrid.
- Riu, S., Bosch, J., Barceló, M., González, V. (2015). *Depresión en el mayor; manejo y prevención de la depresión en el mayor. Guías práctica clínica en el mayor desde la atención primaria*. Fundación Biblioteca Josep Laporte, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rivera, R. y López Soto, V. (2011). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala IEMS-OMS*. Equipo de Evidencias e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (sede central de Ginebra, Suiza). Versión 2.1.
- Rodríguez, C. (2010). *El esfuerzo de cuidar a un ser querido y su impacto en la calidad de los cuidados y en la percepción de salud*. Vol. 1 N° 1. Departamento de Enfermería. Universidad de Málaga.
- Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, A., Irigoyen, A. (2012). *Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care*. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Vol.14 (1) 5-13. Monclova, Coahuila. México.
- Ugalde, O., Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina, M. (2010). *Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos psicogeríátricos*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín. (2012). *Protocolo de manejo y derivación de pacientes con Enfermedad de Parkinson*. España.
- Urrutia, G. (2012). *Introducción a las Revisiones Sistemáticas*. Organización Panamericana de la Salud. Centro Cochrane Iberoamericano Iberoamericana Cochrane Centre. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Versión 5.1.0.
- Velasco S, Llorente, L., Ayuso L, Contador I, Bermejo, F. (2015). *Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica*. Revista Neurología 2015; 61: 363-71.
- Villaruel, P., Silva, J., Celis, A., & Pavez, P. (2014). *Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental*. Revista Médica De Chile, 143(7), 953.

12. ANEXOS

Anexo No. 1: Revisión sistemática de un protocolo para enseñanza aprendizaje titulado: “protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz”

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**



**PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS EN LA
ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDADES
DEGENERATIVAS Y DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEL
HOGAR MARGARITA CRUZ RUIZ.**

**ELABORADO POR:
Jennifer Pamela Pineda Ruiz
María Ester Arriola Urrutia**

ALZHEIMER

1.1. Definición

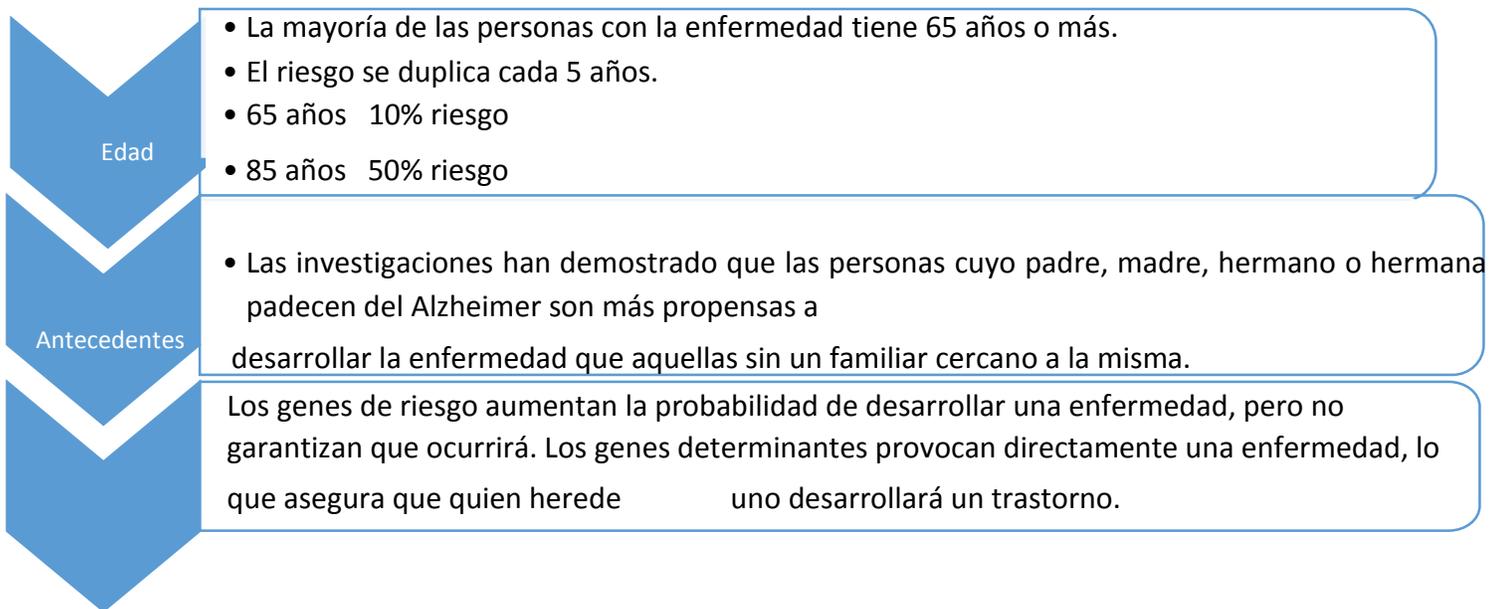
La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad cerebral que ocasiona problemas relacionados con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. No es una parte normal del envejecimiento.

Empeora con el tiempo, aunque los síntomas pueden variar mucho, el primer problema que muchas personas notan es el olvido, lo suficientemente grave como para afectar su capacidad para funcionar en el hogar o en el trabajo o para disfrutar de pasatiempos permanentes.

La enfermedad puede causar que una persona se confunda, se pierda en lugares conocidos, extravíe cosas o tenga problemas con el lenguaje (Pinto, J., 2007).

1.2. Factores de Riesgo

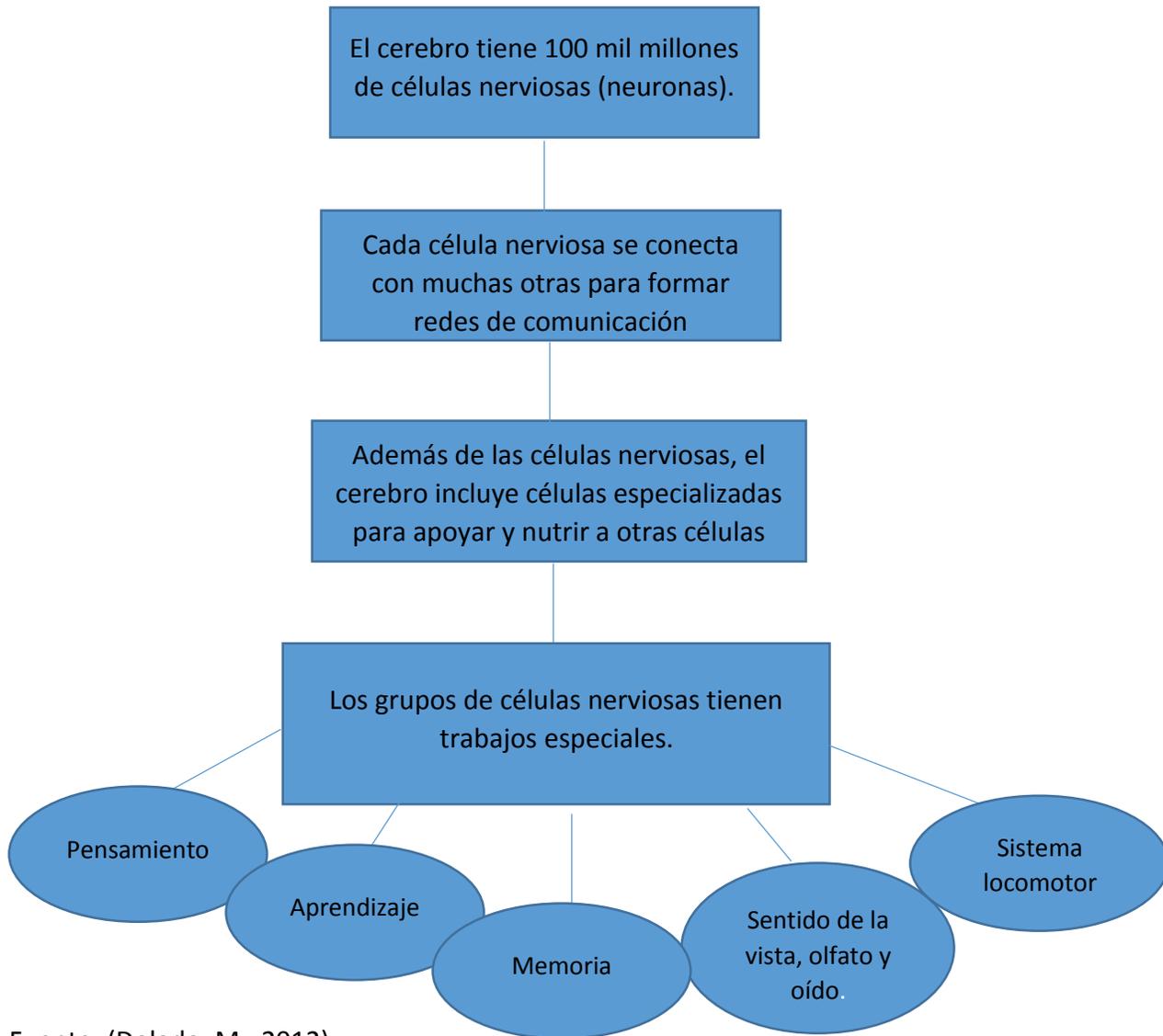
Aunque los científicos saben que la enfermedad de Alzheimer implica una falla de las células nerviosas, la razón de que esto ocurra es aún desconocida. Sin embargo, han identificado ciertos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad.



Fuente: (García & Alonso, 2014).

1.3. Factores Etiológicos

Los cambios que se producen en el cerebro comienzan a nivel microscópico mucho antes de los primeros síntomas de pérdida de memoria.



Fuente: (Dolado, M., 2012).

Las células del cerebro funcionan como pequeñas fábricas. Ellas reciben suministros, generan energía, construyen equipos y se deshacen de los residuos. Las células también procesan y almacenan información y se comunican con otras células. Mantener todo funcionando requiere coordinación, así como grandes cantidades de combustible y oxígeno.

Se cree que la enfermedad de Alzheimer impide que algunas partes de la fábrica de una célula funcionen bien. No está seguro dónde empiezan los problemas. Pero, al igual que una verdadera fábrica, los atascos y las averías en un sistema causan problemas en otras áreas. A medida que se extiende el daño, las células pierden su capacidad de hacer sus trabajos eventualmente mueren (Abellán, 2011).

1.3.1. Cómo la enfermedad de Alzheimer se propaga en el cerebro



ASCADA (2016) Recuperado de <https://ascadacr.wordpress.com/2016/06/28/esperando-lo-inesperado-etapasdel-alzheimer/>

1.4. Fases de la Enfermedad del Alzheimer

1.4.1. Quejas Subjetivas

El paciente comienza con una serie de quejas del tipo “¿dónde he dejado esto?”, “¿cómo se llamaba esta persona?”, “¿a qué he venido yo aquí?”. Estas cuestiones junto con una normalidad en la historia clínica, una no alteración en la funcionalidad y una exploración neurológica y neuropsicológica normal pueden evolucionar de forma variable hacia un deterioro cognitivo leve, una estabilización de las quejas o una remisión de éstas.

1.4.2. Deterioro Cognitivo Leve (DLC)

Consiste en un declive intelectual que se confirma por un decremento en el rendimiento de test psicométricos que evidencian un deterioro en la memoria y en otras funciones cognitivas con respecto a un nivel intelectual previo, corroborado por un informador fiable. El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) ayuda a examinar el campo existente entre el envejecimiento normal y el patológico, es decir, ayuda a explorar los cambios cognitivos en la última parte de la vida: 65-90 años. Su abordaje debe ser absolutamente multidisciplinar. Lo que sucede en este punto intermedio es difícil de determinar, pues está condicionado por la genética, cuestiones socioeconómicas

y culturales, pero no todos los enfermos con DCL desarrollan demencia ni todos los que la desarrollan tienen Alzheimer (Pinto, J., 2007).

1.5.3. Fases de la Enfermedad Según Reisberg

Las siete etapas se basan en un sistema desarrollado por Barry Reisberg, M.D., director del Centro de Investigación de Demencia y Envejecimiento Silberstein de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York.

Tabla No. 1 Escala de deterioro global (GDS de Reisberg) y Functional Assessment Stages (FAST).

Estadío	Características	Comentario
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo.	Ausencia de déficits funcionales objetivos o subjetivos	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo.
GDS2. Déficit cognitivo muy leve	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

<p>GDS3. Déficit cognitivo leve</p>	<p>Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas que generalmente lo observan los familiares</p>	<p>Primeros defectos claros en una tarea. Manifestación en una o más de estas áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Haberse perdido en un lugar no familiar. -Evidencia de rendimiento laboral pobre. -Dificultad para recordar palabras y nombres. -Tras la lectura retiene escaso material. -Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor. -Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve-moderada.
<p>GDS4. Déficit cognitivo moderado</p>	<p>Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos</p>	<p>Defectos manifestados en olvido de hechos cotidianos o recientes, déficit en el recuerdo de su historia personal,</p>

	<p>personales o planificación de comidas para invitados.</p>	<p>dificultad de concentración evidente en operaciones matemáticas, incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas. Frecuentemente no hay defectos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orientación en tiempo y persona. - Reconocimiento de caras y personas familiares. -Capacidad de viajar a lugares conocidos. -Habilidad afectiva.
--	--	---

<p>GDS5. Déficit cognitivo Moderadamente grave</p>	<p>Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año.</p>	<p>-necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa.</p> <p>-Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares).</p> <p>-Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar.</p> <p>-dificultad para cortar en orden inverso.</p> <p>-Sabe su nombre y generalmente el de su cónyuge e hijos.</p>
<p>GDS6. Déficit cognitiva grave</p>	<p>Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios:</p> <p>a. disminución de la habilidad para vestirse solo.</p> <p>b. disminución de la habilidad para bañarse solo.</p> <p>c. disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo.</p> <p>d. disminución de la continencia urinaria.</p>	<p>-Olvida a veces el nombre de su cónyuge de quién depende para vivir.</p> <p>-Retiene algunos datos del pasado.</p> <p>-Desorientación espacial.</p> <p>-Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo.</p> <p>-Puede necesitar asistencia para actividades diarias.</p> <p>-Puede presentar incontinencia.</p> <p>-Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos.</p> <p>-Ritmo diurno frecuentemente alterado.</p>
	<p>e. disminución de la continencia fecal.</p>	<p>-Presenta cambios de la personalidad y afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad).</p>

<p>GDS7. Déficit cognitiva muy grave</p>	<p>Pérdida del habla y la capacidad motora. se especifican 6 subestados:</p> <p>a. capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras.</p> <p>b. capacidad de habla limitada a una única palabra.</p> <p>c. pérdida de la capacidad para caminar solo, sin ayuda.</p> <p>d. pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda.</p> <p>e. pérdida de la capacidad para sonreír.</p> <p>f. pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida.</p>	<p>-Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales.</p> <p>-Incontinencia Urinaria.</p> <p>-Necesidad de asistencia en la higiene personal y alimentación.</p> <p>-Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulaci3n.</p> <p>-Con frecuencia se observan signos neurol3gicos.</p>
--	--	--

Fuente: (Dolado, M., 2012).

1.5. Cuadro Clínico

La enfermedad de Alzheimer presenta un principio insidioso que progresa lentamente y está caracterizada por la dificultad para aprender y para retener informaciones nuevas pero con una atención normal. Los pacientes tienen crecientes dificultades para recordar hechos recientes, para las capacidades visuoespaciales, para la praxis (capacidad para llevar a cabo actos voluntarios ya aprendidos) y para el lenguaje. Los síntomas clínicos del Alzheimer son las llamadas “cuatro A”:



Amnesia

pérdida de la memoria, al principio de los hechos más recientes y luego de los más remotos.



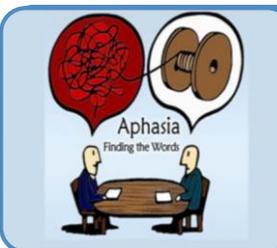
Agnosia

pérdida total o parcial de la facultad perceptiva por lo que se reconocen las cosas y a las personas.



Apraxia

Incapacidad de realizar una función motora ya aprendida incluso cuando no se padece una debilidad motora, como el hecho de tener fuerza muscular y ser incapaz de vestirse.



Afasia

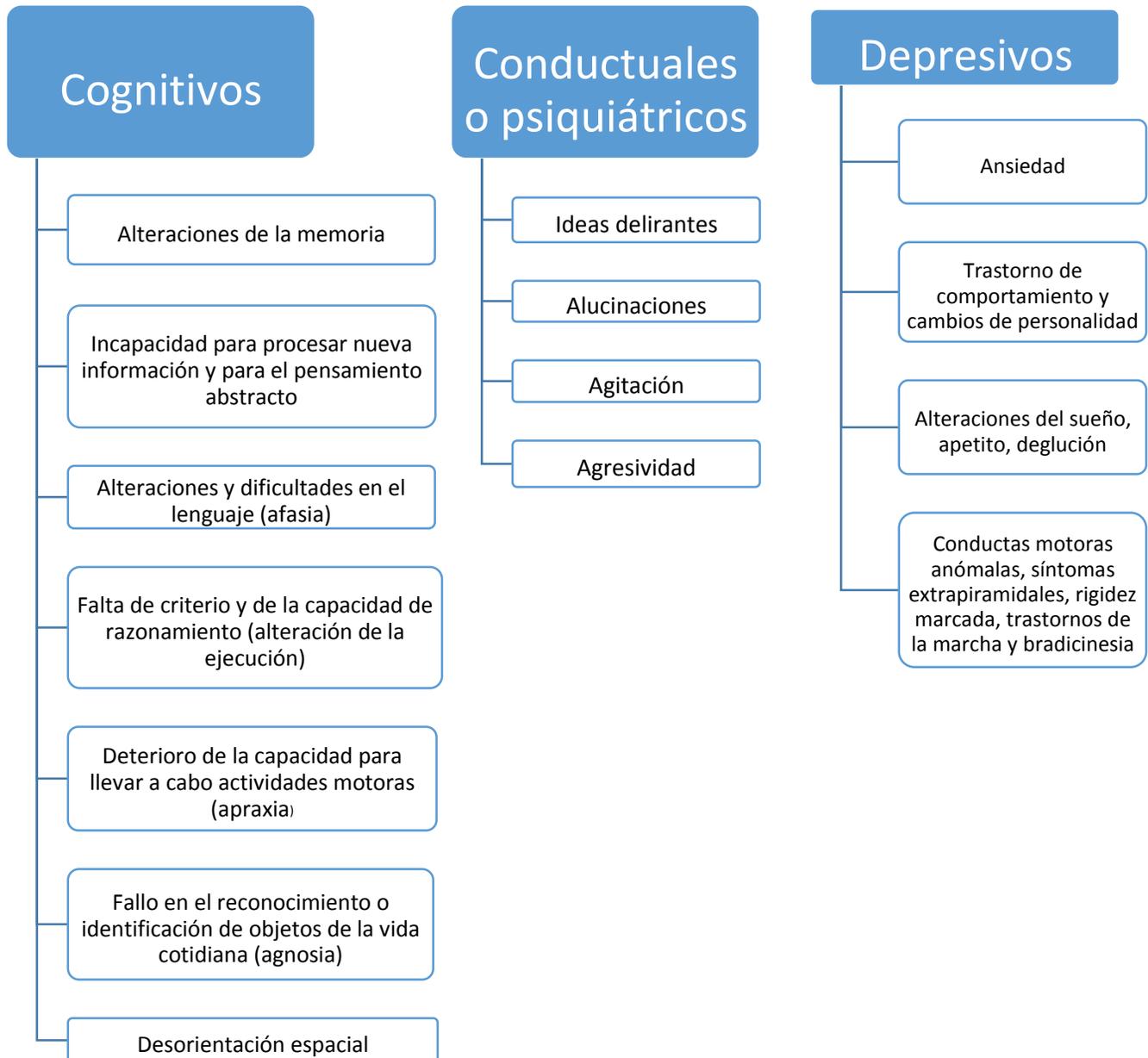
puede incluir la dificultad para llamar por su nombre a los objetos familiares como por ejemplo: ropa, artículos, herramientas, etc.

Fuente: (Pinto, J., 2007).

1.6.1 Signos y Síntomas

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por signos y síntomas tanto cognitivos, conductuales y funcionales.

1.6.1.1 Los principales síntomas son:



Fuente: (Dolado, M.,2012).

1.6.2 Clínica

El síntoma inicial de la enfermedad de Alzheimer en el 95% de los casos es el trastorno de memoria. Existen presentaciones poco frecuentes, llamadas “formas a inicio focal”, donde el síntoma inicial puede ser trastornos del lenguaje o dificultades visuo-espaciales progresivas.

El trastorno de memoria es el elemento clínico-semiológico esencial. Una queja de memoria en un paciente mayor de 65 años siempre debe ser interrogada y estudiada en profundidad. Los trastornos de memoria que tienen valor semiológico orgánico o sea de probable origen encefalopático son:

Pérdida de objetos

Olvido de hechos recientes

• porque no recuerda dónde los guarda o los deja

Dificultad para retener nueva información

• El paciente olvida o no recuerda con cierto detalle, hechos ocurridos hace pocos días.

Función Ejecutiva y también del Lenguaje, Praxias y Gnosias

• Como consecuencia a esta incapacidad, los pacientes se tornan reiterativos, preguntando varias veces lo mismo, porque no logran recordar las respuestas ya dadas

Dificultades en la planificación de tareas más o menos complejas

• estos pacientes asocian dificultades primero en las actividades más complejas de la vida diaria, para finalmente comprometerse las básicas.

Dificultades en la orientación topográfica

• rendimiento disminuido en el trabajo (si el paciente todavía trabaja), dificultades en el manejo del dinero (primero de aspectos financieros: cuentas bancarias, llenado de cheques y recibos), luego del dinero (billetes) en sí mismo. Los pacientes abandonan progresivamente las tareas que les resultan cognitivamente más exigentes.

Desarrolla algunos trastornos conductuales

• sobre todo en lugares nuevos o poco frecuentados.

Agravan las alteraciones antes mencionadas y se asocian dificultades en el Lenguaje (anomias)

• se torna apático, con disminución del interés por actividades que antes realizaba y tendencia a la retracción social. Se puede sumar luego una mayor psicorrigidez, agresividad, intolerancia e irritabilidad fácil

Se incrementan la irritabilidad y agresividad

• disminución de la iniciativa para realizarse la higiene, dificultades para elegir ropas adecuadas y para vestirse e importante aumento de las alteraciones conductuales:

En etapas finales, después de más de 15 o 20 años de iniciada la enfermedad

• pueden aparecer elementos delirantes, a temática de perjuicio (robo de cosas), celotípico, de abandono, o el clásico cuadro de que “...mi casa no es mi casa”.

Fuente: (Pinto, J.,2007).

•desarrollan trastornos en la marcha, con

paraplejia en flexión y gatismo

1.6. Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico del Alzheimer se necesita conocer importante información que será obtenida a través de varias preguntas acerca de quejas o síntomas realizados por el propio paciente o sus familiares. Para llevar a cabo un buen diagnóstico se deber realizar los siguientes pasos:



Fuente: (García & Alonso, 2014).

1.6.1. Revisión de la historia clínica

El médico entrevistará a la persona que se somete a las pruebas y a otras personas cercanas a ella para reunir información sobre las enfermedades mentales y físicas actuales y pasadas.

Preguntas para realizar en historia clínica.

- ¿Qué tipo de síntomas han ocurrido?
- ¿Cuándo comenzaron?
- ¿Con qué frecuencia se producen?
- ¿Han empeorado?
- El médico también solicitará antecedentes familiares especialmente si pueden padecer o padecieron la enfermedad de Alzheimer u otras.
- Se le preguntara sobre todos los medicamentos que la persona está tomando.

Fuente: (Ugalde, O., et al., 2010).

1.6.2. Evaluación del Estado de Ánimo y del Estado Mental

Las pruebas de estado mental evalúan la memoria, la capacidad de resolver problemas simples y otras habilidades de pensamiento.

Actividades para realizar evaluación del estado de ánimo y mental.

- El médico le preguntará a la paciente su dirección, que año es o quién es el presidente.
- Se le pedirá que deletree una palabra al revés, que dibuje un reloj o que copie un diseño.
- también se evaluará el estado de ánimo y la sensación de bienestar de la paciente.

Fuente: (Rodríguez, 2010).

1.6.3. Examen físico y pruebas de diagnóstico

La información de estos análisis puede ayudar a identificar trastornos tales como la anemia, infecciones, diabetes, insuficiencia renal o enfermedad hepática, deficiencias de vitaminas, anomalías tiroideas y problemas

relacionados con el corazón, los vasos sanguíneos o los pulmones. Todas estas enfermedades pueden causar confusión en el pensamiento, problemas de concentración, de memoria u otros síntomas similares al Alzheimer.

Examen físico y pruebas de diagnóstico

- Evaluar la dieta y la nutrición.
- Revisar la presión arterial, la temperatura y el pulso.
- Escuchar el corazón y los pulmones.
- solicitar análisis clínicos pertinentes.

Fuente: (Ugalde, 2010).

1.7.4. Test para Diagnóstico

El médico antes de decidirse por uno u otro test, debe tener en cuenta algunos condicionantes entre los que destacan la edad, el nivel educativo y el nivel cultural de la persona, ya que pueden influir bastante en la puntuación final de muchos de estos instrumentos.

1.7.4.1. Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE)

Exámen breve del estado mental, es el test de rastreo cognitivo más conocido y utilizado en la actualidad cuya puntuación más alta es 30. La versión adaptada y validada en España del MMSE es el Miniexamen cognoscitivo (MEC-35) o Mini Examen de Lobo, ampliamente utilizado, cuya puntuación máxima es de 35. Se trata de un test breve que explora aspectos del ámbito cognitivo, como la memoria, la orientación, el lenguaje, la atención y otras habilidades. Tiene la utilidad de evaluar tanto la gravedad como la progresión de la enfermedad, también es útil en la toma de decisiones para ver si se debe continuar con el tratamiento farmacológico (Velasco S, et al., 2015).

Formato No. 1 Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE)

NOMBRE: _____

EDAD: _____ NIVEL FORMATIVO: _____

FECHA: ____ / ____ / ____ PROFESIONAL: _____

INSTRUCCIONES

Las indicaciones en negrita deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias y las respuestas esperables a algunos ítems. La exploración debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Si este padece alguna limitación de tipo visual y auditivo, debe ponerse y/o ajustarse la prótesis que utilice para corregirla (gafas, audífono). Marque con un círculo el 0 si la respuesta es incorrecta, y el 1 si la respuesta es correcta. Puede comenzar la exploración formulando alguna pregunta introductoria, como la siguiente:

¿Tiene algún problema con su memoria?

1. ORIENTACIÓN TEMPORAL

RESPUESTA

PUNTUACIÓN

	RESPUESTA	PUNTUACIÓN	
Dígame por favor...			
¿En qué año estamos?		0	1
¿En qué estación o época del año estamos?		0	1
¿En qué mes estamos?		0	1
¿Qué día de la semana es hoy?		0	1
¿Qué día del mes es hoy?		0	1

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse los lugares originales por otros alternativos, anótelos si es así

	RESPUESTA	PUNTUACIÓN	
¿En qué país estamos?		0	1
¿En qué ciudad estamos?		0	1
¿En qué población estamos?		0	1
¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa; nombre la calle)		0	1
¿En qué planta/piso estamos? (casa: piso o número de la calle)		0	1

3. FIJACIÓN

Pueden utilizarse series alternativas de palabras (p. ej., LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que reevaluarse al paciente; anótelos si es así.

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetirlas cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras: PELOTA		
CABALLO	0	1
MANZANA	0	1
¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetirlas hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento) Trata de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos.	0	1

4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas la quedan? Siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare		
30 menos 3... (27)	0	1
... menos 3.... (24)	0	1
... menos 3.... (21)	0	1
... menos 3.... (18)	0	1
... menos 3.... (15)	0	1

5. MEMORIA

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetirlas cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras: PELOTA		
CABALLO	0	1
MANZANA	0	1
	0	1

6. NOMINACIÓN

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o lapicero)		0	1
Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)		0	1

7. REPETICIÓN

<p>Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir ¿Preparado? EN UN TRIGAL, HABÍA CINCO PERROS</p> <p>¿Me la puede repetir, por favor? (si es necesario, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento)</p>		<p>0 1</p>
---	--	-----------------

8. COMPRENSION

Tenga una hoja de papel a mano.

<p>Ahora, escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones ¿Preparado? (facilita la hoja de papel). Tome este papel con la mano derecha... ... dóblelo por la mitad... ... déjelo en el suelo/mesa....</p>	<p>0 1 0 1 0 1</p>
--	---

9. LECTURA

<p>Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito ¿Preparado? (mostrar la hoja con la frase estimulado). CIERRE LOS OJOS</p>	<p>0 1</p>
--	-----------------

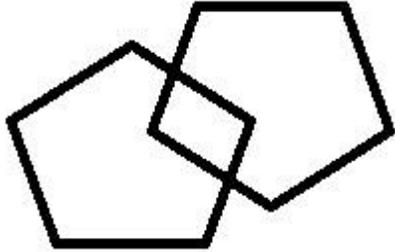
10. ESCITURA

Tenga una hoja de papel y un lápiz o lapicero a mano

<p>Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o lapicero) Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy.</p>	<p>0 1</p>
---	-----------------

11. DIBUJO

Tenga una hoja de papel y un lápiz o lapicero a mano

<p>Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o lapicero y mostrar la hoja con el siguiente dibujo).</p> 	<p>0 1</p>
---	-----------------

Fuente: (Velasco, S., et al., 2015).

Puntuación MMSE

Deterioro cognitivo ligero	21 a 26 puntos
Deterioro cognitivo moderado	10 a 20 puntos
Deterioro cognitivo moderadamente grave	10 a 14 puntos
Deterioro cognitivo grave	Menor de 10 puntos

Fuente: (Velasco, S., et al., 2015).

1.7.4.2. Cuestionario SF-12

Caracterizado por ser una versión abreviada del cuestionario original con sólo doce ítems (tiempo de aplicación de dos minutos aproximadamente), cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores. Las investigaciones que utilizan estos doce ítems del SF han verificado que el instrumento es una medida válida y confiable, tanto en la escala original como en sus distintas versiones (12 ítems, 8 ítems o 6 ítems). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem), que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable.

Tabla No.2 Cuestionario SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, consteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

- x 1. Excelente x
- 2. Muy Buena x
- 3. Buena x 4.
- Regular x 5. Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar bolos o caminar más de una hora?

x 1. Sí, me limita mucho x 2.

Sí, me limita un poco x 3.

No, no me limita nada

3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

x Sí, me limita mucho x

Sí, me limita un poco

x No, no me limita nada

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si

2. No

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si

2. No

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si

2. No

7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si

2. No

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

x 1. Nada x 2.

Un poco x 3.

Regular x 4.

Bastante x 5.

Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPOND LO QUE SE PAREZCA MAS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

9. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- x 1. Siempre
- x 2. Casi siempre
- x 3. Muchas veces
- x 4. Algunas veces
- x 5. Solo alguna vez
- x 6. Nunca

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- x 1. Siempre
- x 2. Casi siempre
- x 3. Muchas veces
- x 4. Algunas veces
- x 5. Solo alguna vez
- x 6. Nunca

11. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- x 1. Siempre
- x 2. Casi siempre
- x 3. Muchas veces
- x 4. Algunas veces
- x 5. Solo alguna vez
- x 6. Nunca

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- x 1. Siempre
- x 2. Casi siempre

- x 3. Algunas veces
- x 4. Solo alguna vez
- x 5. Nunca

Fuente: (Villarreal, P., et al., 2014).

1.7. Tratamiento de los Síntomas

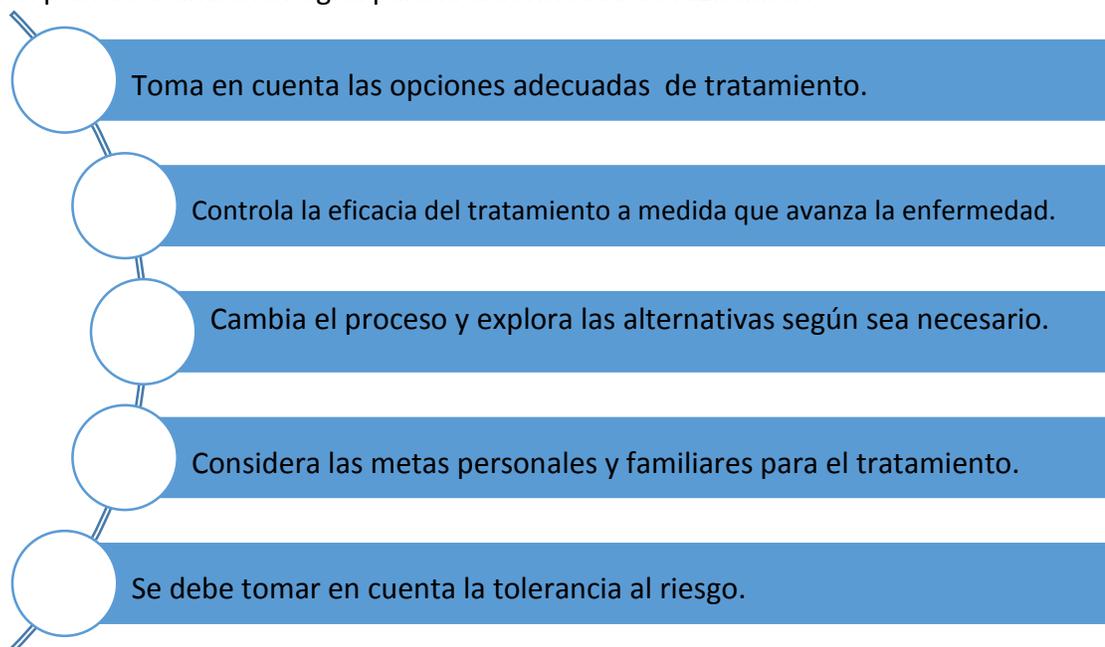
Actualmente, no existe una cura para la enfermedad de Alzheimer ni una manera de detener la muerte de las células cerebrales subyacentes. Pero los medicamentos y los tratamientos sin medicamentos pueden ayudar tanto en los síntomas cognitivos como en los del comportamiento.

Los medicamentos pueden ser eficaces para controlar algunos de los síntomas del comportamiento, pero deben utilizarse con cuidado. Además, son más efectivos cuando se combinan con tratamientos sin medicamentos. Los medicamentos deben tratar síntomas específicos de manera que permitan el control de la respuesta al tratamiento.

Recetar cualquier medicamento para una persona con enfermedad de Alzheimer representa un desafío médico. El uso de medicamentos para los síntomas del comportamiento y psiquiátricos debe supervisarse de cerca.

Algunos medicamentos, denominados antipsicóticos atípicos, se asocian con un mayor riesgo de efectos secundarios graves. Al momento de decidir si deben utilizarse estos medicamentos o no, se debe sopesar con atención los beneficios y los riesgos (Dolado, M., 2012).

Un plan de atención integral para la enfermedad de Alzheimer:



Fuente: (Ugalde, O., et al., 2010).

1.7.1. Tratamiento farmacológico para síntomas cognitivos

El primer tipo, los inhibidores de colinesterasa, evita la descomposición de la acetilcolina, un mensajero químico importante para la memoria y el aprendizaje. Al mantener niveles altos de acetilcolina, estos medicamentos

permiten la comunicación entre las células nerviosas. La eficacia de estos tipos de tratamientos varía según la persona.

Tabla No. 3 Medicamentos utilizados para Alzheimer en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

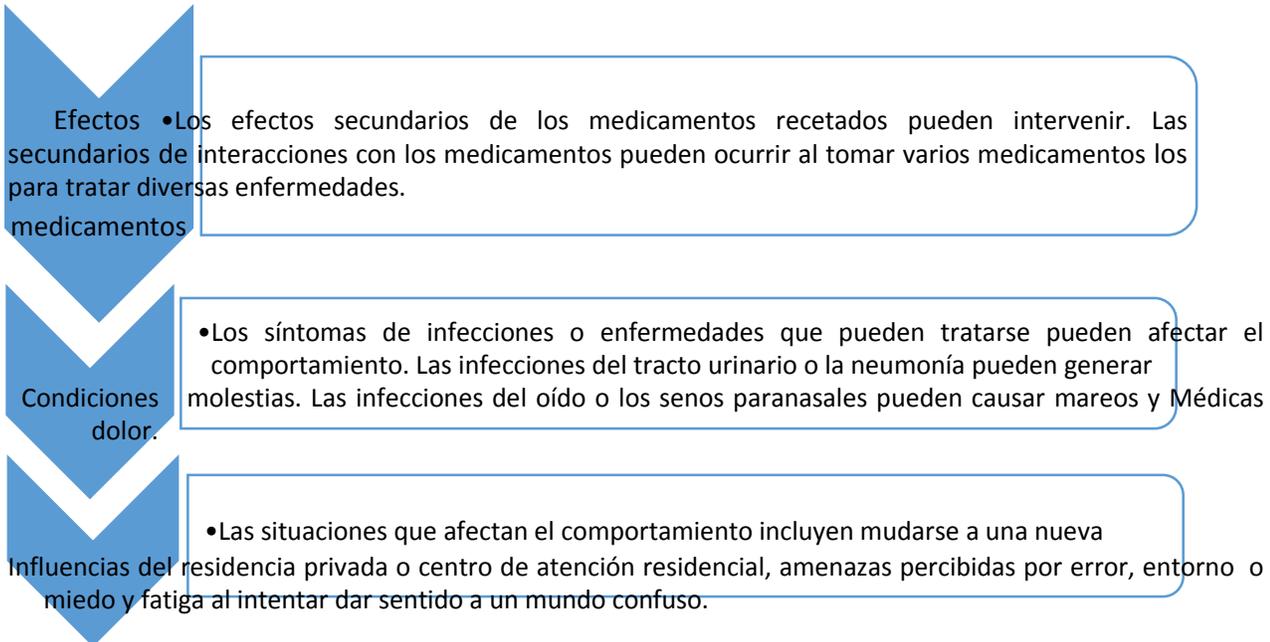
Medicamentos Alzheimer				
Nombre Genérico	Dosis	Reacciones adversas	Indicaciones	Vida Media
Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IAC) <u>Rivastigmina</u>	Oral: Comenzar con 1.5 mg/ 12h, aumentando 1.5 mg/12 h cada dos semanas hasta un máximo de 6 mg/12h.	Son leves a moderadas e incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida del apetito, dispepsia, fatiga, astenia, temblor, agitación, insomnio y depresión. La severidad e incidencia de estos efectos aumentan en forma proporcional con la dosis administrada.	A pesar de que pueden ayudar a tratar los síntomas por un tiempo, no desaceleran ni detienen los cambios cerebrales que causan el agravamiento de la enfermedad de Alzheimer.	1 hora.

<p>Antagonista no competitivo del receptor NMDA</p> <p><u>Memantina</u></p>	<p>Oral: comenzar con 5 mg/ 24 h cambiando la dosis cada semana, hasta un máximo de 10mg/24 h. administrados antes o después de las comidas.</p>	<p>Estados graves de confusión y alteraciones graves de la función renal.</p> <p>Requiere ajuste a 10 mg en mantenimiento a pacientes (IR) moderada.</p> <p>No utilizar en pacientes con Insuficiencia renal (IR) grave.</p>	<p>La utilización combinada con Inhibidores de la acetilcolinesteras a en etapas moderadas y severas es segura y ofrece un mayor beneficio. -Es globalmente bien tolerada. Al inicio del tratamiento puede verse inestabilidad y tendencia a las caídas. -malestar general.</p>	<p>60-100 horas.</p>
---	--	--	---	----------------------

Fuente: (Fontán, L., 2012).

1.7.2. Tratamiento de Síntomas del Comportamiento

Muchas personas descubren que los cambios en el comportamiento (tales como la ansiedad, el nerviosismo, la agresión y las alteraciones del sueño) son los efectos más desafiantes y angustiantes de la enfermedad. Estos cambios pueden afectar en gran medida la calidad de vida de las personas que viven en situaciones familiares y de atención residencial a largo plazo. Al igual que con los síntomas cognitivos de la enfermedad, la causa subyacente principal de los síntomas en el comportamiento y psiquiátricos es el daño progresivo de las células cerebrales. Otras posibles causas de los síntomas del comportamiento incluyen lo siguiente:



Fuente: (Dolado, M., 2012).

Tabla No. 4 Medicamentos utilizados para síntomas de comportamiento en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

Medicamentos Alzheimer				
Nombre Genérico	Dosis	Reacciones adversas	Indicaciones	Vida Media
Benzodiazepinas <u>Clonacepam</u>	Oral: al inicio 0,5mg tres veces por día, y aumentar 0,5mg a 1mg cada 3 días hasta lograr el control de las crisis convulsivas; dosis máxima: 3.75 mg al día.	Los pacientes geriátricos y pacientes con trastornos hepáticos son más sensibles a las benzodiazepinas en el SNC. Pueden aparecer mareos o sensación de mareos, somnolencia y raramente alteraciones del comportamiento, alucinaciones, rash cutáneo o prurito, cansancio y debilidad no habituales, trastornos de la micción.	Tratamiento de crisis mioclónicas. Ausencias de tipo epiléptico refractarias a succinimidas o ácido valproico. Crisis convulsivas tonicoclónicas (generalmente asociado con otro anticonvulsivo). Tratamiento del pánico.	1-4 horas
Benzodiazepina <u>Loracepam</u>	Oral: 1mg a 3mg dos o tres veces al día. Sedante hipnótico: 2mg a 4mg como dosis única al acostarse. En pacientes de edad avanzada: 1mg a 2mg al día en dosis fraccionadas, con aumento de la dosificación según tolerancia y necesidades.	Los pacientes geriátricos y los pacientes con enfermedades hepáticas son más sensibles a los efectos de las benzodiazepinas en el SNC. La administración somnolencia, cansancio o debilidad no habituales. Rara vez se observa: confusión (por intolerancia), debilidad muscular, visión borrosa u otros trastornos de la visión, constipación, náuseas o vómitos. Son signos de sobredosis que requieren atención médica: confusión continua, somnolencia severa, agitación, bradicardia, tambaleos y debilidad severa.	Trastornos por ansiedad. Ansiedad asociada con depresión men Síntomas de supresión alcohólica agu Insomnio por ansiedad o situaciones de pasajeras estré	10.5 y 15 horas

Ciclopirrolonas Zoplicona	Oral: 7,5mg 30 minutos antes del descanso nocturno.	cansancio matinal, somnolencia. Circunstancias que no llegan a comprometer la performance diurna. Muy eventualmente, en	Tratamiento específico del insomnio, manifestado como dificultad para iniciar o	1 hora
		algunos pacientes podría disminuir la capacidad psicomotora. Se ha señalado sequedad bucal y sabor amargo.	mantener el sueño, o la sensación de no haber descansado lo suficiente.	

Fuente: (Fontán, L., 2012).

1.8. Abordajes integrales no farmacológicos

Pasos para desarrollar los tratamientos sin medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del deterioro: clasificación por fases • Definición de las funciones a estimular y funciones a mantener • Cambiar el entorno de cuidado para eliminar los desafíos u obstáculos. • Evaluación. • Creación del ambiente adecuado y establecimiento de rutinas • Evaluar la dieta y la nutrición. • Revisar la presión arterial, la temperatura y el pulso. • Escuchar el corazón y los pulmones. • solicitar análisis clínicos pertinentes.

Fuente: (Dolado, M., 2012).

Ejercicios de Atención

Ejercicios de búsquedas de elementos incluidos dentro de otros similares: figuras, letras, números, resultado de operaciones aritméticas, símbolos, etc... Este tipo de ejercicios, sirve además para estimular la Memoria de trabajo.

focalización sensorial (gusto, olor, tacto, oído, vista), interrogando sobre:

-las características, por ejemplo, de objetos extraídos con los ojos vendados de una caja

Se debe tener en cuenta que la falta reconocimiento de los objetos y su función dificultará la tarea y creará frustración.

Ejercicios de Orientación

En la orientación temporal, se debe crear nuevas referencias junto con ayudas visuales que ayudarán a orientarse.

Se debe establecer un día específico para acudir a ciertas actividades como:

-saber que hoy es Martes por que además de acudir a nuestras aulas de estimulación los Martes y los Jueves, los Martes realizamos determinada actividad.

realizar cárteles que se coloquen en un area especifica y los calendarios grandes y marcados

La orientación espacial, suele resultar deteriorada algo más tardíamente que la temporal..

Saber en donde se encuentran, reconocer y recordar su casa, el camino para llegar a recorridos habituales, etc.,

Ejercicios de Lenguaje

Evitar frases largas

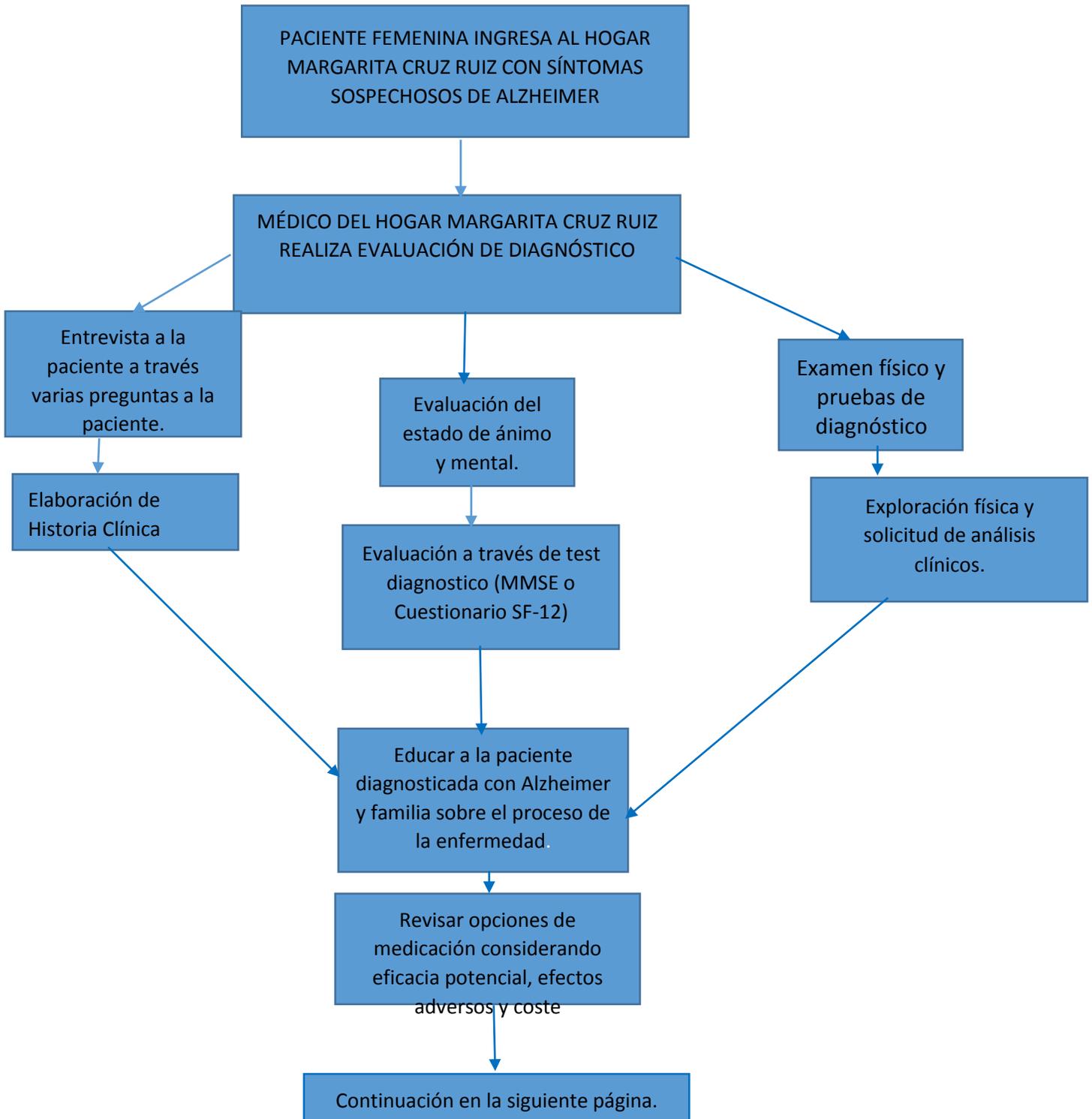
Indicar instrucciones cortas y sencillas.

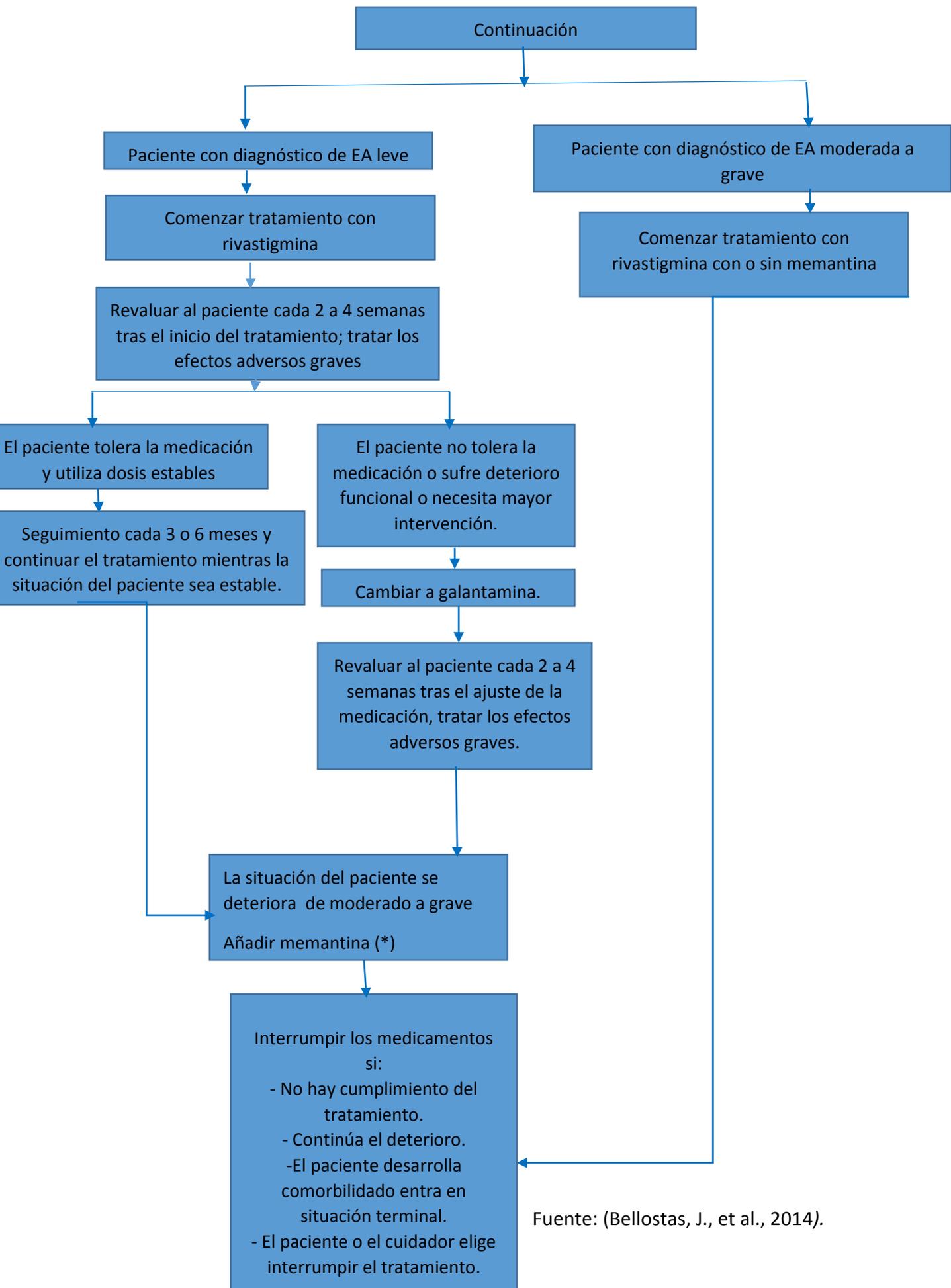
Lectura en voz alta de palabras, frases sencillas, frases complejas y textos.

Adivinanzas y refranes incompletos.

Repetición de frases y palabras de "baja frecuencia" de uso.

1.9. Algoritmo de Tratamiento de la Enfermedad Alzheimer





Fuente: (Bellostas, J., et al., 2014).

(*) La adición de memantina a un IAC ha mostrado beneficio en algunos pacientes con EA de moderada a grave, aunque no está establecida la significación clínica.

DEPRESIÓN

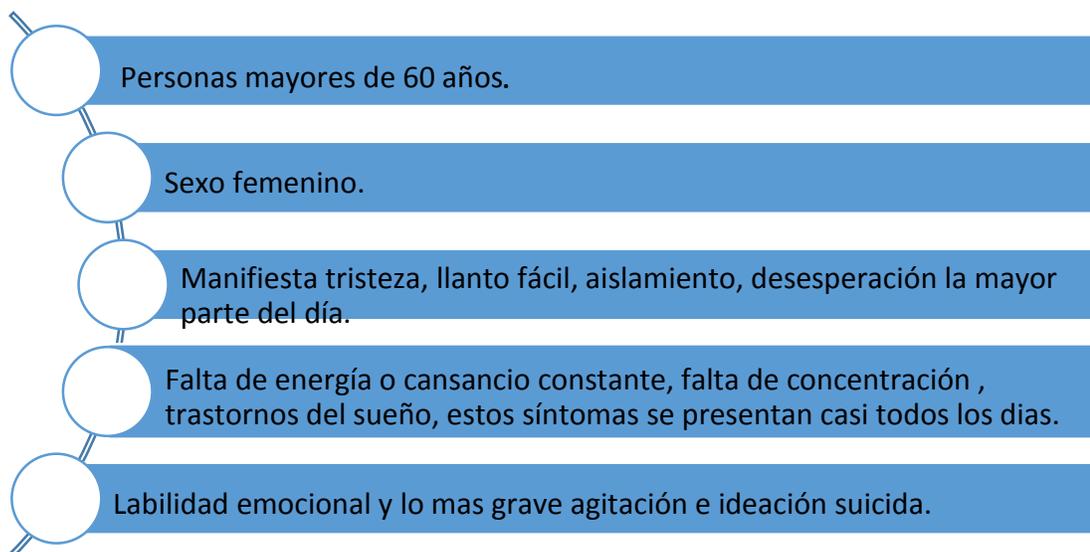
2.1. Definición

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (por ejemplo la depresión, el hipotiroidismo), la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

2.2. Población a la que va dirigido

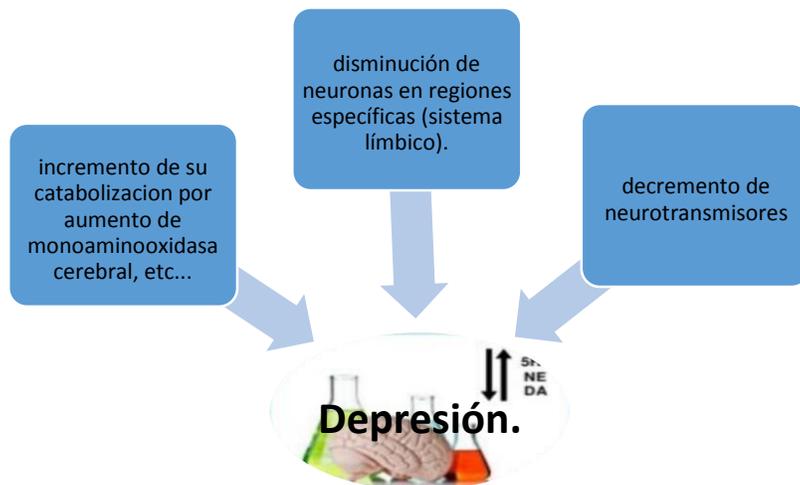
De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por presentarse en:



Fuente: (Riu, et al., 2015).

2.3. Factores Etiológicos

Además de los factores físicos y psicosociales se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como:



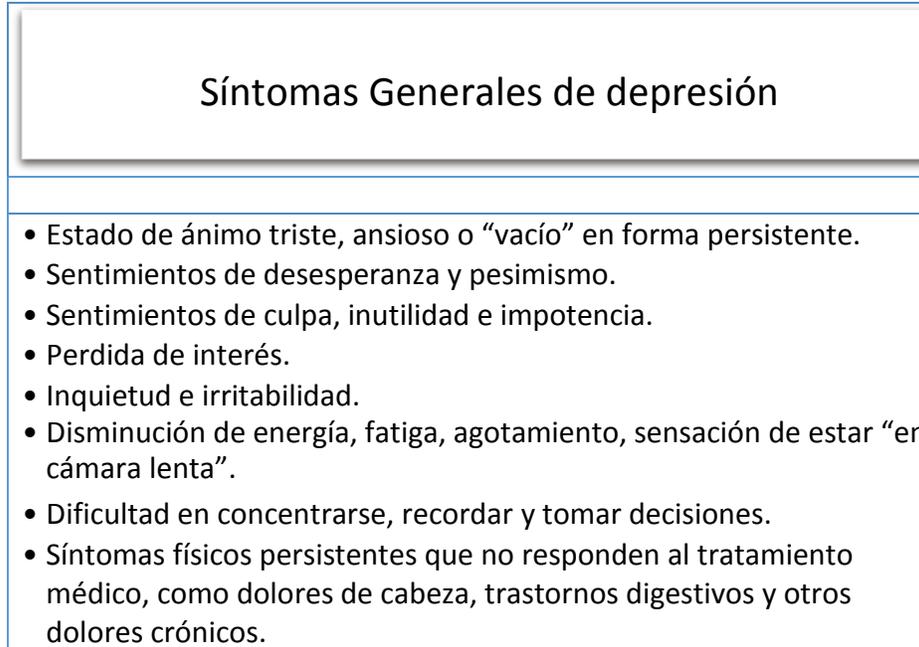
Fuente: (Soletto, et al., 2012)

Existen síntomas asociados entre los que destacan a nivel psicológico: el llanto fácil o los accesos de llanto desencadenados por estímulos triviales. Las posibilidades de adaptarse a las situaciones, sobre todo si son nuevas, están determinadas en los ancianos por:

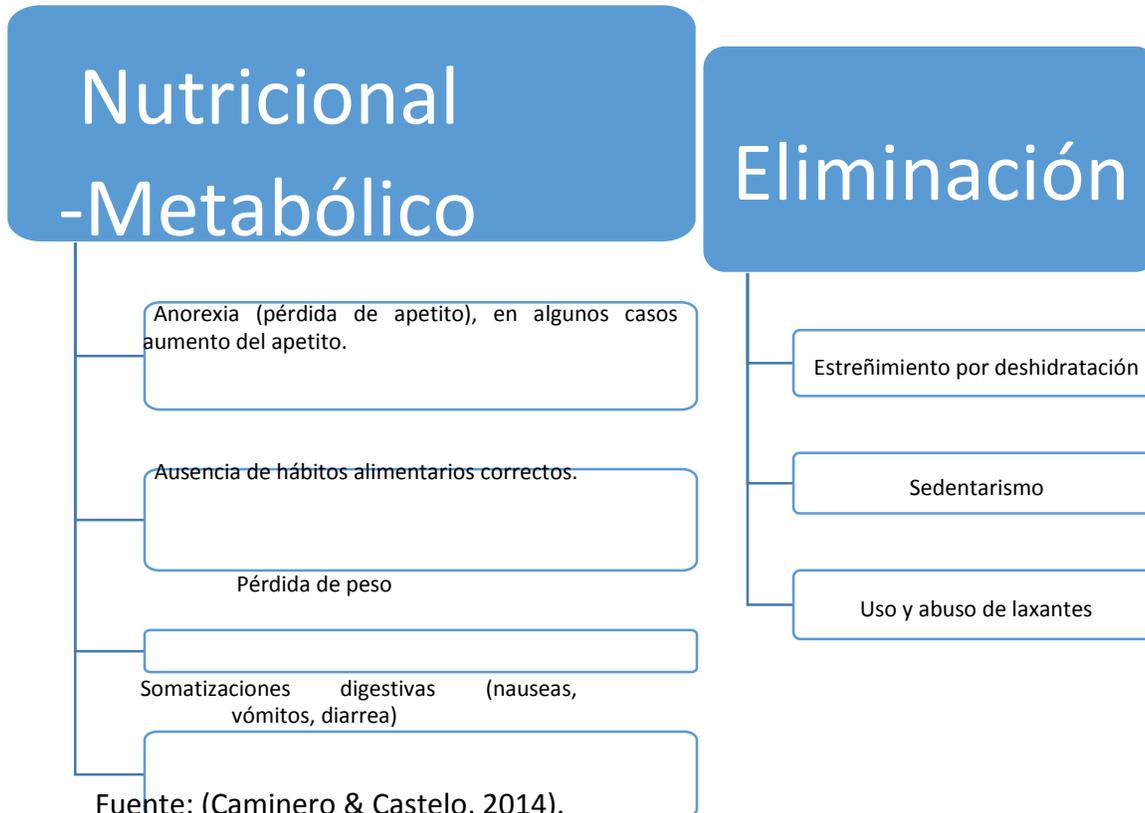


Fuente: (Argudo, 2012).

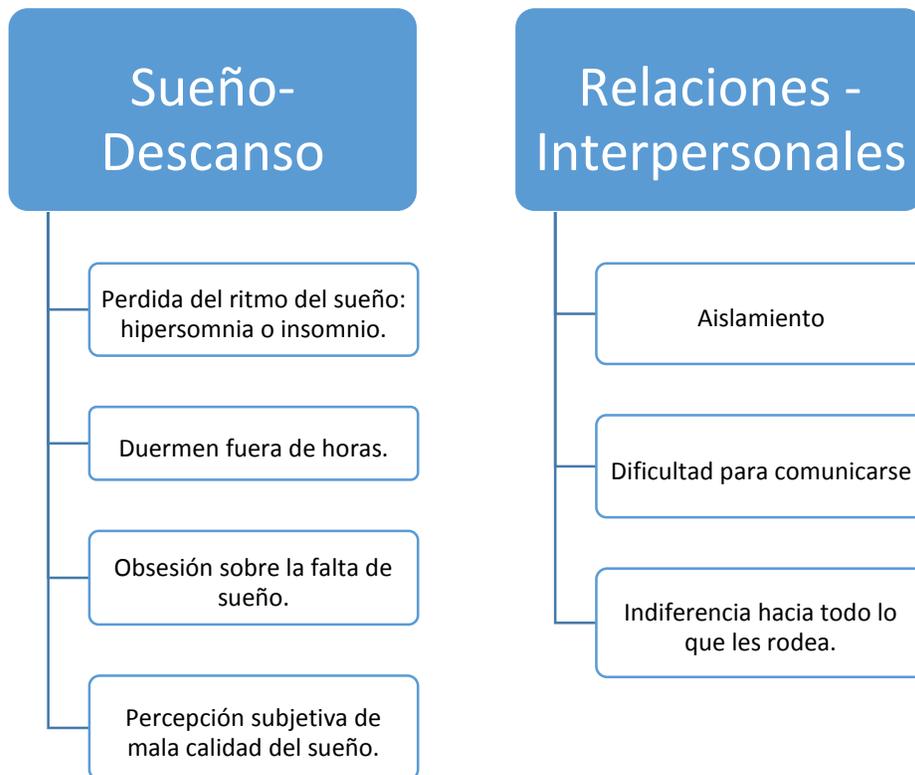
2.4. Sintomatología más frecuente en la enfermedad de depresión.



Fuente: (Riu,2015).



Fuente: (Caminero & Castelo, 2014).



Fuente: (Caminero & Castelo, 2014).

2.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico por lo que no existe algún marcador biológico o una prueba 100% específica para hacerlo (Sotelo, et al., 2012).

2.5.1. Subjetivo

Se exponen a continuación los modelos de anamnesis para investigar la depresión.



Fuente: (Rodríguez, 2010).

También, el diagnóstico subjetivo del trastorno enfrenta diversos problemas.

Heterogeneidad Clínica

- Se manifiesta como la pérdida del interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía, la irritabilidad o un estado de confusión.

Comorbilidad Asociada

- Crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo.

Fuente: (Riu, et al., 2015).

2.5.1.2. Una comunicación efectiva se basa en la escucha responsable.

ESCUCHAR

- significa dejar hablar libremente a la persona.
- significa percibir tanto el contenido como los sentimientos.
- requiere sensibilidad.
- ayuda a establecer la confianza entre la paciente y personal de salud.
- implica mantener contacto visual.

En resumen debe respetar ; el derecho de las personas a la confidencialidad.

Debe guiar a la paciente ; no imponiendo ni diciéndole que hacer al contrario debe brindarle consejos y opciones.

Fuente: (Sotelo, et al., 2012).

2.5.1.3. Los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría son universalmente aplicados y se presentan en el cuadro I.

Consiste en un cuestionario cuya versión original contiene 30 preguntas que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica (Cuadro I). A cada pregunta, el sujeto responde por SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave. El máximo total de puntos es 30. Las preguntas representan el centro de la depresión geriátrica y aquellas relacionadas a las quejas somáticas no están incluidas. En la EDG (escala de depresión geriátrica de yesavage), 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión (Gómez, 2012).

Cuadro I. Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

		SI	NO
1.	¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
2.	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6.	¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
7.	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
8.	¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
9.	¿Se siente contento (a) la mayor parte del tiempo?	0	1
10.	¿Se siente frecuentemente desamparado (a)?	1	0
11.	¿Se siente intranquilo (a) y nervioso (a) con frecuencia?	1	0
12.	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.	¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	0	1
14.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0

15.	¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ahora?	0	1
16.	¿Se siente desanimado (a) o triste con frecuencia?	1	0
17.	¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
18.	¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
19.	¿Cree que la vida es muy interesante?	0	1
20.	¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	1	0
21.	¿Se sintió lleno (a) de energía?	0	1
22.	¿Siente que su situación es desesperante?	1	0
23.	¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	1	0
24.	¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	1	0
25.	¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	1	0
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27.	¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	0	1
28.	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29.	¿Le es fácil tomar decisiones?	1	0
30.	¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	0	1

Fuente: (Gómez, 2012).

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ha sido específicamente desarrollada para ser ampliamente utilizada en la geriatría. Esta escala reúne los elementos del instrumento ideal para el diagnóstico de la depresión.

Ventajas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

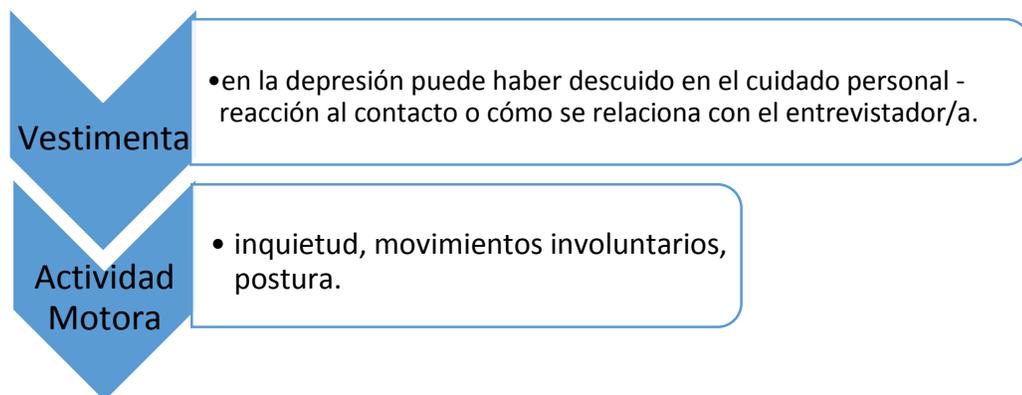


Fuente: (Riu, et al., 2015).

2.5.2. Objetivo

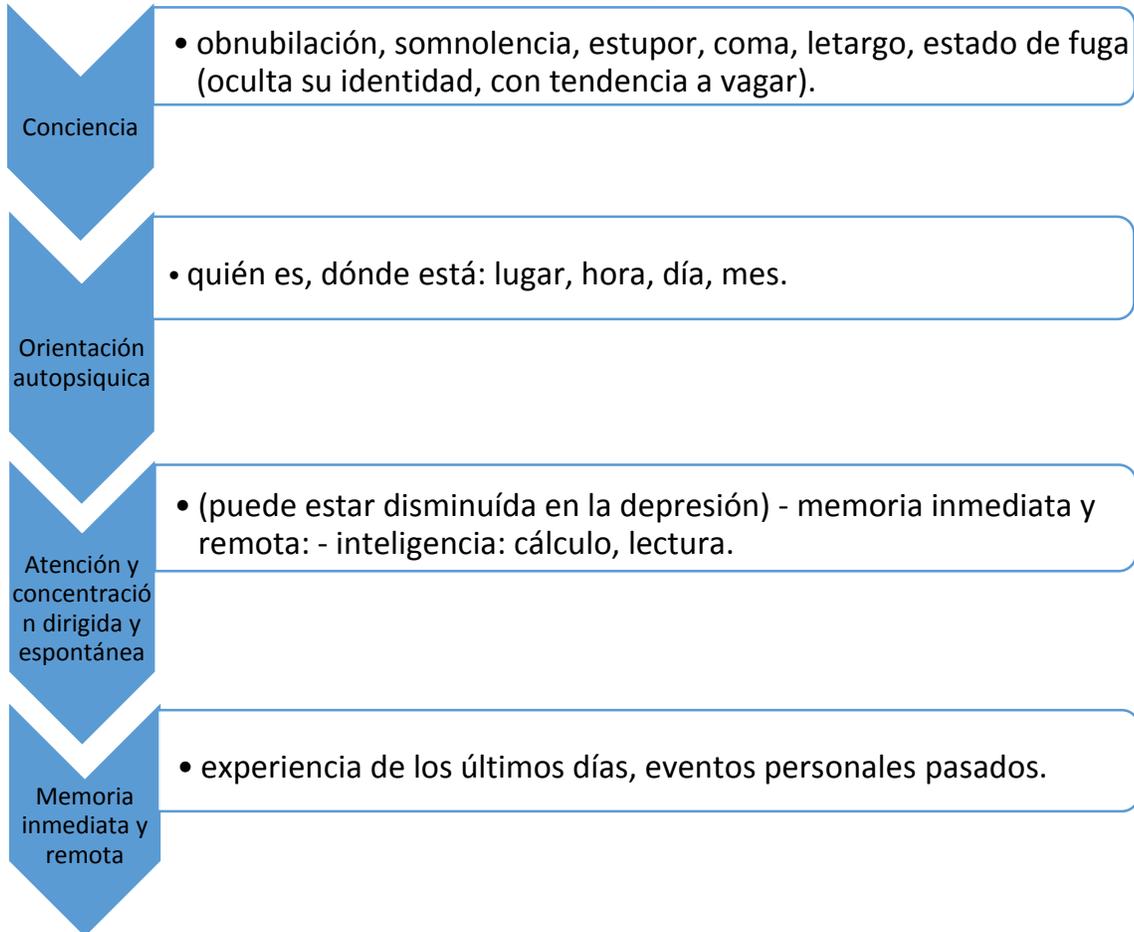
2.5.2.1. Examen de funciones psíquicas

2.5.2.1.1. Presentación y comportamiento, observar



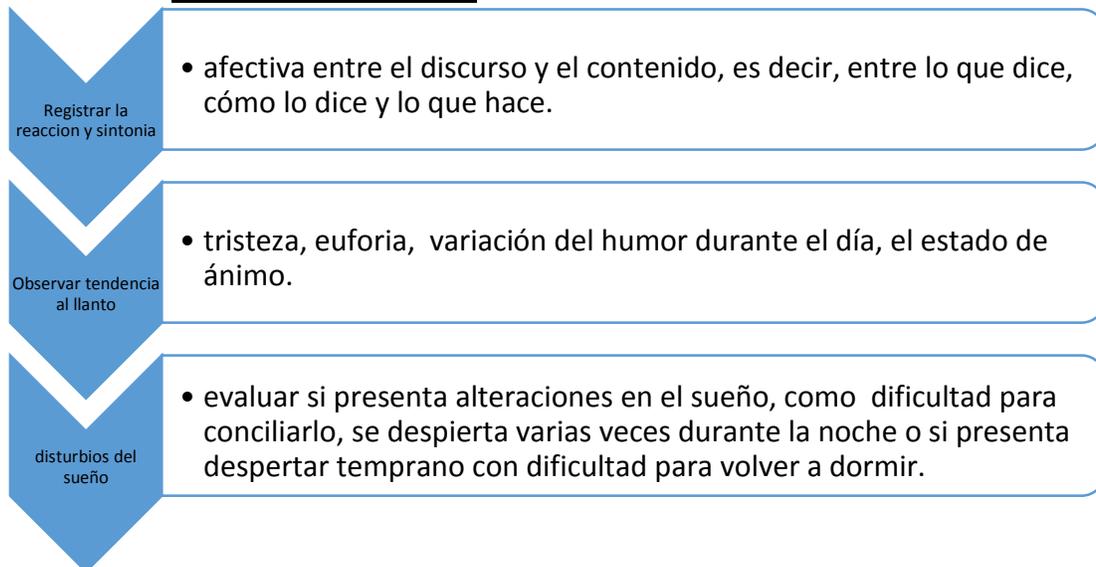
Fuente: (Rodríguez, 2010).

2.5.2.1.2. Cognitivo, observar el estado de:



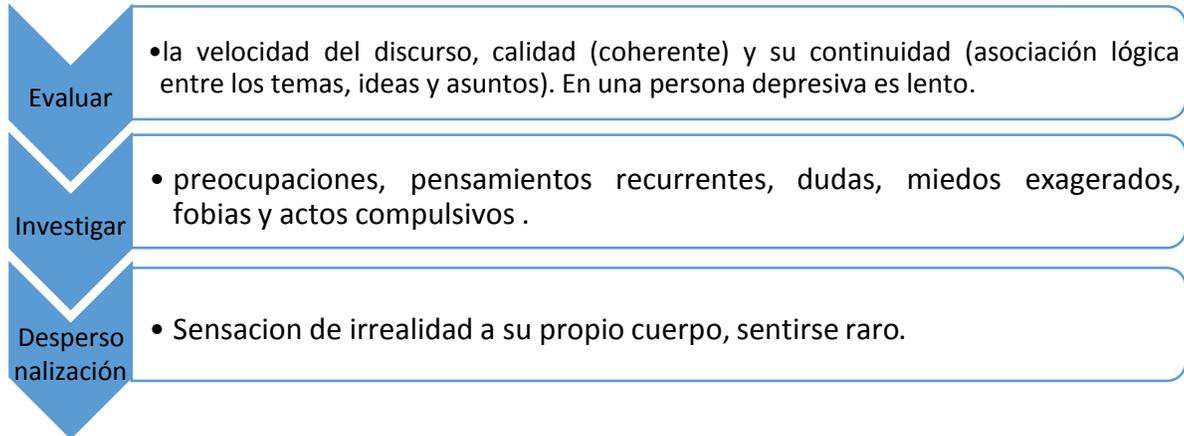
Fuente: (Sotelo, et al., 2012).

2.5.2.1.3. Afectividad y humor



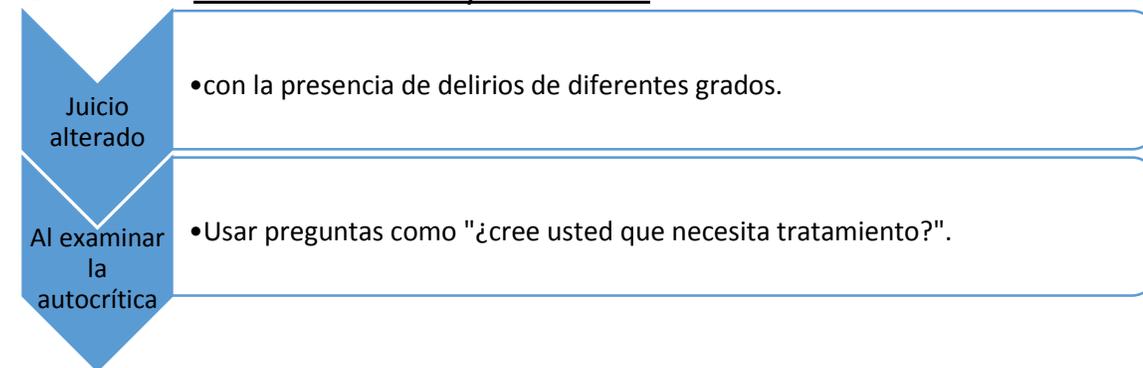
Fuente: (Caminero & Castelo, 2014).

2.5.2.1.4. Discurso, Contenido del pensamiento y Sensopercepción.



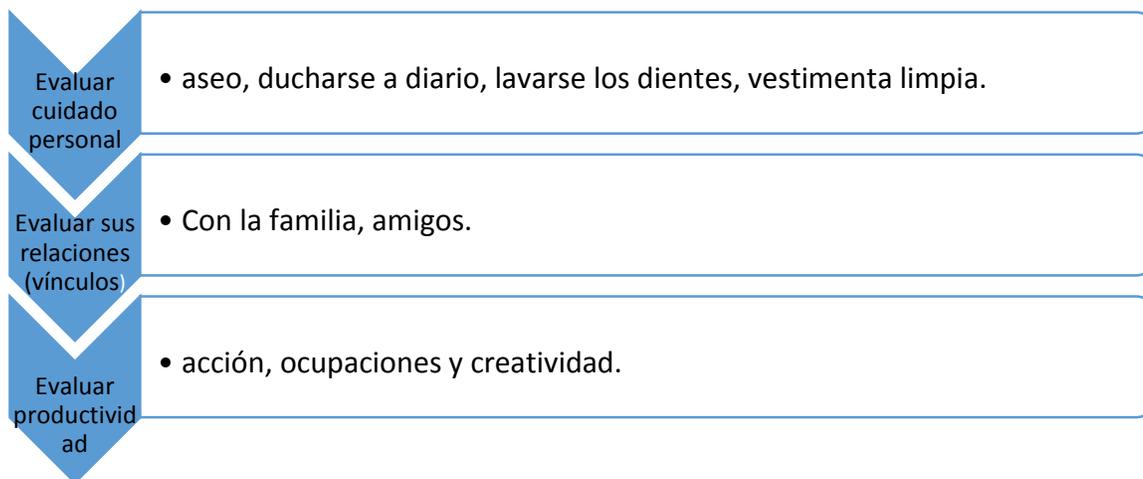
Fuente: (Pinto, 2007).

2.5.2.1.5. Juicio de realidad y autocrítica



Fuente: (Rodríguez, 2010).

2.5.2.1.6. Deterioro funcional



Fuente: (Pinto, 2007).

2.5.2.2. Apreciación Diagnóstica

Criterios diagnósticos de episodio depresivo presencia de 2 síntomas fundamentales y 2 síntomas accesorios en un mínimo de 15 días.

Tiempo: Mínimo de 15 días de duración

Síntomas Fundamentales

- Humor deprimido
- Pérdida de interés
- Fatiga

Síntomas Accesorios

- Concentración y atención reducida
- Autoestima y autoconfianza reducida
- Ideas de culpa e inutilidad
- Visión desolada y pesimista del futuro
- Ideas o acciones auto lesivas
- Sueño perturbado
- Alteración del apetito (aumento o disminución)
- Deterioro funcional (se ve en las formas moderadas y graves)

Fuente: (Riu, et al., 2015).

2.5.2.2.1. Manejo clínico de la depresión la conducta terapéutica debe realizarse por un abordaje múltiple:

Educación del paciente y sus familiares, puntos principales que tienen que ser aclarados en la educación de pacientes y familiares:

- La depresión no es debilidad de carácter ni falta de voluntad
- La depresión no es causada por falta de ocupación
- La depresión no mejora ni espontáneamente ni con el esfuerzo personal
- Los medicamentos para la depresión no causan dependencia
- La depresión es una dolencia o enfermedad, para la cual existe tratamiento y en gran parte de los casos, es curable (Sotelo, et al., 2012).

2.5.2.2.2. Tratamiento no farmacológico y abordaje psicosocial existen técnicas y manejo psicoterapéuticos que son complementarios al tratamiento farmacológico y que deben ser realizados por especialistas (psicoterapeutas).

El énfasis terapéutico está centrado en la comprensión de los mecanismos y de los síntomas de la depresión, en la activación del paciente con refuerzo de las actividades placenteras (agenda positiva), en el combate a los pensamientos negativos y en el abordaje de resolución de problemas.

2.6. Desarrollo del Plan de Cuidados

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
Gestión ineficaz de la propia salud	- Conocimiento régimen terapéutico	- Enseñanza procedimiento - Escucha activa - Facilitar la autoresponsabilización	- Realizar Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, y auto-observación de signos y síntomas. - Identificar las prácticas de salud que hay que cambiar y mantener las que sean adecuadas.
Desequilibrio nutricional por defecto	Estado nutricional: ingestión Alimentaría y de líquidos	- Control y seguimiento de la nutrición. - Gestión de la nutrición	- Consensuar el peso ideal a conseguir. - Valorar mejor imagen corporal con un peso adecuado. - Instruir sobre nutrición. - Controlar dietas que interaccionen con medicamentos.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	- Equilibrio hidroelectrolítico	- Gestión de líquidos - Monitorización de signos vitales.	- Controlar signos de deshidratación. - Beber un mínimo de 1,5-2l diarios.
Estreñimiento	Eliminación intestinal	- Gestión de la nutrición.	- Beber abundantes líquidos. - Evitar sedentarismo. Comer dieta equilibrada y rica en fibra. - Comentar al médico para que le ponga algún tratamiento.

Insomnio	Sueño	Mejorar el sueño.	-Enseñar técnicas de inducción al sueño adecuadas (relajación, baño caliente, vaso de leche, infusiones). -Establecer programa de actividades diarias para conciliar el sueño.
Baja autoestima situacional.	- Autoestima	-Apoyo emocional. -Mejorar la autoestima - Prevención del suicidio	Ayudar a identificar lo bueno y positivo que tiene. - Ayudar a confiar en su capacidad para controlar la situación. - Ayudar a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones. - Ayudar a realizar una lista de lo que es y no es importante en la Vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.
Ansiedad	Control de la ansiedad	- Mejorar el Afrontamiento - Gestión del Entorno: - prevención de la violencia - Reducción de la ansiedad - Facilitar la expresión de sentimientos de culpa - Intervención en crisis	-Educación sanitaria para la ansiedad. - Promover grupos de apoyo. - Distracción. - Aumentar el afrontamiento. - Potenciación de la seguridad.
Afrontamiento Inefectivo.	- Control de impulsos. - Capacidad de superación en situaciones difíciles	-Manejo del afrontamiento -Apoyo de toma de decisiones -Facilitar expresión de sentimientos	-Control de impulsos. - Apoyo en la toma de decisiones. - Disminución de la ansiedad. - Evaluación del afrontamiento de problemas. - Fomentar la adaptación. - Establecimiento de objetivos comunes. - Evaluación del control de impulsos. - Manejo de la conducta: autolesión

Fuente: (Caminero & Castelo, 2014).

2.7. Tratamiento Farmacológico

Estudios controlados demuestran que el 75-80% de los ancianos muestran una buena respuesta al tratamiento antidepresivo.

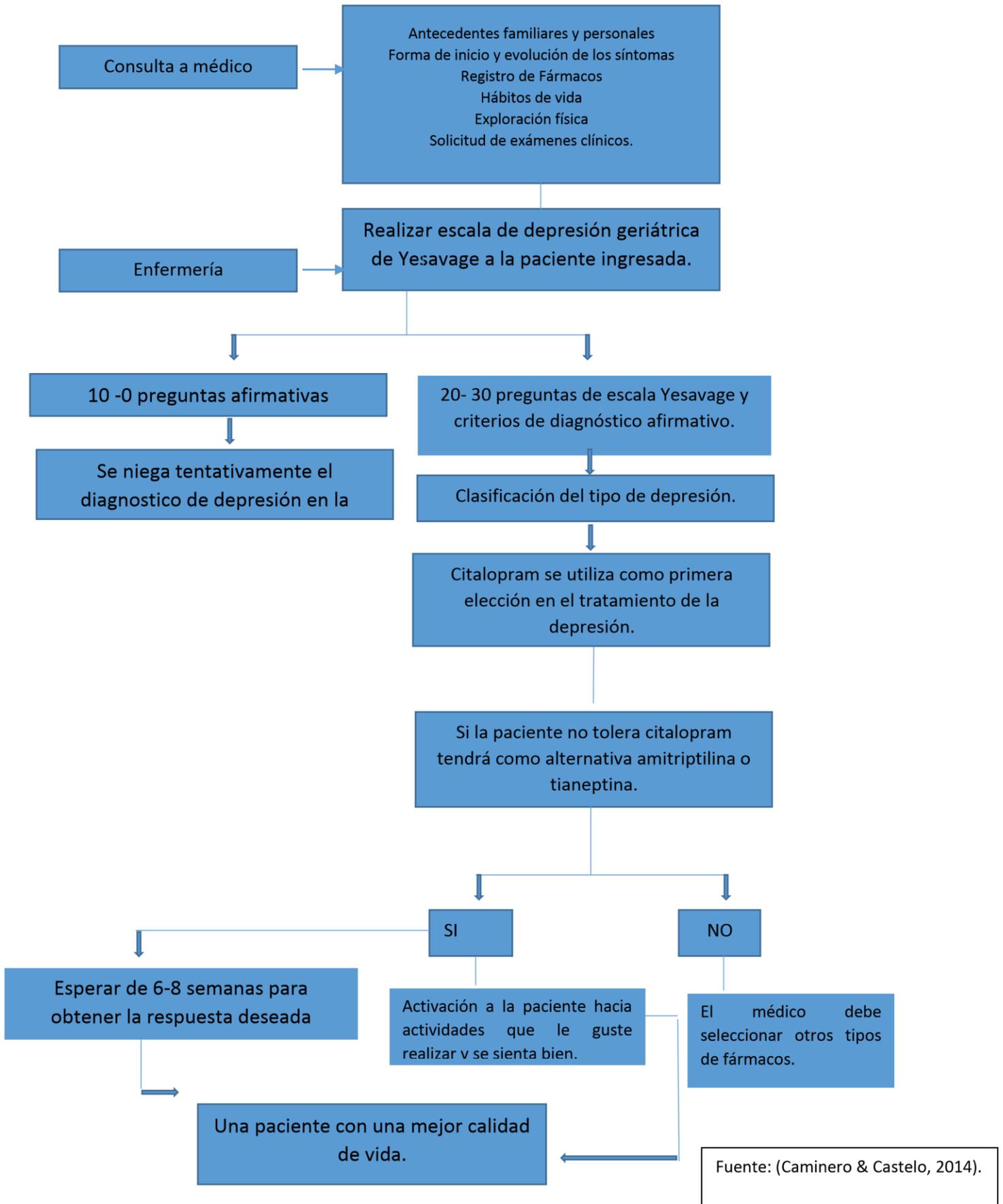
Se recomienda iniciar el tratamiento biológico, valorando primero la tolerancia, para lo cual se sugiere comenzar con la menor dosis posible e ir incrementando de esta manera gradual y progresiva, a intervalos de 2-3 días. Una vez que se ha alcanzado la dosis terapéutica deberá esperarse en ocasiones hasta 6-8 semanas para obtener la respuesta deseada. Sin embargo, a la semana 3-4 suelen existir indicios de respuesta que pueden normar la conducta a seguir.

Tabla No. 5 Medicamentos utilizados para depresión en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

Medicamentos Alzheimer				
Nombre Genérico	Dosis	Reacciones adversas	Indicaciones	Vida Media
Tricíclicos y tetracíclicos <u>Amitriptilina</u>	Oral: inicialmente 6.25 mg, 2 a 3 veces al día, ajustando luego la dosificación. Dosis máxima en pacientes hasta 50 mg/día.	Generan efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación), utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma. -Puede aumentar el QT. Valorar función cardiaca (EKG) alcanzando dosis efectiva. Su sobredosis, puede ser fatal. -Su venta requiere receta médica.	Síndrome depresivo mayor, enfermedad maniaco-depresiva, trastornos depresivos en la psicosis. Estados de ansiedad asociados con depresión.	10 a 50 horas

<p>ISRS (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina)</p> <p><u>Citalopram</u></p>	<p>Oral: 20mg/día hasta un máximo de 40mg/día.</p>	<p>La mayoría inhibe a las isoenzimas p-450. Los de vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta. - Sudoración, boca seca, náuseas, cefalea, alteraciones del sueño,</p>	<p>Tratamiento de la depresión. son mejor tolerados que los tricíclicos y son mejor tolerados. Valorar presencia de insomnio/sedación para determina el</p>	<p>35 horas</p>
		<p>nerviosismo, rash cutáneo, ansiedad</p>	<p>horario de ingesta.</p>	
<p>Moduladores de Serotonina</p> <p><u>Trazodona</u></p>	<p>Oral: 50mg/día</p>	<p>Visión borrosa, constipación, boca seca, hipotensión, hipertensión, confusión, mareos, dolor de cabeza, somnolencia, fatiga, insomnio, nerviosismo, dolores musculoesqueléticos, incoordinación, náuseas, vómitos.</p>	<p>Depresión mayor, que interfiere en la vida diaria e incluye por lo menos 4 de los siguientes síntomas: cambios en el apetito, cambios en el sueño, retardo o agitación psicomotora, pérdida de interés por las actividades diarias</p>	<p>72 horas</p>
<p>Modulador NE-Serotonina Mirtazapina</p>	<p>Oral: 15mg por día, administrados como dosis única, preferentemente por la noche. Las dosis efectivas de mantenimiento oscilan entre 15mg y 45mg por día.</p>	<p>incluyen somnolencia, náuseas, aumento de apetito y de peso corporal, mareo, astenia, síndrome gripal, dolor de espalda, boca seca, constipación, edema, mialgia, sueño alterado, pensamientos anormales, temor, confusión, disnea y cambios en la frecuencia urinaria</p>	<p>Tratamiento de desórdenes depresivos mayores</p>	<p>20 a 40 horas</p>

Fuente: (Ugalde, et al., 2010).

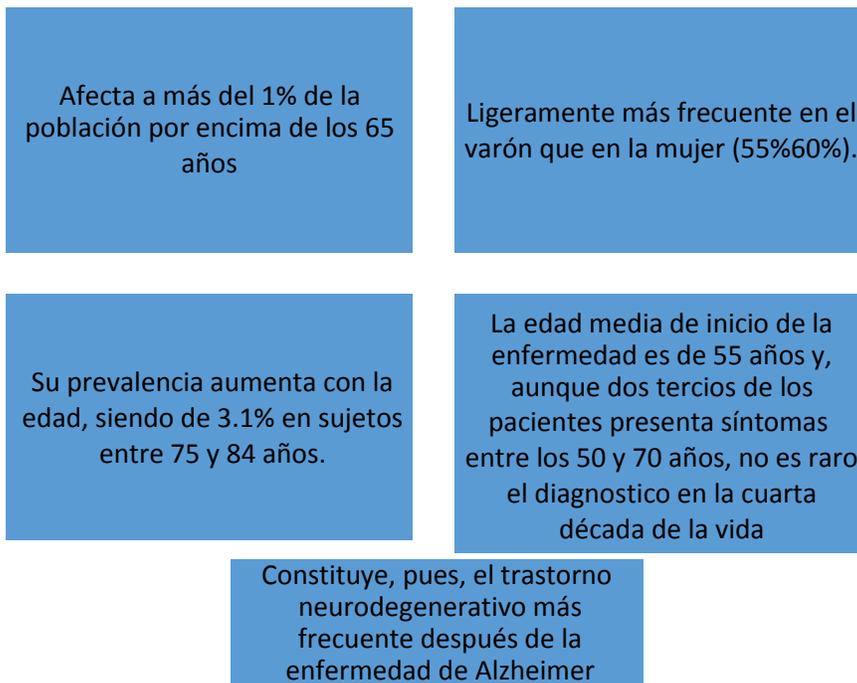


PARKINSON

3.1 DEFINICION

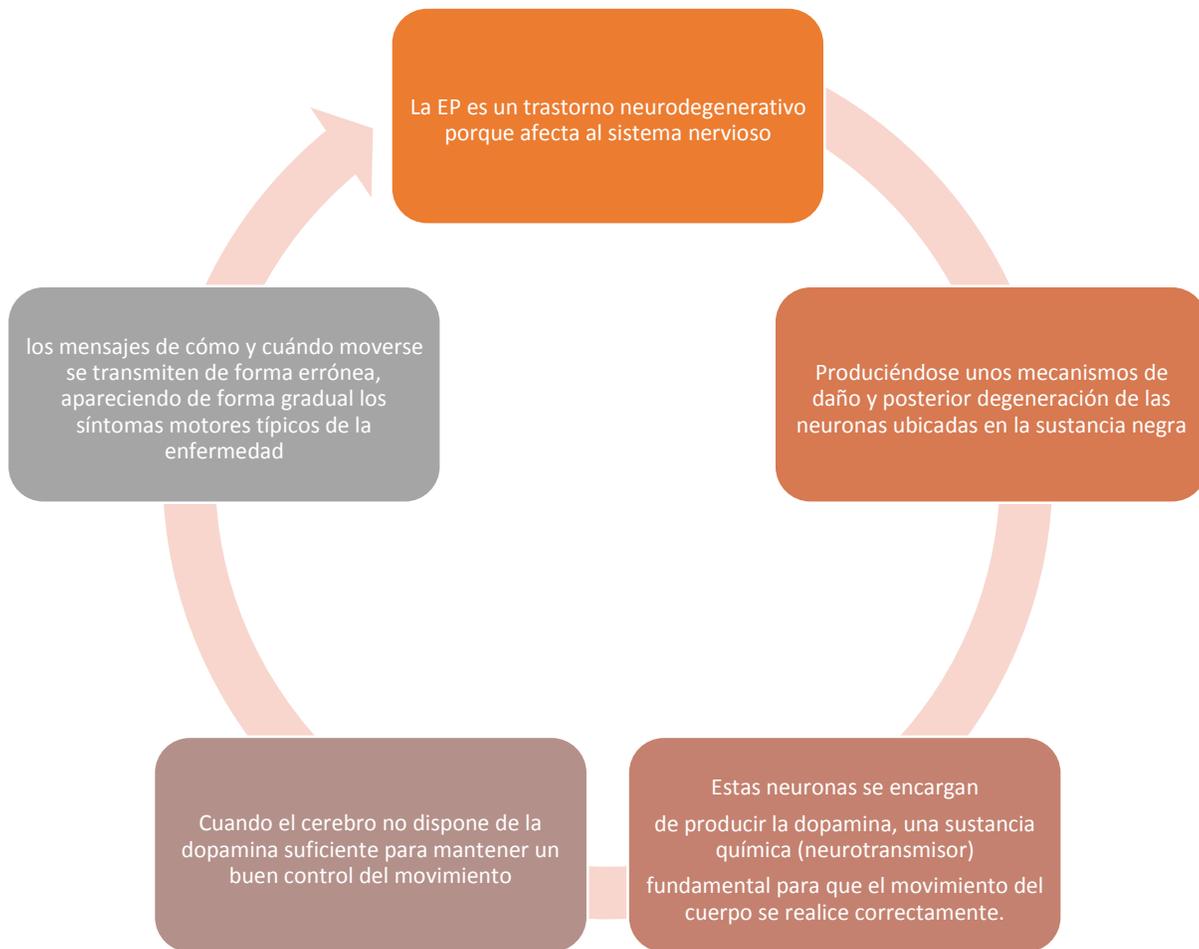
La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno caracterizado por síntomas motores como temblor en reposo, bradicinesia, rigidez y alteraciones en la marcha. También se conocen síntomas no motores, como alteraciones autonómicas, sexuales, del sueño y neuro-psiquiátricas. Estos síntomas son consecuencia de la pérdida de neuronas dopaminérgicas, principalmente de la vía nigro-estriatal (Farreras, P., Rozman, C., 2010).

3.2 EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA



(Farreras, P., Rozman, C., 2010).

3.3 DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD



(Farreras, P., Rozman, C., 2010).

Imagen no. 1 Descripción de la Enfermedad de Parkinson



Fuente: (Farreras, P., Rozman, C., 2010).

3.4 CUADRO CLÍNICO

La Enfermedad de Parkinson se caracteriza por la presencia de síntomas motores y síntomas no motores. No todos los pacientes los desarrollarán todos, ni su evolución tiene que ser igual. Existen 4 síntomas cardinales o típicos que definen la enfermedad. Según los criterios de diagnóstico actuales, para diagnosticar a un paciente de EP éste deberá presentar al menos 3 de los siguientes síntomas:

3.4.1 SINTOMAS MOTORES

SINTOMAS	DESCRIPCIÓN
TEMBLOR	<ul style="list-style-type: none">- Hasta un 70% de los afectados comienzan con temblor como primer síntoma de la enfermedad.- El temblor Parkinsoniano es característicamente un temblor de reposo, es decir, aparece cuando no se realiza ninguna tarea con la parte del cuerpo que tiembla.- Típicamente suele comenzar en las extremidades, afectando a la mano o a un pie, pero también puede afectar a la mandíbula o a la cara (párpados, labios).
BRADICINESIA	<ul style="list-style-type: none">- Cuando hablamos de bradicinesia nos referimos a la lentitud para realizar un movimiento.- Con frecuencia el síntoma más incapacitante de la enfermedad de Parkinson y se manifiesta por la típica facies inexpresiva, con disminución del parpadeo, y por un enlentecimiento general que afecta al habla, la deglución y la masticación y dificulta las actividades de la vida diaria como afeitarse, vestirse, comer y caminar
RIGIDEZ	<ul style="list-style-type: none">- La rigidez constituye un aumento del tono muscular: los músculos están constantemente tensos y no se pueden relajar bien. La rigidez puede provocar:<ul style="list-style-type: none">- Reducción de la amplitud de los movimientos: como el balanceo de los brazos al caminar.- Dificultad para girarse en la cama o incorporarse de una silla.- Dolor y calambres en las extremidades y sensación de tensión en el cuello o la espalda.

	- Disminución de la expresividad facial por la rigidez de la musculatura de la cara, dando lugar a una dificultad para sonreír o a un rostro serio o inexpresivo.
INESTABILIDAD POSTURAL	- La inestabilidad postural (alteración del equilibrio) se ha considerado el cuarto signo típico de la EP. - La inestabilidad postural puede ser uno de los síntomas más incómodos de la enfermedad por el riesgo ya mencionado de caídas y lesiones que puede conllevar en los pacientes.

Fuente: (Farreras, P., Rozman, C., 2010)

3.4.2 SINTOMAS NO MOTORES

Trastornos del sueño

- Son altamente frecuentes en esta enfermedad. Un tercio de los pacientes presentan insomnio. También pueden tener sueños muy vívidos, somnolencia diurna o alteración del ciclo vigilia-sueño.

Pensamiento y memoria

- Lentitud en el pensamiento o cambios en su razonamiento, memoria o concentración, y algunos pacientes con EP desarrollarán deterioro cognitivo.
- El deterioro cognitivo asociado al párkinson es diferente a la enfermedad de Alzheimer, afectando a áreas como las funciones ejecutivas (abstracción, planificación de un objetivo), atención, función visuoespacial (dificultad para medir las distancias) más que a la memoria.

Trastornos neuro-psiquiátricos

- Alteraciones del estado de ánimo como depresión, ansiedad y apatía.
- Alucinaciones e ideas delirantes, como alucinaciones visuales y delirio de celos o de perjuicio.
- Trastornos del control de impulsos: hipersexualidad, ludopatía, compras compulsivas, atracones, etc.

Otros

- Estreñimiento, aumento de sudoración, hipotensión ortostática (sensación de mareo o incluso desvanecimiento con los cambios posturales), disfunción sexual, síntomas urinarios.
- Pérdida de la capacidad del olfato, dermatitis seborreica, alteraciones visuales, fatiga o cansancio, dolor y trastornos sensitivos no explicados por otros motivos.

(Farreras, P., Rozman, C., 2010).

Tabla no. 6 Problemas en la Enfermedad de Parkinson en Fases Avanzadas

Problema	Síntomas
<i>Síntomas tardíos resistentes a tratamiento</i>	
Motores	<ul style="list-style-type: none"> - Disartria - Disfagia - Congelación de la marcha (congelación en período on) - Inestabilidad postural con caídas
No motores*	<ul style="list-style-type: none"> - Disautonomía, pérdida de peso - Síntomas sensitivos, incluido dolor (algunos pueden responder a levodopa) - Cambios en el humor o en el comportamiento (depresión, ansiedad), trastornos del sueño (excesiva somnolencia diurna producida o agravada a menudo por medicación dopaminérgica) - Fatiga - Disfunción cognitiva y demencia
<i>Relacionados con el Tratamiento y la Enfermedad</i>	
Fluctuaciones motoras	<ul style="list-style-type: none"> - Efecto de fin de dosis del fármaco (predecible o deterioro en fin de dosis, acinesia matutina), aumento de la latencia para el beneficio, fracasos de dosis
Discinesias (movimientos anormales involuntarios)	<ul style="list-style-type: none"> - Discinesias de pico de dosis: corea, atetosis y, con menor frecuencia, distonía más prolongada, típicamente peor en el lado afectado inicialmente
Trastornos psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Sueños muy vividos y pesadillas - Trastornos del comportamiento asociado al sueño de movimientos oculares rápidos - Alucinaciones visuales con un sensorio normal - Alucinaciones con confusión - Manía, hipersexualidad, problemas de ludopatía, adicción a los fármacos dopaminérgicos - Psicosis paranoide

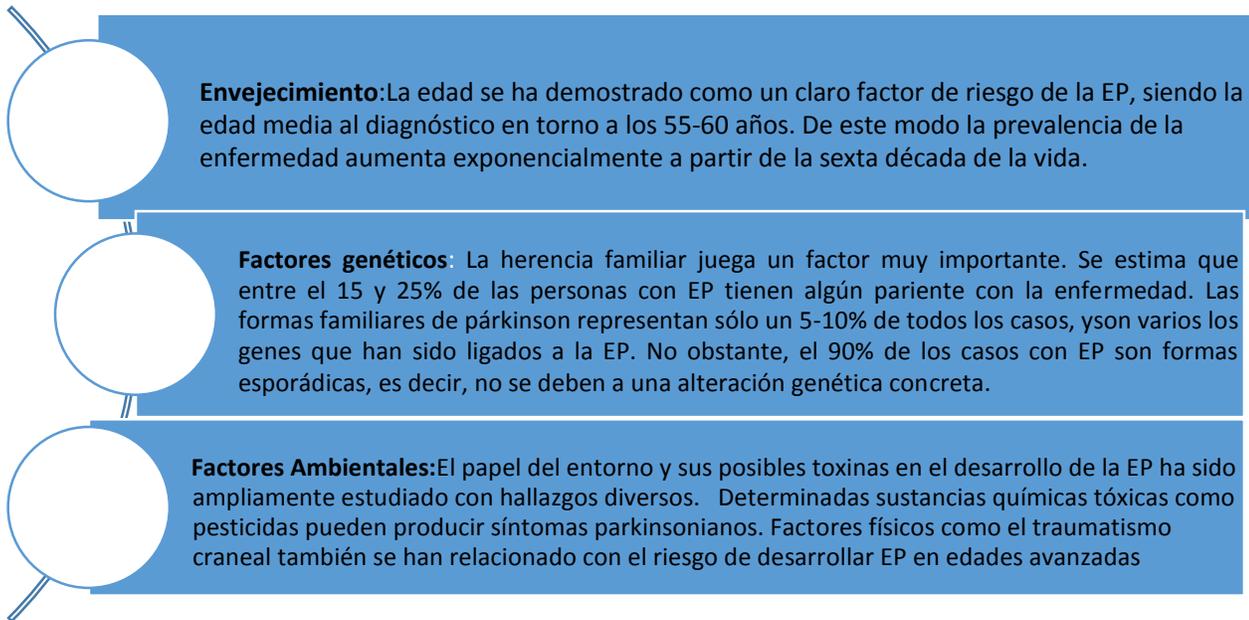
Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009).

3.5 CAUSAS Y DIAGNÓSTICO

3.5.1 CAUSAS

A día de hoy se sigue sin conocer la causa que produce la pérdida neuronal en la EP. Se cree que la causa de la enfermedad se debe a una combinación de factores genéticos y medioambientales que pueden variar de una persona a otra Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009)

Los principales factores implicados en el desarrollo de la enfermedad son:

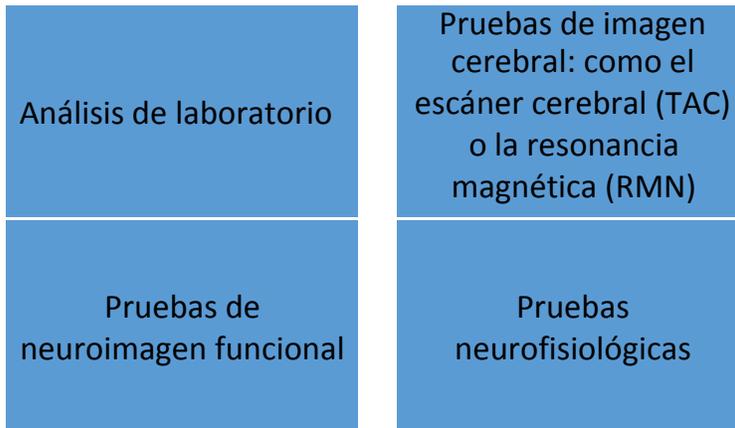


Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009)

3.5.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de Parkinson sigue siendo a día de hoy un diagnóstico clínico, es decir, se realiza en base a la historia clínica y exploración física y neurológica del paciente, la presencia de determinados síntomas (previamente revisados), y la ausencia de otros. El neurólogo se puede apoyar en pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009).

Esas pruebas pueden ser:



Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009)

- Pruebas de imagen cerebral: como el escáner cerebral (TAC) o la resonancia magnética (RMN). Estas pruebas no son específicas en el diagnóstico de Parkinson, pero nos ayudan a excluir otras enfermedades que pueden provocar síntomas parecidos al párkinson, como la hidrocefalia normotensiva, tumores o lesiones vasculares (Fauci & Braunwald, 2009).
- Pruebas de neuro-imagen funcional: la tomografía por emisión de positrones (SPECT con determinados trazadores) puede ayudar a confirmar el diagnóstico de EP y diferenciarlo de otras entidades como el temblor esencial o el parkinsonismo inducido por fármacos, vascular o psicógeno (Fauci & Braunwald, 2009).
- Pruebas neurofisiológicas: en ocasiones se puede recurrir a un estudio de electromiografía para determinar con exactitud el tipo de temblor.

Es importante distinguir la Enfermedad de Parkinson de otras enfermedades o síndromes que pueden tener síntomas parecidos, ya que la respuesta al tratamiento y la evolución pueden ser diferentes. Hablamos de parkinsonismos tales como la parálisis supranuclear progresiva, atrofia multisistémica o enfermedad por cuerpos de Lewy difusos. También hay otros parkinsonismos no degenerativos, como el parkinsonismo farmacológico y el parkinsonismo vascular. El diagnóstico de la EP será apoyado por la buena respuesta del paciente a la medicación antiparkinsoniana y por la evolución esperable del cuadro clínico a lo largo de los años. Por tanto, el diagnóstico realizado se reevaluará periódicamente por el neurólogo. Es conveniente que a los

primeros síntomas o signos del párkinson se acuda al médico para realizar un diagnóstico adecuado e iniciar el tratamiento (De la Casa, 2014).

3.6 ABORDAJE CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

El diagnóstico de la EP es clínico, y para que se den las manifestaciones clínicas típicas de la enfermedad se ha tenido que producir una pérdida de dopamina en el cerebro por encima del 70%. Hasta llegar a ese nivel de pérdida de dopamina puede haber manifestaciones sutiles de la enfermedad, lo que se conoce como periodo premotor.

El comienzo asimétrico de la enfermedad es muy característico y se mantendrá a lo largo de la evolución de la enfermedad, permaneciendo el lado de comienzo más afectado (Fauci & Braunwald, 2009).

3.7 Algoritmo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson

Tabla 1	Tabla 2	Tabla 3	Tabla 4
- Procesos clínicos agudos:	- Trastornos motores con criterio de derivación a neurología:	- Trastornos no motores Neuropsiquiátricos con criterio de derivación a neurología:	- Criterios de derivación a la unidad de cuidados paliativos:
Síndrome confusional agudo	Empeoramiento de Parkinson	Depresión	Intolerancia o no respuesta a la medicación
Deshidratación	Efectos adversos de la medicación	Deficiencia cognitiva	Mal control del dolor secundario, rigidez, contracturas o discinesias
Traumatismo por caídas	Mala respuesta al tratamiento	Demencia y Psicosis	Episodios frecuentes de aspiración, disfagia grave.
Incontinencia urinaria	Deterioro de la discapacidad	Alteración del sueño	
Hipotensión ortostática	Alteración del equilibrio y marcha.	Trastorno control de impulsos	
		Trastornos urológicos, sexuales, metabólicos y endocrinos digestivos.	

Fuente: Protocolo de Manejo y derivación de pacientes con Enfermedad de Parkinson. (2012) Recuperado de:

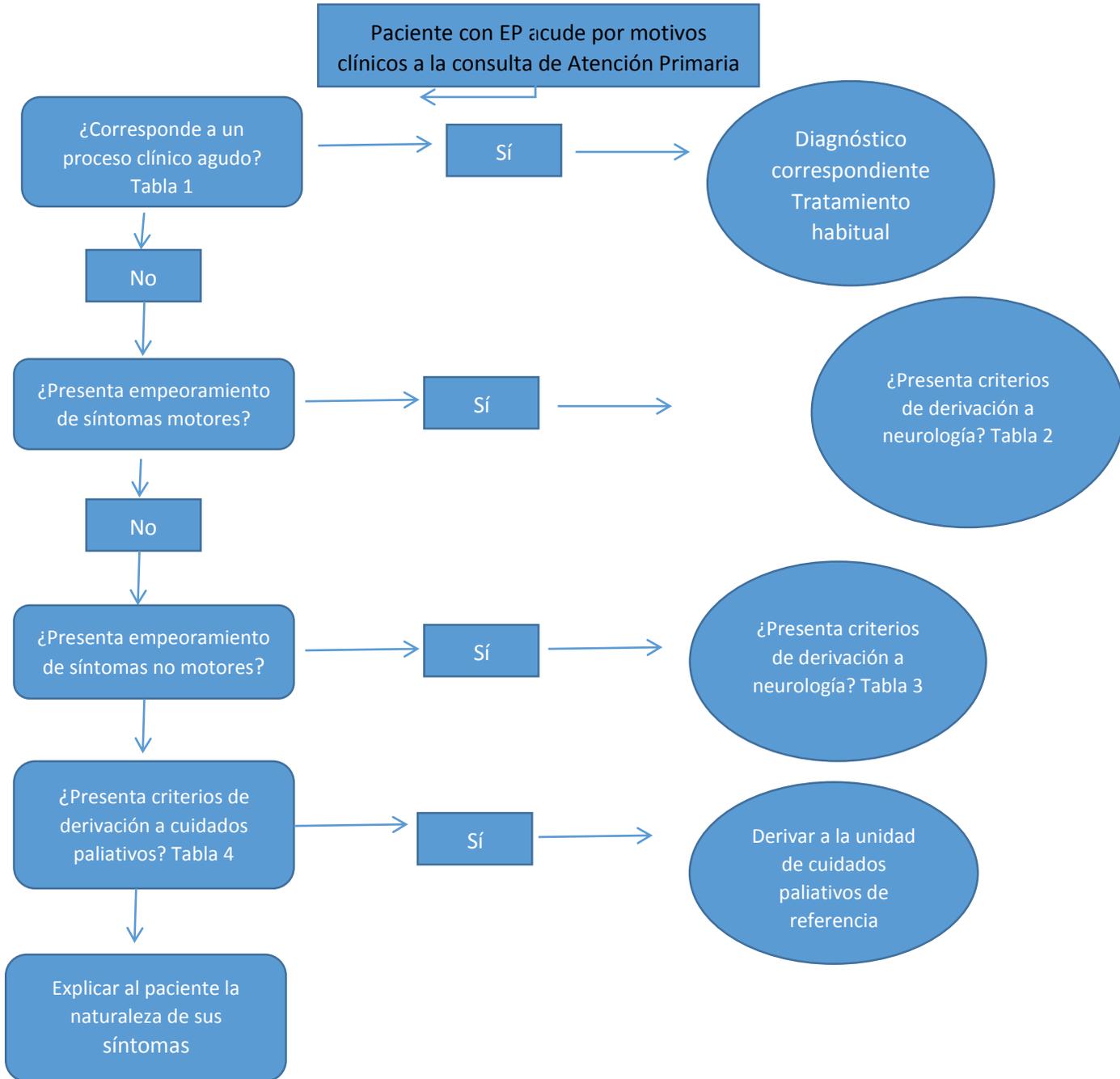


Figura no. 1 Protocolos de Manejo y derivación de pacientes con Enfermedad de Parkinson

(Fauci & Braunwald, 2009).

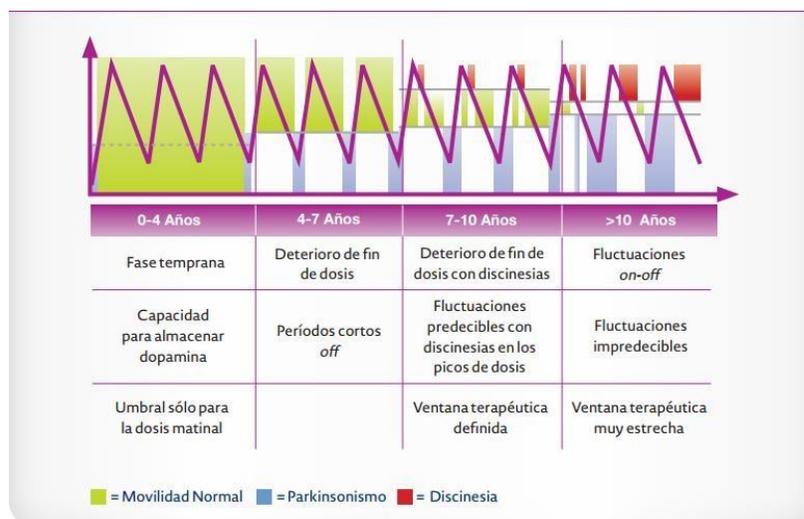
3.8 ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

3.8.1 Tratamiento

A medida que avanza la enfermedad, los síntomas de la EP pueden hacerse más acusados e interferir más en el día a día del paciente. Puede haber mayor inexpresividad facial, con escasez de parpadeo, disminución del volumen de voz y dificultad para hacerse entender, así como problemas de deglución. El equilibrio se ve alterado y hay mayor riesgo de caídas. Los síntomas no motores como problemas de memoria, alucinaciones, hipotensión ortostática o síntomas urinarios se hacen más presentes en esta fase de la enfermedad.

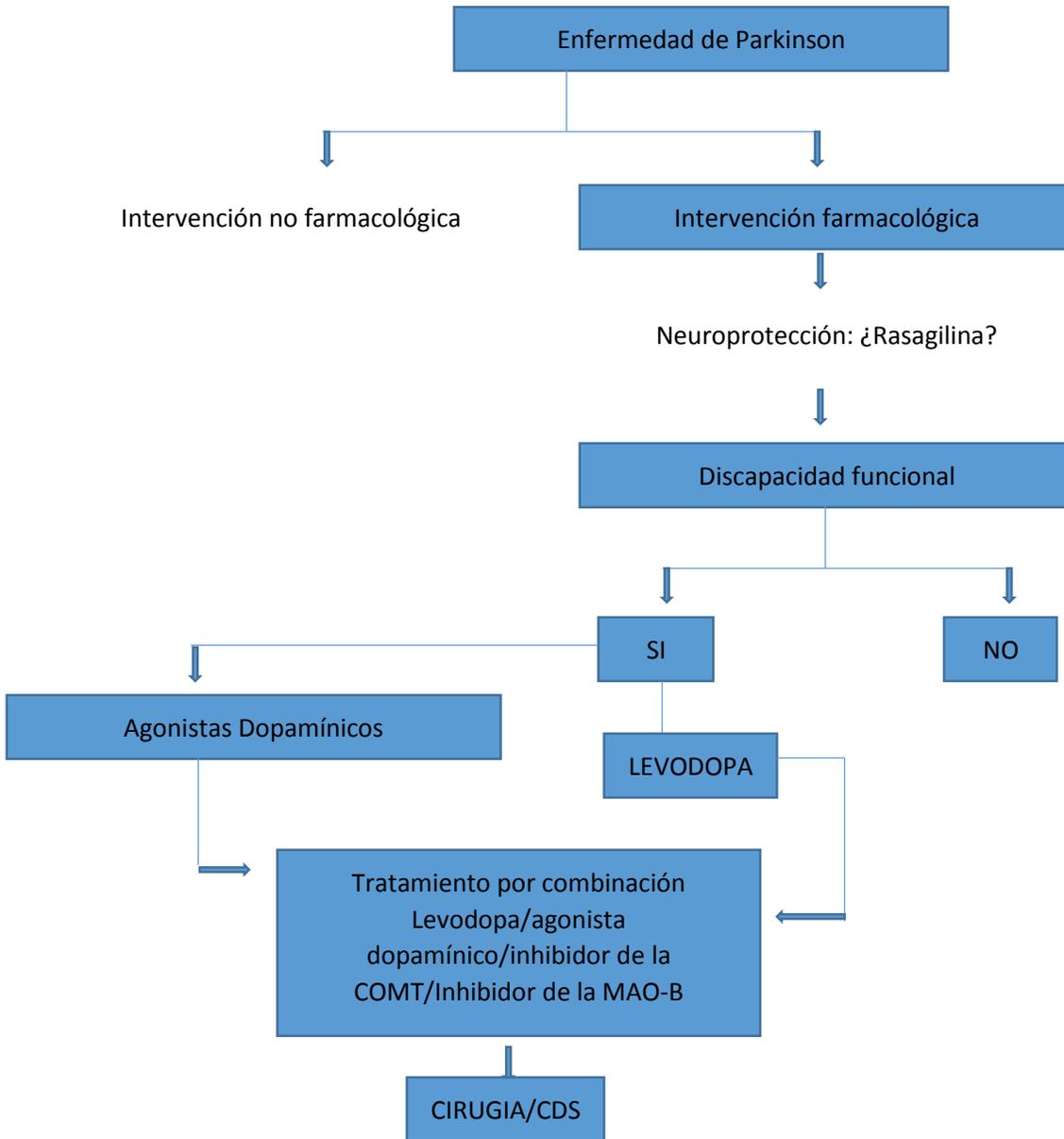
Además, tras varios años de tratamiento con levodopa (generalmente entre 5 y 10 años) la respuesta al tratamiento deja de ser uniforme, apareciendo lo que conocemos como fluctuaciones motoras o periodos “onoff”, deterioro de fin de dosis y discinesias (Fauci & Braunwald, 2009).

FIGURA No.2 Progresión de la Enfermedad de Parkinson



Fuente: (Farreras, P., Rozman, C., 2010).

3.8.2. Algoritmo de Tratamiento



Los puntos de decisión incluyen:

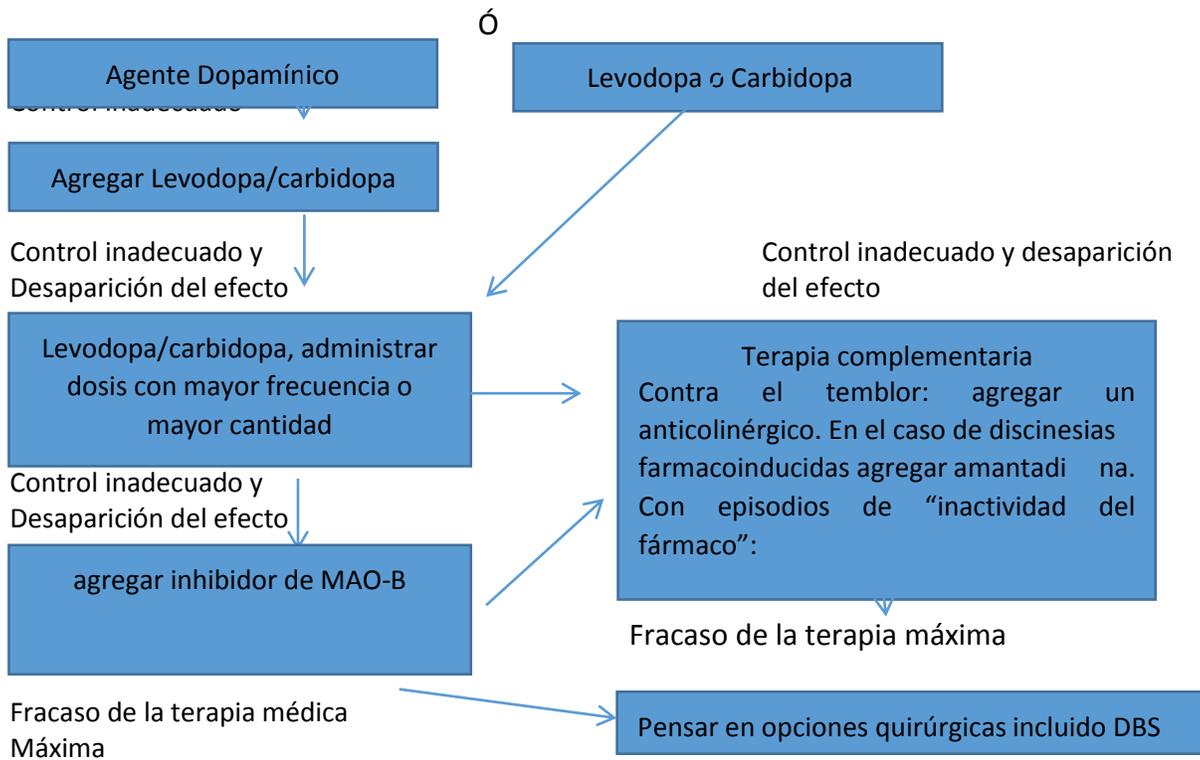
- a) Introducción de terapéutica neuroprotectora: hasta la fecha no se ha probado que algún fármaco tenga características neuroprotectoras o de modificación de la enfermedad, ni su uso se ha aprobado, pero algunos agentes tienen tal capacidad con base en los datos de laboratorio y de estudios clínicos preliminares (p. ej., la administración de 1mg de selegilina/día; de 1200 mg de coenzima Q10/día (Goldman & Ausiello, 2009).

- b) Fecha para emprender el tratamiento sintomático. Ha surgido una tendencia a comenzar el tratamiento para la fecha del diagnóstico o en los comienzos de la evolución de la enfermedad, porque los pacientes pueden tener una discapacidad moderada incluso en las fases incipientes y existe la posibilidad de que el tratamiento temprano pudiera conservar los mecanismos compensadores benéficos; sin embargo, algunos expertos recomiendan esperar hasta que surja la discapacidad funcional, antes de emprender el tratamiento (Goldman & Ausiello, 2009).
- c) Selección del tratamiento inicial: muchos expertos se inclinan por comenzar con un inhibidor de MAO-B en sujetos con afectación leve, por la posibilidad de que tenga un efecto modificador de la enfermedad; los agonistas dopaminérgicos en sujetos más jóvenes con discapacidad funcional importante aminoran el riesgo de complicaciones motoras y el uso de levodopa para sujetos con enfermedad más avanzada, ancianos o los que tienen deficiencias cognitivas (Goldman & Ausiello, 2009).
- d) Tratamiento de las complicaciones motoras: en el caso de surgir tales complicaciones, típicamente se comienza el tratamiento a base de combinaciones en un intento de disminuir la discinesia y mejorar el lapso en que actúa la levodopa. Si con los tratamientos médicos no se logra control satisfactorio, cabe pensar en métodos quirúrgicos (Goldman & Ausiello, 2009).

3.7.2 Inicio del tratamiento.

Desde un punto de vista práctico, se iniciará el tratamiento dopaminomimético tan pronto como los síntomas del paciente comiencen a interferir en su calidad de vida. El fármaco ideal para el inicio del tratamiento sintomático depende de la edad y el estado cognitivo del enfermo y en menor grado, de su tipo clínico y estado económico. Los fármacos que se pueden utilizar son un agonista dopaminérgico, una preparación de levodopa u otros inhibidores de MAO-B. Estudios comparativos confirman la opinión de que en los comienzos de la PD, el paciente tolera adecuadamente el uso de un solo fármaco, que puede ser cualquiera de los agonistas dopamínicos y con él mejoran notablemente su función motora y sus discapacidades. Con este criterio, los pacientes presentan un riesgo de discinesias de casi el 50% y un riesgo de fluctuaciones motoras menor de 25%, en comparación con quienes reciben levodopa. La diferencia subsiste el tiempo que la persona recibe un solo fármaco. Una vez que se agrega otro preparado de levodopa comienzan a surgir discinesias y fluctuaciones motoras y ello sugiere que los agonistas dopamínicos retrasan el inicio de los problemas pero no los evitan. De hecho, 66% de los individuos que reciben un agonista como fármaco único necesitan levodopa a los cinco años de evolución para conservar su función motora (Goldman & Ausiello, 2009).

Esquema no.1 Estrategias terapéuticas para la Enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico



Fuente: (Farreras & Rozman, 2010)

Tabla No. 7
 Problemas en la
 Enfermedad de
 Parkinson en
 Fases
 Avanzadas.

Medicamentos Parkinson				
Nombre Genérico	Dosis	Reacciones adversas	Indicaciones	Vida Media
Inhibidor periférico de la dopadescarboxilasa <u>Carbidopa/Levodopa</u>	Oral: Inicial 6.25mg de carbidopa y 62mg de levodopa tres veces por día; aumentar la dosificación diaria en forma gradual con intervalos de 1 a 2	No utilizar este medicamento si padece: - glaucoma de ángulo cerrado. - No lo use si usted ha usado un	Parkinsonismo idiopático, posencefálico o sintomático. Esta asociación permite conseguir alivio sintomático con una menor	1 a 3 horas.

*

	días. Los pacientes de edad avanzada y posencefálicos pueden ser más sensibles a los efectos de la dosis usual para adultos.	inhibidor de MAO en los últimos 14 días. - enfermedad del corazón, HTA, enfermedad del hígado o riñón; un trastorno endocrino (hormonal); asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC o COPD), u otro problema de la respiración; úlcera del estómago o del intestino.	dosificación de levodopa que con levodopa sola.	
--	--	--	---	--

<p>Inhibidores de MAO-B</p> <p><u>Selegilina</u></p>	<p>Oral: En pacientes que reciben levodopa/carbidopa se administran 1.25 mg/día divididos en dos tomas (una en el desayuno y otra en el almuerzo) hasta un máximo 5mg/día. Luego de 3 días de tratamiento puede intentarse una reducción de la dosis de levodopa/carbidopa (se ha logrado una reducción de 10% a 30%); luego el tratamiento prolongado puede permitir nuevas reducciones.</p>	<p>Puede retrasar la necesidad del tratamiento con levodopa hasta por un año o más. - Cuando se administra selegilina con levodopa, ésta parece aumentar y prolongar la respuesta a la levodopa, reduciendo así el efecto de disipación. -Puede causar náuseas, hipotensión ortostática o insomnio. No debe tomarse con el antidepresivo fluoxetina o el sedante mepiridina, ya que combinar estos medicamentos con la selegilina puede ser perjudicial.</p>	<p>Enfermedad de Parkinson, como coadyuvante de levodopa/carbidopa, en pacientes con poca respuesta a esta asociación. Se la ha usado sola o como coadyuvante en el tratamiento de la demencia de tipo Alzheimer y en la depresión endógena.</p>	
<p>Antiepiléptico</p> <p>Valproato de Magnesio</p>	<p>Oral: La dosis usual para adultos es de 2mg , la dosis se aumenta cada semana según tolerancia, hasta un máximo de 4mg/día.</p>	<p>Las más frecuentes son alteraciones gastrointestinales (anorexia, náusea y vómitos) además de sedación, ataxia, temblores, erupciones cutáneas, alopecia, aumento</p>	<p>Epilepsia (crisis de ausencia, pequeño mal). Como coadyuvante en el tratamiento de las crisis mixtas de epilepsia.</p>	<p>8 a 15 horas</p>
		<p>del apetito e incremento de las enzimas hepáticas.</p>		

El tratamiento debe adaptarse a cada paciente. En términos generales, la administración de los fármacos se comenzará con dosis pequeñas que se ajustarán hasta llegar a la dosis óptima.

NOTA: Es importante no interrumpir en forma repentina el uso de los fármacos, sino que se disminuirá poco a poco su dosis o se eliminará según convenga. Abreviaturas: MAO-B, monoaminoxidasa de tipo B. Fuente: (Longo, D. Fauci, L. 2010).

3.7.3 Tratamiento de Síntomas No Motores

Los pacientes con despertares nocturnos frecuentes a consecuencia de acinesia nocturna o de los temblores se pueden tratar con dosis suplementarias de carbidopa/levodopa por las noches. Una dosis de agonistas de dopamina al acostarse mejora los síntomas de movilidad continua de las piernas y la sensación de urgencia urinaria. El tratamiento de otros síntomas vesicales mejora el sueño en muchos pacientes de edad avanzada. La depresión típicamente responde a los antidepresivos (p. ej., tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)). Como ya se dijo, la combinación de SSRI y selegilina conlleva un riesgo excesivamente bajo de un síndrome hiperserotonérgico (delirio con mioclono e hiperpirexia)(Farreras & Rozman, 2010).

3.7.4 Tratamiento Neuroprotector

El reducir el avance de la enfermedad de Parkinson por medio del tratamiento Neuroprotector o restaurador es un foco importante de investigación. Los estudios epidemiológicos sugieren que el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos o la reposición de estrógenos en mujeres posmenopáusicas retarda o previene el inicio de la enfermedad de Parkinson por un mecanismo que todavía no se ha esclarecido. En forma semejante, en grandes poblaciones el consumo a largo plazo de nicotina y cafeína se han vinculado con un mayor riesgo de aparición de enfermedad de Parkinson. Desde el punto de vista farmacológico, las estrategias actuales implican interrumpir la secuencia de eventos bioquímicos que lleva a la muerte de las células dopaminérgicas (Farreras & Rozman, 2010).

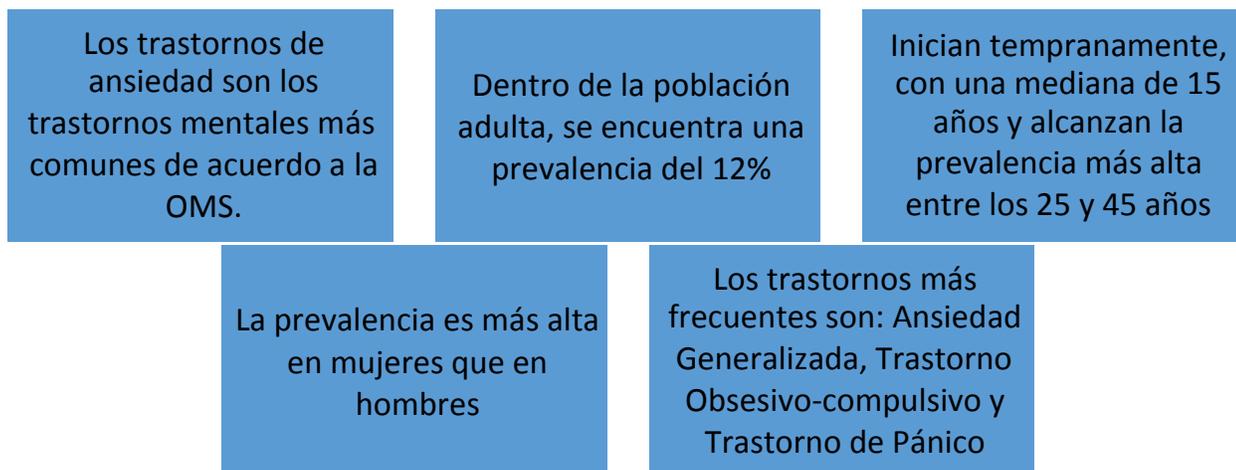
ANSIEDAD

4.1 DEFINICIÓN

Los trastornos de ansiedad son diversos cuadros psicopatológicos, cuya principal característica es la presencia de molestias relacionadas y/o similares al miedo, tales como: intranquilidad, desesperación, temor, preocupaciones excesivas y ansiedad; o una combinación entre ellos. La ansiedad es una emoción que todos los seres humanos experimentan a lo largo de su vida y que se caracterizan por sintomatología psicológica, fisiológica y conductual. En el capítulo psicológico destaca una sensación desagradable de aprensión o temor difuso que puede abarcar desde la simple inquietud hasta el pánico. Fisiológicamente, la ansiedad produce cambios – muy intensos en sus formas graves- debidos inicialmente a un estado de activación del organismo que se caracteriza por un aumento del nivel de alerta general. Desde el punto de vista conductual, la ansiedad afecta sensiblemente el rendimiento o funcionamiento del individuo. Un grado moderado de ansiedad suele ser beneficioso porque facilita el esfuerzo necesario para iniciar o completar una tarea (p.ej., la ansiedad ante un examen promueve el estudio). Sin embargo, cuando supera un cierto límite, la ansiedad desorganiza el organismo hasta bloquear el rendimiento (Dardón & Zuchini, 2009).

4.2 EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGÍA

En base a información presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos de ansiedad son muy frecuentes, suelen iniciar en la adolescencia y tienen su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y efectiva. Las personas que padecen estos trastornos frecuentemente tardan mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada, lo que favorece la cronificación y predispone a la discapacidad asociada a los mismos (Dardón & Zuchini, 2009).



Fuente: (Dardón & Zuchini, 2009)

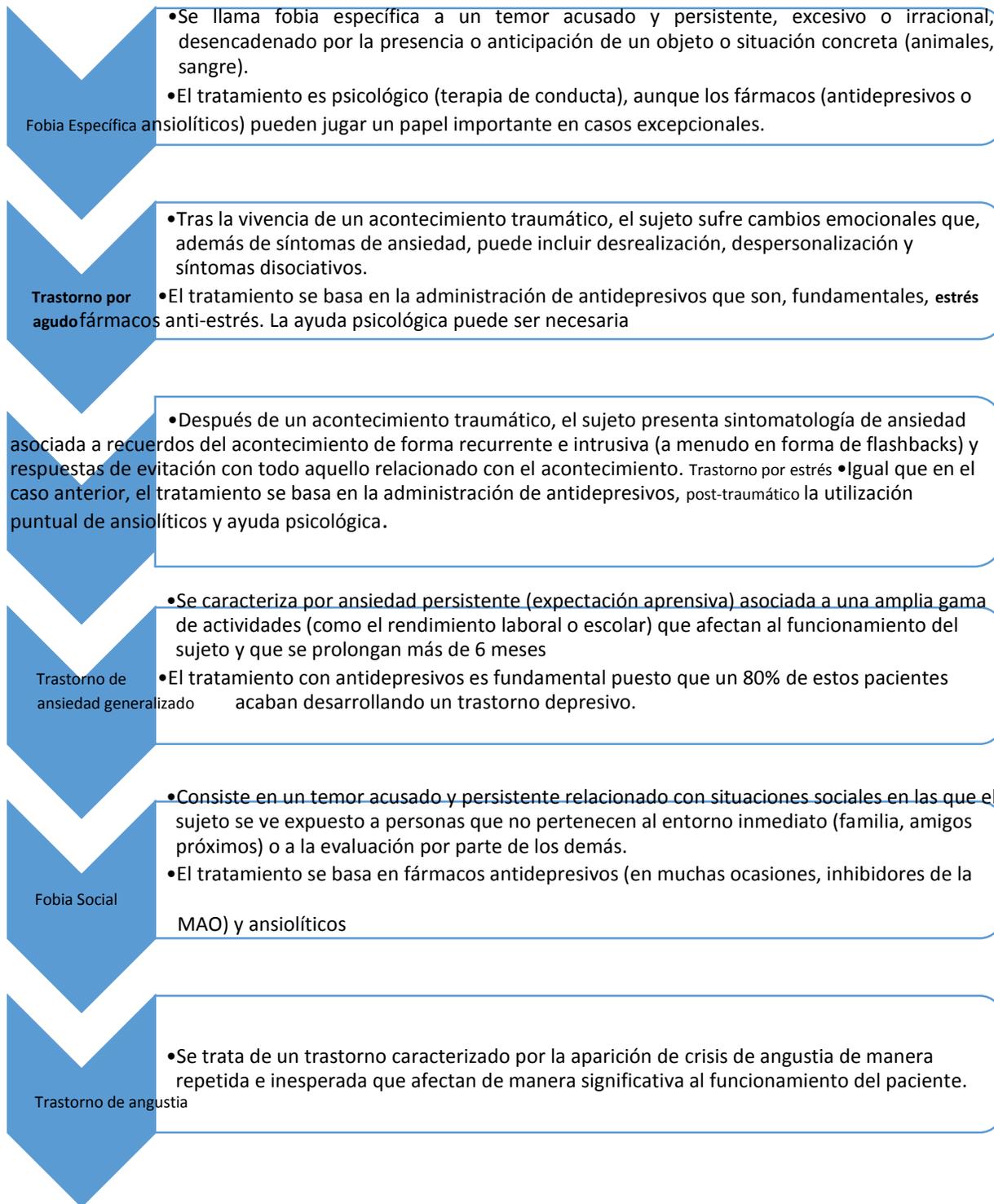
4.3 CUADRO CLÍNICO

SÍNTOMAS FÍSICOS	SINTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual C	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Fuente: (Farreras, P., Rozman, C., 2010)

4.4 TIPOS DE ANSIEDAD

En las últimas décadas, se ha realizado un esfuerzo para clasificar las enfermedades psiquiátricas (DSM-IV-R), lo cual ha permitido ordenar y definir mejor los trastornos de ansiedad (Farreras y Rozman, 2010). Esta clasificación permite describir los distintos cuadros ansiosos de manera operativa y establecer criterios diagnósticos para cada uno de ellos. A continuación se definen diagnósticos para cada uno de ellos. A continuación se definen los distintos trastornos de ansiedad y se describen con más detalle el trastorno de angustia, por su elevada frecuencia, y el trastorno obsesivo-compulsivo, por su especial gravedad.



Fuente: (Farreras y Rozman, 2010).

4.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TIPOS DE ANSIEDAD

4.5.1 Trastorno por estrés post-traumático

Tabla No. 8 Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático.

A. La persona ha vivido un acontecimiento traumático en el que se dieron al menos dos de las circunstancias siguientes:
1. La persona vivió, contempló o se enfrentó a uno o más acontecimientos que implicaron una amenaza real o probable para la propia vida o la integridad física propia o de otros.
2. La respuesta de la persona consistió en temor intenso, desamparo u horror.
B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente de una o más de las formas siguientes:
1. Recuerdos recurrentes y que no vienen al caso (impertinentes) del acontecimiento, incluidas imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños angustiosos recurrentes sobre el acontecimiento.
3. Conductas o sentimientos que aparecen como si el acontecimiento traumático estuviera teniendo lugar de nuevo (incluye sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios de recuerdo disociativo, comprendidos los que ocurren al despertar o en estado de intoxicación).
4. Malestar psicológico intenso ante la posibilidad de exposición a claves interiores o exteriores que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
5. Reactividad fisiológica ante la exposición a claves interiores o exteriores que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
C. Evitación persistente de los estímulos asociados al acontecimiento traumático y embotamiento de la capacidad general de respuesta (no existente antes del acontecimiento traumático), puesta de manifestó por tres o más de los siguientes:

1. Esfuerzos para evitar los pensamientos, sensaciones o conversaciones asociados al acontecimiento traumático.
2. Esfuerzos para evitar las actividades, lugares o personas que hacen recordar el acontecimiento traumático.
3. Incapacidad de recordar algún aspecto importante del acontecimiento traumático.
4. Disminución marcada del interés en las actividades significativas.
5. Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás.
6. Restricción del afecto (p. ej., incapacidad de amar).
7. Sensación de acortamiento del futuro (p. ej., no espera realizar una carrera, casarse, tener hijos o llegar a la vejez).
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del acontecimiento traumático), indicados por dos (o más) de los siguientes:
1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o explosiones de ira.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuesta de sobresalto exagerada.
E. Duración de la alteración (síntomas de los criterios B, C y D) superior a un mes.
F. La alteración produce sufrimiento clínico significativo o deteriora el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de la relación

Fuente: (Farreras y Rozman, 2010).

4.5.2 Ansiedad Generalizada

Tabla no. 7 Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que ocurren la mayor parte de los días durante un período de al menos 6 meses, en relación con ciertas actividades o acontecimientos (como el rendimiento laboral o escolar).
B. El paciente encuentra difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y algunos de estos síntomas se hallan presentes la mayor parte de los días durante un período de 6 meses): 1) Inquietud o sensación de estar atrapado o al límite; 2) fatigabilidad excesiva; 3) dificultad para concentrarse o bien la mente se queda en blanco; 4) Irritabilidad; 5) tensión muscular; 6) alteraciones del sueño (dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, sueño inquieto no reparador).

D. El foco de ansiedad y preocupación no se limita a las características de un trastorno del eje I; por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no se refieren a sufrir una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), a sentirse avergonzado en público (como en la fobia social), al contagio (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), a estar lejos del hogar o de la familia (como en el trastorno de ansiedad por separación), a engordar (como en la anorexia nerviosa), a tener múltiples problemas físicos (como en el trastorno de somatización) o a sufrir una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no ocurren exclusivamente durante un trastorno de estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar físico importante o deterioran el desempeño social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directa de una sustancia (p. ej., toxicomanía, tratamiento medicamentoso) ni a una enfermedad orgánica generalizada (p. ej., hipertiroidismo) ni se produce exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Fuente: (American Psychiatric Association, 2009)

4.5.3 Trastornos de Angustia

Tabla no. 5 Criterios diagnósticos de la crisis de Angustia

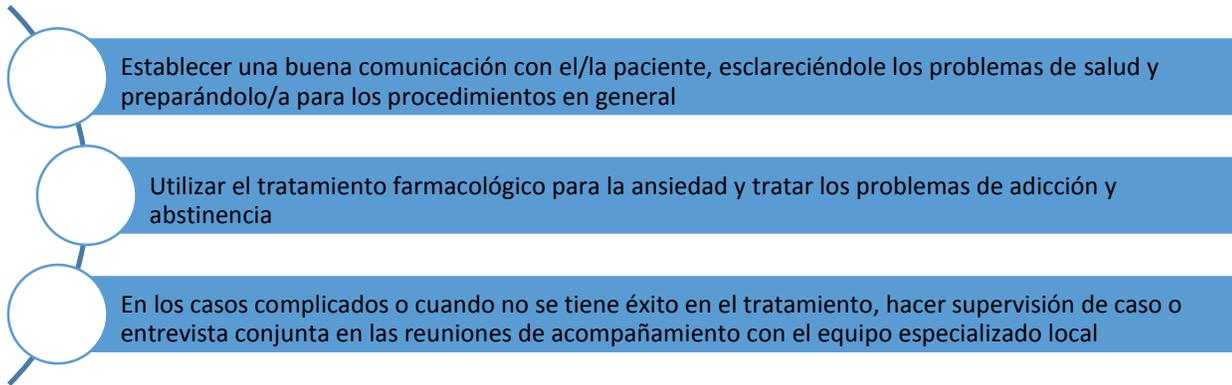
Período bien delimitado de miedo intenso o malestar, durante el cual al menos cuatro de los síntomas siguientes aparecieron bruscamente y alcanzaron su punto crítico en un plazo de 10 min:
1. Palpitaciones, taquicardia o sensación de que el corazón se sale del pecho
2. Sudación
3. Temblor o sacudidas
4. Sensación de ahogo o de asfixia
5. Sofocación
6. Dolor o malestar tóracico
7. Náusea o malestar abdominal
8. Sensación de mareo, inestabilidad, vértigo o pérdida de la conciencia
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (cosquilleo, entumecimiento)
13. Escalofríos o bochornos

Fuente: (American Psychiatric Association, 2009).

4.6 MANEJO CLÍNICO

4.6.1 Procedimiento del médico de familia en el manejo de la ansiedad

Los familiares y amigos de las personas que sufren problemas de ansiedad se encuentran ante una situación que, en muchas ocasiones, no saben cómo manejar. Esto puede conducirles a sentirse confundidos y frustrados. Conviene saber cómo actuar para prestar la ayuda adecuada y evitar actitudes o intentos de solución fallidos que contribuyen a intensificar y perpetuar el problema.



Fuente: (Farreras & Rozman, 2010).

4.6.2 Abordaje psicoterapéutico en la ansiedad

El médico/a y su equipo pueden desarrollar dos estrategias en atención primaria para el manejo psicoterapéutico de la ansiedad, los grupos de apoyo y la técnica de resolución de problemas:

- Los grupos de apoyo pueden utilizar los servicios como espacio de catarsis, de elaboración, por medio de la identificación, del fortalecimiento, por la organización de un “ego grupal” que empodera a sus participantes.
- La técnica de resolución de problemas que hace de la consulta un espacio en el cual el paciente refleja los problemas por los que está atravesando. Permite, en ese sentido, que diferentes alternativas de solución sean traídas por los usuarios, funcionando como un apoyo para el enfrentamiento de problemas y fortalecimiento de la autonomía del paciente. El médico puede estimular al paciente a pensar en una lista de problemas, posibles soluciones, actividades que dan placer, etc.

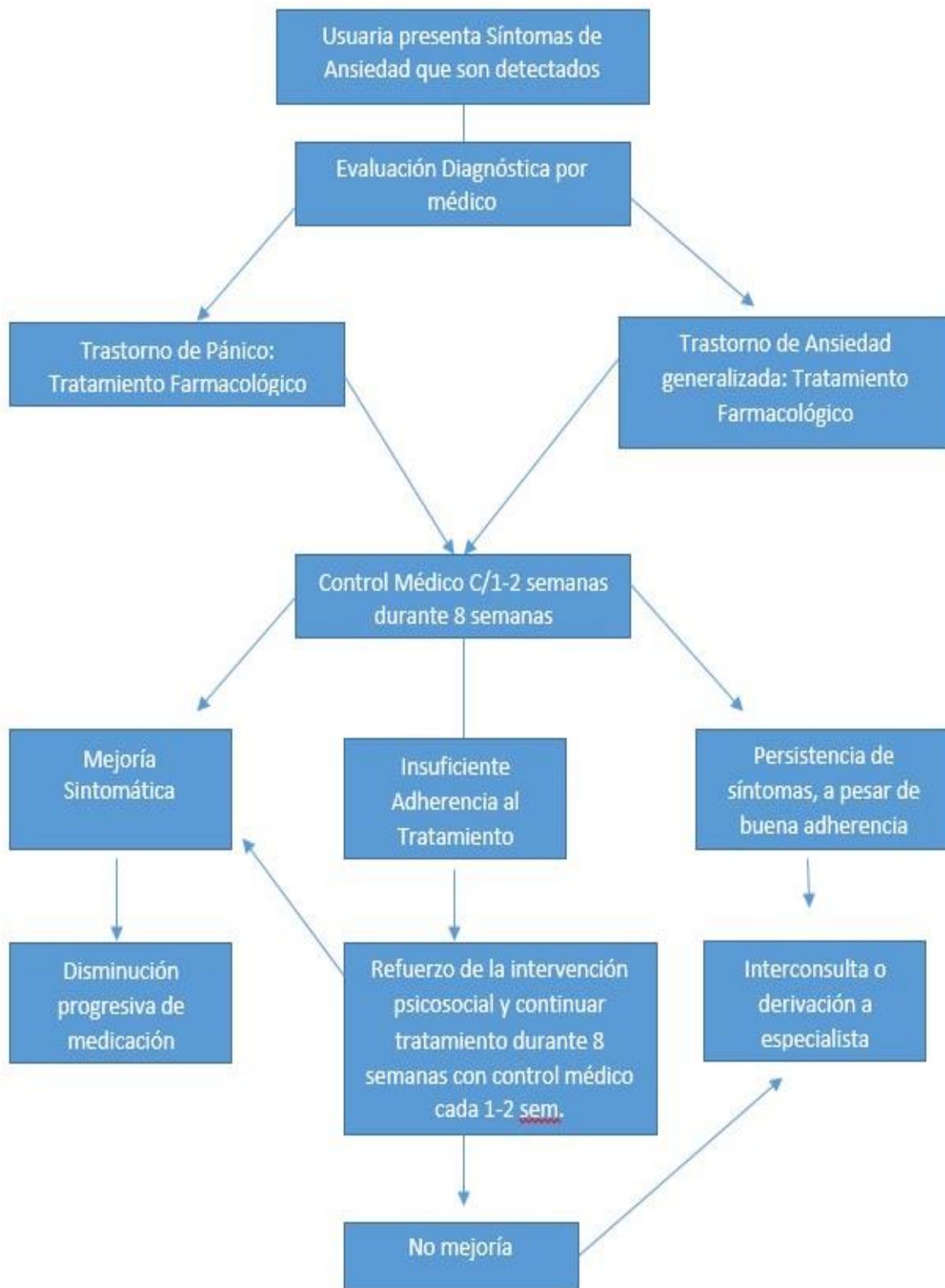
Fuente: (Farreras & Rozman, 2010)

Tabla No. 6 Manejo de Ansiedad

Técnica de Resolución de Problemas	Lista de problemas	Posibles soluciones	Actividades para el placer
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Ideas Obsesivas - Tensión - Miedo 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar irracionalidad - Técnicas de relajación - Enfrentamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Deportes Espiritualidad Manualidades

Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009)

Esquema No.3 Flujograma de atención a personas con trastornos de ansiedad.



Fuente: Guía de Manejo Clínico de trastornos mentales Atención primaria de la Salud (2011).

Tabla No. 9 Medicamentos utilizados para ansiedad en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.

Medicamentos Alzheimer				
Nombre Genérico	Dosis	Reacciones adversas	Indicaciones	Vida Media
Tricíclicos y tetracíclicos <u>Amitriptilina</u>	Oral: inicialmente 6.25 mg, 2 a 3 veces al día, ajustando luego la dosificación. Dosis máxima en pacientes hasta 50 mg/día.	Generan efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación), utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma. -Puede aumentar el QT. Valorar función cardiaca (EKG) alcanzando dosis efectiva. Su sobredosis, puede ser fatal. -Su venta requiere receta médica.	Síndrome depresivo mayor, enfermedad maniaco-depresiva, trastornos depresivos en la psicosis. Estados de ansiedad asociados con depresión.	10 a 50 horas
ISRS (Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) <u>Citalopram</u>	Oral: 20mg/día hasta un máximo de 40mg/día.	La mayoría inhibe a las isoenzimas p-450. Los de vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta. - Sudoración, boca seca, náuseas, cefalea, alteraciones del sueño, nerviosismo, rash cutáneo, ansiedad	Tratamiento de la depresión. son mejor tolerados que los tricíclicos y son mejor tolerados. Valorar presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta.	35 horas

<p>Benzodiazepinas</p> <p><u>Alprazolam</u></p> <p><u>Clonazepam</u></p> <p><u>Midazolam</u></p>	<p>Oral: 0.25mg/día hasta un máximo de 0.50 mg/día.</p> <p>Oral: 0.50 mg/día hasta un máximo 2.0mg/día.</p> <p>Oral: 3.75mg/día hasta un máximo de 3.75 mg/día.</p>	<p>Los pacientes geriátricos y los pacientes con enfermedades hepáticas son más sensibles a los efectos de las benzodiazepinas en el SNC. La administración somnolencia, cansancio o debilidad no habituales. Rara vez se observa: confusión (por intolerancia), debilidad muscular, visión borrosa u otros trastornos de la visión,</p>	<p>Trastornos por ansiedad. Ansiedad asociada con depresión mental. Síntomas de supresión alcohólica aguda. Insomnio por ansiedad o situaciones pasajeras de estrés</p>	<p>10.5 y 15 horas</p>
		<p>constipación, náuseas o vómitos. Son signos de sobredosis que requieren atención médica: confusión continua, somnolencia severa, agitación, bradicardia, tambaleos y debilidad severa.</p>		

Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009).

- 1 •Solicitar información al Químico Farmacéutico encargado acerca de los efectos y efectos secundarios del medicamento.
- 2 •Infórmele a su médico acerca de cualquier terapia alternativa o medicamentos que esté usando que no sean recetados por un médico
- 3 •Pregúntele a su médico cuándo y cómo se debe terminar la administración del medicamento. Algunos medicamentos no se pueden interrumpir abruptamente, sino que se deben disminuir progresivamente bajo la supervisión de un médico.
- 4 •Trabaje con su médico para determinar qué medicamento es apropiado para usted y qué dosis es adecuada.
- 5 •Tenga en cuenta que algunos medicamentos son efectivos sólo si se toman de manera regular y que los síntomas pueden reaparecer si se interrumpe la medicación (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Fuente: (Goldman & Ausiello, 2009).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argudo, I., Moreno, J., Regatero, M., Carrillo, A., Ruiz, R., López, J., Reneses, B. (2012). Protocolos integrados con Psiquiatría y Atención Primaria para Trastornos Depresivos y de Ansiedad. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). 40(Supl. 1):15-30, Madrid, España.
- Bellostas, J., Carnero, C., García, A. (2014). Enfermedad de Alzheimer: Tratamiento farmacológico; El tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer precisa individualización y una evaluación continuada. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. CADIME .Volumen 29 nº Granada. España.
- Caminero, P., Castelo, C. (2014). Manual de Procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica comisión consultiva de cuidados de enfermería, Madrid España.
- Dardón Guzmán, P., Zuchini, R., Selman de Zepeda, M., Ortiz Alvarado, J. y del Valle Catalán, J. (2009). Guía Trastorno de Ansiedad. Grupo de Especialistas del Centro de Atención Integral de Salud Mental-IGSS.
- Dolado, M. (2012). Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España. PWC. Madrid. p.228.
- Fauci, A., Braunwald, E., et. Al. (2009). Harrison Principios Medicina Interna. (17ª. Ed.) Editorial McGraw-Hill. México.
- Farreras, P., Rozman, C. (2010). Medicina Interna. 16ª. Edición. Volumen II. Editorial Elsevier, España.
- Fontán, L. (2012). La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Revista Biomedicina, Medicina Familiar y Comunitaria. p.34.
- García, I., Alonso Sánchez, J. (2014). Artículos de Investigación Sobre Alzhéimer(Recopilación). 1ª edición: Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Goldman, L., Ausiello, D. (2009). Tratado de Medicina Interna. 23ª. Edición. Editorial Elsevier. Barcelona, España.
- Gómez, C., Campo, A. (2011). Geriatric Depression Scale:: A study of the internal consistency and factor structure. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Hospital de San José-Bogotá. Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia Vol. 10 Issue 3, p735-743. 10p.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., et. Al. (2012) Principios de Medicina Interna. (18ª. Edición). Editorial McGraw Hill.

Pinto, J. (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias Detección y cuidados en las personas mayores. Dirección General de Salud Pública y Alimentación de Madrid.

Riu, S., Bosch, J., Barceló, M.,González, V. (2015). Depresión en el mayor; manejo y prevención de la depresión en el mayor. Guías práctica clínica en el mayor desde la atención primaria. Fundación Biblioteca Josep Laporte, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y la Universidad Autònoma de Barcelona.

Rivera, R. y López Soto, V. (2011). Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala IEMS-OMS. Equipo de Evidencias e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (sede central de Ginebra, Suiza). Versión 2.1.

Rodríguez, C. (2010). El esfuerzo de cuidar a un ser querido y su impacto en la calidad de los cuidados y en la percepción de salud. Vol. 1 Nº 1. Departamento de Enfermería. Universidad de Málaga.

Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, A., Irigoyen, A. (2012). Depression in the Elderly: a Clinical and Epidemiological Perspective from Primary Care. *México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, Vol.14 (1) 5-13. Monclova, Coahuila. México.

Ugalde, O., Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina, M. (2010). Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos psicogeríátricos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México.

Velasco S, Llorente, L., Ayuso L, Contador I, Bermejo, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Revista Neurología* 2015; 61: 363-71.

Villarroel, P., Silva, J., Celis, A., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica De Chile*, 143(7), 953.

**Anexo No. 2: Encuesta para
validar instrumento presentada a
los profesionales del Hogar
Margarita Cruz Ruiz y
profesionales médicos especialistas.**



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
Escuela de Química Farmacéutica
Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos –CEGIMED-
Seminario: “Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con
enfermedades degenerativas y del estado del ánimo del Hogar Margarita Cruz”
2016.

El objetivo de esta encuesta es evaluar el protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades degenerativas y del estado del ánimo.

Médico Especialista

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de oraciones con relación al protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades degenerativas y del estado del ánimo en este hogar, marque con una “X” en el cuadro que se relacione con su respuesta, (sólo colocar una respuesta por enunciado).					
No.	Pregunta	Excelente	Muy bueno	Bueno	Necesita mejorarse
1	Información clara, actualizada y verídica sobre las cuatro enfermedades del protocolo.				
2	Imágenes y esquemas del protocolo de las cuatro diferentes enfermedades.				
3	Redacción utilizada en el protocolo de procedimientos de las cuatro diferentes enfermedades.				
4	Lenguaje adecuado utilizado en el protocolo de procedimiento.				
5	Formatos de test o cuestionarios mentales para diagnóstico, realizados para completar el protocolo.				
6	Facilidad de comprensión de la información por el profesional de salud del hogar.				
7	Tamaño adecuado de protocolo de procedimientos.				
8	Los ítems de cada una de las cuatro enfermedades del protocolo están distribuidos en forma lógica y secuencial.				
9	Unificación de medicamentos administrados en el hogar a través de algoritmos de tratamiento para cada una de las cuatro enfermedades.				

“Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades degenerativas y del estado del ánimo del Hogar Margarita Cruz2
Jennifer Pamela Pineda Ruiz. USAC
María Ester Arriola Urrutia. USAC

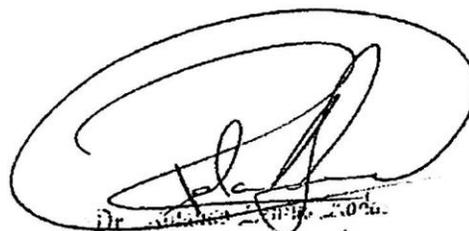
**Anexo No. 3: Cartas selladas y
firmadas por profesionales
médicos especialistas externos.**

Guatemala 04 de diciembre 2017

A QUIEN INTERESE:

Mediante la presente hago constar que recibí el trabajo de investigación del seminario titulado "protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes Jennifer Pamela Pineda Ruiz y María Ester Arriola Urrutia como también recibí una encuesta para proceder con la validación del protocolo realizado en la investigación.

Atentamente,



Dr. Gabriela Zúñiga López
Psiquiatra Infantil
y de la Adolescencia
Hospital General de Guatemala

Guatemala 4 de diciembre 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se revisó el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La información presentada es clara y es una herramienta de utilidad para el profesional médico que asiste. Asimismo se recibió una encuesta para validación del Protocolo.

Atentamente,


Dr. Guillermo Piché
Neuro-psiquiatra

Guillermo Piché.
MÉDICO Y CIRUJANO
COL. 14123



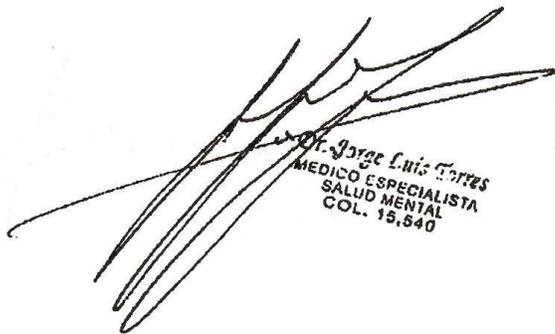
Guatemala, 06 de diciembre del 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se procedió a revisar el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz. El protocolo cuenta con el personal médico del Hogar. Asimismo, se recibió una encuesta para validación del protocolo.

Atentamente,


Dr. Jorge Luis Torres
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD MENTAL
COL. 15,640



Guatemala, 06 de diciembre del 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se procedió a revisar el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz. El protocolo cuenta con el personal médico del Hogar. Asimismo, se recibió una encuesta para validación del protocolo.

Atentamente,



DRA. INGRID J. ESTRADA AVILA
Médica y Cirujana
PSIQUIATRA
Col. 11689



Guatemala 4 de diciembre 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se procedió a revisar el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz, y cumple con los requisitos de información clara, concisa, verídica y actualizada. Asimismo se recibió una encuesta para validación del Protocolo. Este documento será de ayuda para la unificación de protocolos en la atención.

Dra. Elena Alejandra Ortiz Flores
MÉDICA Y PSIQUIATRA
COLABORADORA No. 538
Alejandra Ortiz
Dra. Alejandra Ortiz
Neuro-psiquiatra

Guatemala 4 de diciembre 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la USAC, María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz. Se recibe una encuesta para la validación del documento de graduación y se verifica la información presentada. El documento cumple con información actualizada y concisa y será de gran ayuda para la unificación de tratamientos.

Atentamente,


Dra. Aida Mendoza
Neuro-psiquiatra

Dra. Aida M. Mendoza A
PSIQUIATRA
COL. 10,951



Guatemala, 06 de diciembre del 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se procedió a revisar el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz. El protocolo cuenta con el personal médico del Hogar. Asimismo, se recibió una encuesta para validación del protocolo.

Atentamente,



Dr. Otto G. Castro M.
Médico Psiquiatra
Cól. No 6024



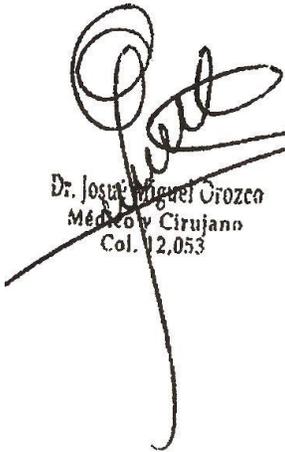
Guatemala, 06 de diciembre del 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se procedió a revisar el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz. El protocolo cuenta con el personal médico del Hogar. Asimismo, se recibió una encuesta para validación del protocolo.

Atentamente,


Dr. Josta Miguel Orozco
Médico y Cirujano
Col. 12,053



Guatemala, 06 de diciembre del 2017

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia

A quien interese:

Se recibió y se procedió a revisar el trabajo de investigación del seminario de graduación titulado "Protocolo de Procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz" de las estudiantes María Ester Arriola Urrutia y Jennifer Pamela Pineda Ruiz. El protocolo cuenta con el personal médico del Hogar. Asimismo, se recibió una encuesta para validación del protocolo.

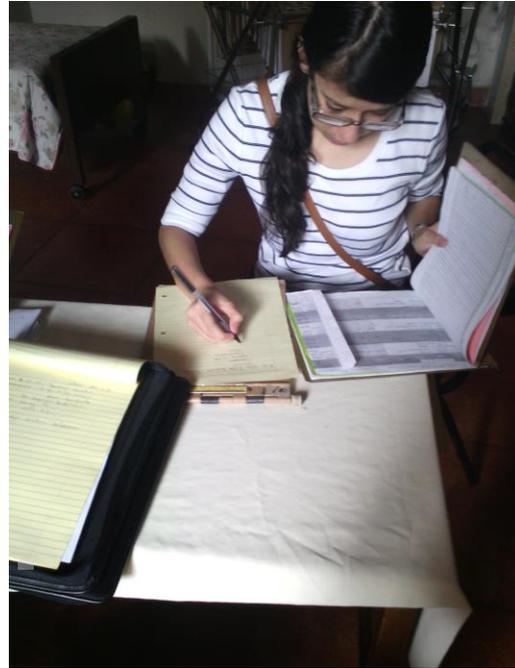
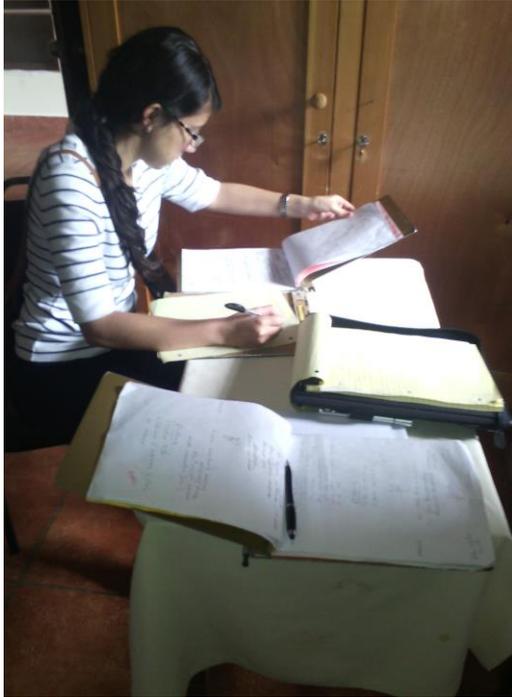
Atentamente,


Dra. Edna G. Palomo Archila
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO. 7508



**Anexo No. 4: Fotografías de evidencia del
trabajo experimental.**

Investigación sobre las distintas enfermedades que padecen las pacientes residentes en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.



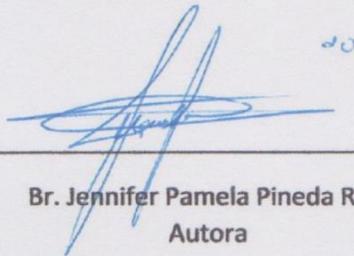
Capacitación sobre el material del protocolo de procedimientos en la atención a pacientes con enfermedades mentales del Hogar Margarita Cruz Ruiz



Validación de material a través de encuesta a los profesionales de salud en el Hogar Margarita Cruz Ruiz.







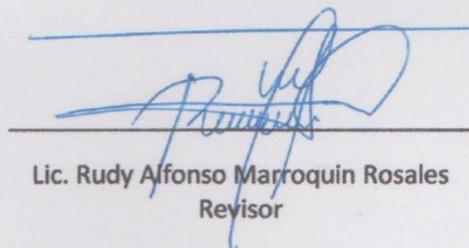
Br. Jennifer Pamela Pineda Ruiz
Autora



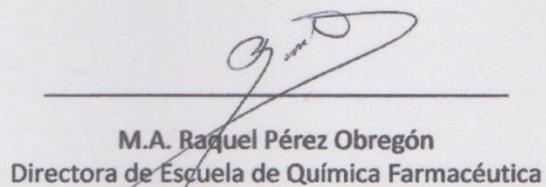
Br. María Ester Arriola Urrutia
Autora



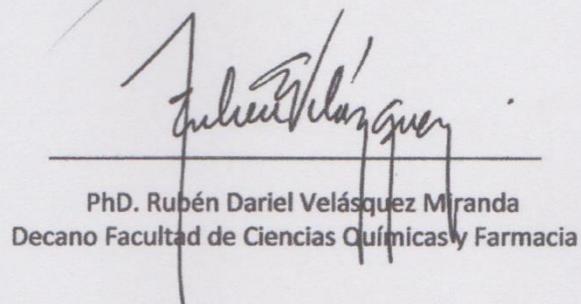
Licda. Lorena del Carmen Cerna Vásquez
Asesora



Lic. Rudy Alfonso Marroquin Rosales
Revisor



M.A. Raquel Pérez Obregón
Directora de Escuela de Química Farmacéutica



PhD. Rubén Dariel Velásquez Miranda
Decano Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia