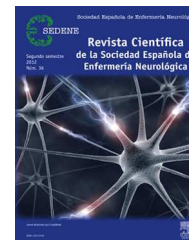




Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



CASO CLÍNICO

Prosopagnosia, la discapacidad para reconocer una cara conocida

M. Rosa González Ablanedo*, M. Isabel Curto Prada, M. Luisa Gómez Gómez y Roberto Molero Gómez

Unidad de Neurología, Hospital de Cabueñes, Gijón, España

PALABRAS CLAVE

Prosopagnosia;
Demencia;
Atención de
enfermería

Resumen

Introducción: La prosopagnosia consiste en la dificultad para distinguir una cara conocida.

El paciente sabe que lo que está viendo es una cara, pero ha perdido la conexión entre lo que ve y la parte de la memoria que se dedica a la identificación. Lo que hace son reconocimientos deductivos por el tono de voz, el color del pelo, las gafas, la ropa... pudiendo llegar a no ser conscientes del problema que tienen.

Las lesiones que se asocian a la prosopagnosia se localizan en el lóbulo temporal, generalmente en el hemisferio derecho.

Objetivo: El objetivo es adaptar el plan de cuidados de enfermería a las necesidades que presenta el paciente.

Método-caso clínico: Paciente derivado de la consulta de atención primaria por no reconocer a conocidos y no comunicarse con su entorno. No presenta antecedentes personales de interés. Se le realiza una resonancia magnética donde se confirma la existencia de una atrofia de predominio cortical y se le diagnostica de demencia semántica, cuyo síntoma principal es la discapacidad para reconocer las caras: prosopagnosia.

Resultados: Plan de cuidados en consenso con atención primaria, basándonos en 3 Dominios NANDA principales: D.6. autopercepción, D.7. rol/relaciones y D. 9. afrontamiento/tolerancia al estrés.

Conclusión-discusión: Consideramos que la comunicación interniveles es imprescindible para prestar unos cuidados seguros y eficientes para con el paciente y los familiares/cuidadores; el haber consensuado este plan de cuidados entre atención especializada y atención primaria ha ido mejorando la situación del paciente y la familia, con una primera visión por parte de ellos de seguridad y confianza.

© 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Prosopagnosia;
Dementia;
Nursing care

Prosopagnosia, the inability to recognise a known face

Abstract

Introduction: Prosopagnosia is characterised by the difficulty to distinguish known faces.

Patients know that it is a face that they are looking at, but have lost the connection between what they see and the part of the memory that is dedicated to identifying it. They make a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgablanedo@gmail.com (M.R. González Ablanedo).

deductive recognition, by the sound of the voice, hair colour, glasses, clothes, etc, being able to achieve this on not being aware of the problem they have.

The lesions associated with prosopagnosia are located in the temporal lobe, generally in the right hemisphere.

Objective: The aim of this study is to adapt the nursing care plan to the needs of the patient with prosopagnosia.

Method-clinical case: A patient was referred from the Primary Care clinic due to being unable to recognise known faces and not being able to communicate with his environment. There was no personal history of interest. A Magnetic Resonance scan was performed, which confirmed that there was atrophy, mainly in the cortex. A diagnosis of semantic dementia was made, with the main symptom being the inability to recognise faces: PROSOPAGNOSIA

Results: A care plan was developed in consensus with Primary Care, and was based on three major NANDA Domains: D.6. Self-perception, D.7. Role/Relationships, and D.9. Coping/Tolerance to stress.

Conclusion-discussion: We believe that communication between levels of care is essential to provide safe and effective care aimed at the patient and their families/caregivers. On having a Care Plan agreed between Primary Care and Specialised Care leads to an improvement in the situation for the patient and family, and mainly gives them a feeling of safety and confidence.

© 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prosopagnosia, o ceguera facial, consiste en la dificultad para distinguir los rostros, ya que estos aparecen difuminados y sin rasgos distintivos, lo que hace que todos se perciban como si fueran iguales.

El término fue acuñado en 1947 por el médico Joachin Bodamer, quien la definió en los siguientes términos: «Es la interrupción selectiva de la percepción de rostros, tanto del propio como del de los demás, los que pueden ser vistos pero no reconocidos como los que son propios de determinada persona»¹.

En cambio, el reconocimiento de expresiones se mantiene, pudiendo así saber si la cara expresa alegría, tristeza o ira. También detectan el sexo, la edad y la raza e incluso distinguen las caras que les parecen atractivas de las que lo son menos.

Para ello han de recurrir a señales como: ropa (modo de vestir), gafas, pelo, particularidades de la cara como cicatrices, forma de la nariz, esperar a que las personas les hablen para saber quiénes son por las características de su voz, forma de caminar, etc. Son capaces de reconocer los elementos que componen una cara (ojos, nariz, boca) y pueden distinguir una cara de otro objeto e incluso una cara de otra.

Estos pacientes recuerdan a las personas que les son conocidas: familiares, amigos y recuerdan sus caras, pero al verlas no las reconocen porque no comprenden el rostro que están viendo.

Suelen evitar las reuniones sociales, las aglomeraciones y también les resulta difícil seguir el argumento de una película, ya que no pueden identificar a los personajes. Hemos de tener presente que en esta incapacidad, en los casos más graves, el paciente puede no reconocerse a sí mismo en un espejo o en una fotografía.

Las lesiones asociadas se localizan en el lóbulo temporal (circunvolución temporal inferior), generalmente en el hemisferio derecho. En los casos en los que la afectación es temporal bilateral los síntomas son más extensos añadiendo claros defectos en el reconocimiento del significado de las palabras.

Definiciones

Existen 2 tipos de prosopagnósicos:

1. *Prosopagnosia adquirida:* se suele dar en la edad adulta a consecuencia de:
 - Traumatismos cerebrales.
 - Enfermedades degenerativas.
 - Enfermedad cerebrovascular.
 - Neuroinfecciones (encefalitis herpética).
2. *Prosopagnosia de desarrollo o congénita:* se adquiere en los primeros años de vida o desde el nacimiento, dándose por norma la situación de que el paciente no es consciente de que padece este problema («anosognosia o ignorancia de la prosopagnosia»)², pues no sabe que se puede distinguir a la persona por su cara en lugar de por el resto de los detalles.

En un principio se creía que la prosopagnosia era siempre adquirida, ya que se tardó mucho en descubrir que se puede nacer con este síntoma por la dificultad en su diagnóstico.

Tratamiento

No existe tratamiento farmacológico específico. La única ayuda consiste en hacer que el paciente desarrolle distintas estrategias con las que compensar su déficit.

Las personas más cercanas tienen un papel muy importante, pues han de decirle constantemente su nombre para que el prosopagnósico sea conocedor en todo momento de con quién está hablando y no causarle una frustración ante la duda de no saber quién es.

En este artículo se presenta el caso de un paciente derivado por su médico de atención primaria a la consulta de demencias, y tras el diagnóstico se plantea la atención y seguimiento multidisciplinar e interniveles.

Objetivo

Adaptar el plan de cuidados de enfermería a las necesidades que presenta el paciente para mejorar su atención y segui-

miento en atención especializada (AE) y atención primaria (AP).

Método-caso clínico

Motivo de consulta

Paciente derivado de la consulta de AP por trastorno cognitivo importante y progresivo: no se comunica con su entorno, no reconoce a conocidos, de momento no se pierde. Según su esposa desde la jubilación «se encuentra tonto», no le responde, no hace casi vida social, está como abstraído, ha abandonado la lectura.

- Varón de 66 años, casado y con 2 hijos.
- Empresario autónomo jubilado (la jubilación acontece antes de la edad; se sospecha, pero no se puede constatar, que es a consecuencia de la prosopagnosia).

Antecedentes personales: HTA y síndrome de apnea severa.

Antecedentes familiares: padre con demencia que inicia a los 94 años.

Actualmente presenta síntomas como no reconocer a familiares, amigos, personajes públicos (Fernando Alonso, presidente del Gobierno), apatía y preferencia por estar solo, sin embargo sabe qué son las cosas, los objetos, mantiene el orden en sus pertenencias y se orienta en su población de residencia.

Pruebas complementarias: RNM que revela atrofia de predominio cortical generalizada, pero asimétrica con mayor afectación en el lóbulo temporal derecho.

Diagnóstico: demencia degenerativa primaria (demencia semántica), cuyo síntoma principal es la discapacidad de reconocer las caras familiares conocidas: prosopagnosia. Valoración enfermera:

Dominio 6 autopercepción: su estado ánimo/emocional es apático.

Dominio 7 rol-relaciones: vive con su esposa, no tiene personas a su cargo, es jubilado y su cuidadora principal es su esposa; el apoyo familiar es bueno no existiendo conflicto en el funcionamiento y/o rol de relaciones de la familia. Como valoración del cuidador principal existe problema de salud de tipo emocional.

Dominio 9 afrontamiento-tolerancia al estrés: expresa sentimientos de preocupación por su situación, temor por falta de recursos para afrontar su situación o sus consecuencias.

Plan de cuidados

Atención de enfermería

El plan de cuidados se realiza en consenso con AP para mantener una continuidad en los cuidados y evitar la variabilidad en la atención (fig. 1 [plan de cuidados NANDA-NIC] y fig. 2 [NOC])³⁻⁶. En una primera valoración nos centramos en 3 dominios NANDA: autopercepción rol/relaciones y afrontamiento/tolerancia al estrés. No obstante, es un plan que debe ir adaptándose a la evolución del paciente.

D.6. Autopercepción

De: 00121-trastorno de la identidad personal. NIC: 5400-potenciación de la autoestima; NOC: 1305-modificación psicosocial: cambio de vida.

De: 00120-baja autoestima situacional; NIC: 5230 aumentar el afrontamiento; NOC: 1205-autoestima.

D.7. rol/relaciones

De: 00062-riesgo de cansancio del rol de cuidador; NIC: 7040-apoyo al cuidador principal; NOC: 2203-alteración del estilo de vida del cuidador principal; y 2204-relación entre cuidador principal y paciente.

D.9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

De: 00069-afrontamiento ineficaz; NIC: 5240-asesoramiento; 5270-apoyo emocional; NOC: 1212-nivel de estrés; 1300-aceptación: estado de salud; 1305-modificación psicosocial: cambio de vida; 1302-afrontamiento de problemas.

Partiendo de una valoración basal de los problemas detectados elaboramos la figura 1, con los De y NIC con las actividades, y la figura 2 con NOC y sus indicadores; con una puntuación diana de resultado a los 6 meses nos planteamos realizar una visita mensual alternando enfermería de AP y AE para valorar la situación. En el momento de la presentación de este trabajo se estaba en la fase de inicio, por lo que solamente se pueden presentar 2 valoraciones (basal y 1.^a visita al mes). Los indicadores en los que se ha avanzado han sido: trastorno de la rutina, relaciones con otros miembros de la familia, tranquilidad, expresiones de optimismo sobre el futuro, uso de estrategias de superación efectivas e identificación de estrategias de superación, pero aún no ha hecho progreso en los demás indicadores (fig. 2).

Conclusión/discusión

El conocimiento que actualmente se tiene de este síntoma es limitado, lo que conlleva que el paciente deambule por consultas médicas sin alcanzar un diagnóstico definitivo, no sintiéndose comprendido y pudiendo llegar a la depresión.

Para un manejo eficaz con estos pacientes lo primero es escucharles, valorar lo que nos cuentan y entender su ansiedad.

Hemos de utilizar siempre la escucha activa y la comprensión, le explicaremos con sencillez y de forma clara los síntomas que sufre y evitaremos en lo posible las sentencias del tipo: «está algo deprimido», «usted no tiene nada», «esto no es más que una llamada de atención»... porque probablemente el paciente interprete que no le creemos, o lo que es aún peor, que llegue a pensar que no le hacemos caso.

Consideramos que la comunicación interniveles es imprescindible para prestar unos cuidados seguros y eficientes para con el paciente y los familiares/cuidadores. Desde la integración de los equipos de AE y AP en el año 2012, los equipos de atención han mejorado la comunicación entre los profesionales.

El haber consensuado este plan de cuidados entre los 2 niveles de atención, AE y AP, ha ido mejorando la situación del paciente y la familia, ya que manifiestan su satisfacción, verbalizando que desde el diagnóstico del paciente y la comunicación de los profesionales entre la consulta de AP y AE les hace sentirse más seguros.

Valoramos que el paciente/familia ha progresado en algunos de los indicadores, no obstante el objetivo de progreso en los indicadores de las NOC que nos planteamos a 6 meses quizá haya sido ambicioso y debamos modificarlo, por lo que estimaremos más adelante si esto es preciso.

Tabla1. Plan de cuidados	
Abreviatura utilizadas en esta Tabla: Factores relacionados(Fr) Características definitorias (Cd)	
NANDA	NIC y Actividades
<p>DOMINIO-6: Autopercepción.</p> <p>Clases: 1-Autoconcepto.</p> <p>00121 - Trastorno de la identidad personal. Fr: -Factores cognitivos o perceptuales. Cd: Expresa sentimientos de extrañeza</p> <p>Clase 2-Autoestima.</p> <p>00120 - Baja autoestima situacional. Fr: -Cambios de rol social. -Reducción del poder o control sobre el entorno. Cd: -Evaluación de sí mismo como incapaz para afrontar situaciones -Verbalizaciones de negación de sí mismo</p>	
<p>5400 - Potenciación de la autoestima:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar las frases del paciente sobre su propia valía. - Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. - Animar al paciente a identificar sus virtudes. - Alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. <p>5230- Aumentar el afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener. - Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. - Disponer un ambiente de aceptación. - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella 	
NANDA	NIC y Actividades
<p>DOMINIO-7: Rol/Relaciones. Clase 1: Roles del cuidador.</p> <p>00062- Riesgo de cansancio del rol del cuidador Factores de riesgo: -El desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol. -Falta de experiencia para cuidar. -Problemas psicológicos del receptor de cuidados.</p>	
<p>7040- Apoyo al cuidador principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador - Determinar la aceptación del cuidador en su papel. - Enseñar al cuidador la terapia del paciente. - Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador. - Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo. - Observar si hay indicios de estrés 	

Figura 1 NIC prosopagnosia.

NANDA	NIC y Actividades
<p>DOMINIO-9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>00069- Afrontamiento ineficaz</p> <p>Fr: -Inadecuado nivel de percepción de control, - Incertidumbre.</p> <p>Cd: Dificultad para organizar la información</p>	<p>5240 - Asesoramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema. - Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades. - Establecer metas. <p>5270 - Apoyo emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a reconocer sentimientos de ansiedad, tristeza o ira y a expresarlos. - Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo. - Facilitar la identificación de esquemas de respuesta habituales a los miedos. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Figura 1 (Continuación).

DOMINIO-6: Autopercepción.							
Clase 1-Autoconcepto.				Clase 2-Autoestima.			
00121 - Trastorno de la identidad personal.				00120 - Baja autoestima situacional.			
<u>Factor de relación:</u>				<u>Factor de relación:</u>			
-Baja autoestima situacional				-Cambios de rol social.			
-Cambios en el rol social				-Reducción del poder o control sobre el entorno.			
<u>Características definitorias:</u>				<u>Características definitorias:</u>			
Expresa sentimientos de extrañeza				Evaluación de sí mismo como incapaz para afrontar situaciones			
-Verbalizaciones de negación de sí mismo							
Criterios de resultados (NOC)		Fecha		Criterios de resultados (NOC)		Fecha	
Puntuación diana del resultado: 4-4-3				Puntuación diana del resultado: 4-3-3			
Mantener(M)/Aumentar (A)				Mantener(M)/Aumentar (A)			
1305- Modificación psicosocial: Cambio de vida. (Escala m)	1 ^a VISI TA	1 ^{er} mes (AP)	2 ^o mes (AE)	1205- Autoestima. (Escala s)	1 ^a VISI TA	1 ^{er} mes (AP)	2 ^o mes (AE)
130501. Establecimiento de objetivos realistas (A:4)	3	3		1120505. Descripción del yo(A:4)	3	3	
130504 Expresiones de utilidad (A:4)	3	3		120511. Nivel de confianza(A:3)	2	2	
130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida. (A:3)	2	2		120519.Descripción sobre su propia persona. (A:3)	2	2	
DOMINIO – 7 Rol/Relaciones				DOMINIO-9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.			
Clase 1- Roles del cuidador.				Clase 2: Respuestas de afrontamiento			
00062- Riesgo de cansancio del rol de cuidador.				00069 - Afrontamiento ineficaz			
<u>Factores de riesgo:</u>				<u>Factor de relación:</u>			
-Problemas psicológicos y cognitivos.				- Inadecuado nivel de percepción de control,			
- Falta de experiencia en brindar cuidados				-Incertidumbre.			
				<u>Características definitorias:</u>			
				-Dificultad para organizar la información			
Criterios de resultados (NOC)		Fecha		Criterios de resultados (NOC)		Fecha	
Puntuación diana del resultado: 4-4-3				Puntuación diana del resultado: 4-4-3			
Mantener(M)/Aumentar (A)				Mantener(M)/Aumentar (A)			
2203 - Alteración de estilo de vida del cuidador principal. Indicadores, escala n :	1 ^a VISI TA	1 ^{er} mes (AP)	2 ^o mes (AE)	1212 - Nivel de estrés. Indicadores, escala n:	1 ^a VISI TA	1 ^{er} mes (AP)	2 ^o mes (AE)
220315 Trastorno de la rutina. (A:3)	2	3		121217 Disminución de la atención detalles. (M:3)	3	3	
220317 Trastorno de la dinámica familiar. (A:4)	3	3		121215 Falta de memoria y bloqueos. (A:3)	2	2	
Indicadores, escala a:				1300 - Aceptación: Estado de salud.Indicadores escala m			
220302 Realización del Rol. (A:3)	2	2		130001 Tranquilidad. (A:5)	3	4	
220305 Relaciones con otros miembros de la familia. (A:4)	3	4		130016 Mantiene las relaciones.(A:4)	3	3	

Figura 2 NOC prosopagnosia.

2204-Relación entre cuidador principal y paciente. Indicadores, escala a :				1305- Modificación psicosocial: Cambio de vida. Indicadores, escala m:			
220401 Comunicación efectiva. (A:5)	3	3		130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro. (A:4)	2	3	
220409 Aceptación mutua. (A:5)	4	4		130509 Uso de estrategias de superación efectivas. (A:4)	2	3	
				1302- Afrontamiento de problemas. Indicadores, escala m:			
				130203 Verbaliza sensación de control. (A:4)	2	2	
				130211 Identifica múltiples estrategias de superación. (A:3)	1	2	

ESCALAS LIKERT	
Escala a 1:Gravemente comprometido 2:Sustancialmente comprometido 3:Moderadamente comprometido 4:Levemente comprometido 5:No comprometido	Escala i 1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso
Escala f 1: Inadecuada 2:Ligeramente inadecuada 3:Moderadamente inadecuada 4:Substancialmente inadecuada 5:Completamente inadecuada	Escala m 1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado
Escala g 1: Mayor de 10 2: Entre 7-9 3: Entre 4-6 4: Entre 1-3 5: Ninguna	Escala n 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno
Escala s 1: Nunca positivo 2: Raramente positivo 3: A veces positivo 4: Frecuentemente positivo 5: Siempre positivo	

Figura 2 (Continuación).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la familia del paciente, a la Dra. Carmen Martínez y a la Dra. Teresa Temprano del Servicio de Neurología del Hospital de Cabueñes de Gijón.

Bibliografía

1. Gil Nécija E. Prosopagnosia primaria progresiva. En: Alberca R, López- Pousa S, editors. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: IM&C; 1998. p. 431-5.

2. Zarranz Juan J. Neurología. 3.ª ed. Madrid: Elsevier España, S.A; 2003.

3. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros 2012-2014. En: Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2012.

4. Muñoz González A, Vázquez Chozas JM. El proceso de atención de enfermería. Teoría y práctica. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): Ed. MAD; 2008.

5. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

6. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid: Elsevier; 2005.