



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE

TECNOLOGÍA MÉDICA

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**“INDEPENDENCIA FUNCIONAL DE PACIENTES CON
LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL
VICTOR LAZARTE ECHEGARAY”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

LESLY ELIZABETH PRADO BURGOS

ASESORA:

Lic. MARIA ISABEL LOPEZ RODRIGUEZ

Trujillo, Perú

2015

HOJA DE APROBACIÓN

LESLY ELIZABETH PRADO BURGOS

**“INDEPENDENCIA FUNCIONAL DE PACIENTES CON LA ENFERMEDAD
DE PARKINSON DE LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciado
Tecnólogo Médico en el área de Terapia Física y Rehabilitación por la
Universidad Alas Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2015

Se Dedicar este Trabajo:

A Dios principalmente, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi Madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional hasta el final de mi objetivo.

A mi padre y abuela, a pesar de nuestra distancia física, siento que estuvieron conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas para vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ustedes como lo es para mí.

A mi Hermana, aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. Gracias por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de esta tesis, sino por todos los momentos que pasamos en el proceso.

Se Agradece por su Contribución para el Desarrollo de esta Tesis a:

A la Lic. TM. TF. María Isabel López Rodríguez, por su asesoría y ayuda constante en la realización del presente trabajo.

A mi Alma Mater “UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS” quien la llevo en mi corazón a todo lugar y en todo momento.

A los pacientes del programa de párkinson por su colaboración y entrega a este trabajo.

Al Hospital Víctor Lazarte Echeagaray por permitirme realizar este presente trabajo de investigación y abrirme las puertas de su instalación.

RESUMEN

La enfermedad de párkinson es una de las enfermedades que hoy en día ocupan el segundo lugar de las afecciones neurodegenerativas

El tipo de estudio realizado es descriptivo transversal, el objetivo fue determinar el grado de independencia funcional del paciente con la enfermedad de párkinson del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. La población objeto de estudio fueron 44pacientes. El instrumento utilizado fue elTest Barthel que fue aplicado a los pacientes del programa de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación,determinándose el índice de independencia funcional del paciente con la enfermedad de párkinson.

Los resultados obtenidos fueron: con respecto al género se obtuvo predominio en el sexo masculino; con respecto a la edad se presentó una edad promedio de 72 años, con una desviación estándar de 9,5 años y un rango de edad que va desde los 55 a 90 años; con respecto al grado de la independencia funcional de los pacientes con párkinson se obtuvo 50% el porcentaje más alto con respecto a la alimentación independiente, mientras que el mínimo representa el 7% de los pacientes con esta enfermedad que tienen que ser alimentado; con respecto al aseo el 77% lo realiza independientemente mientras que el 23% necesita algún tipo de ayuda; con respecto al uso de retrete se obtuvo 25% independiente y el 45% depende de otra persona; con respecto a la defecación el 66% es continente y el 7% es incontinente; con respecto a la micción el 73% es continente y el 7% es incontinente, con respecto a la deambulaci3n el 23% es independiente y el 52% es dependiente; con respecto al subir y bajar las escaleras el 61% lo realiza de manera independiente y mientras que el 23% es incapaz de manejarse sin asistencia; con respecto a la transferencia (trasladarse de la silla a la cama o viceversa) el 39% lo realiza independientemente mientras que el 0% es incapaz de realizar esta actividad.

Palabras clave: párkinson; enfermedades neurodegenerativas;grado de independencia funcional.

ABSTRACT

Parkinson's disease is a disease that today are the second of neurodegenerative diseases

The type of study performed is cross descriptive, the objective was to determine the degree of functional independence of patients with Parkinson's disease Hospital the Victor LazarteEchegaray. The study population was 54 patients. The instrument used was the Barthel Test that was applied to patients of Parkinson program unit of Physical Medicine and Rehabilitation, determining the rate of functional independence of patients with Parkinson's disease.

The results were: with respect to gender predominance in males was obtained; with respect to age an average age of 72 years, with a standard deviation of 9.5 years and an age range that goes from 55 to 90 years it was presented; with respect to the degree of functional independence of patients with Parkinson's 50% was the highest with respect to the independent power percentage, while the minimum represents 7% of patients with this disease who have to be fed; with respect to the toilet 77% is done independently while 23% need some help; regarding the use of separate toilet 25% was obtained and 45% dependent on another person; about 66% defecation is continent and incontinent 7%; about 73% urination is continent and incontinent 7%, about 23% wandering is independent and is dependent 52%; with respect to up and down the stairs 61% is done independently and while 23% can not manage without assistance; with regard to the transfer (moving from the chair to the bed or vice versa) 39% is done independently while 0% is unable to perform this activity.

Keywords: Parkinson; neurodegenerative diseases; degree of functional independence.

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1: Grado de independencia funcional al alimentarse en pacientes con párkinson.....	49
Figura N° 2: Grado de independencia funcional al bañarse en pacientes con párkinson.....	50
Figura N° 3: Grado de independencia funcional al vestirse en pacientes con párkinson.....	51
Figura N° 4: Grado de independencia funcional al asearse en pacientes con párkinson.....	52
Figura N° 5: Grado de independencia funcional: uso de retrete en pacientes con párkinson.....	53
Figura N° 6: Grado de independencia funcional: defecación en pacientes con párkinson.....	54
Figura N° 7: Grado de independencia funcional: micción en pacientes con párkinson.....	55
Figura N° 8: Grado de independencia funcional durante la deambulaci3n en pacientes con párkinson.....	56
Figura N° 9: Grado de independencia funcional: subir y bajar escaleras en pacientes con párkinson.....	57
Figura N° 10: Grado de independencia funcional: transferencia (trasladarse de silla a la cama o viceversa) en pacientes con párkinson.....	58
Figura N° 11: Grado de independencia funcional en pacientes con párkinson.....	59

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Edad de la Muestra.....	48
Tabla N° 2: Grado de independencia funcional al alimentarse en pacientes con párkinson.....	48
Tabla N° 3: Grado de independencia funcional al bañarse en pacientes con párkinson.....	49
Tabla N° 4: Grado de independencia funcional al vestirse en pacientes con párkinson.....	50
Tabla N° 5: Grado de independencia funcional al asearse en pacientes con párkinson.....	51
Tabla N° 6: Grado de independencia funcional: uso de retrete en pacientes con párkinson.....	52
Tabla N° 7: Grado de independencia funcional: defecación en pacientes con párkinson.....	53
Tabla N° 8: Grado de independencia funcional: micción en pacientes con párkinson.....	54
Tabla N° 9: Grado de independencia funcional durante la deambulaci3n en pacientes con párkinson.....	55
Tabla N° 10: Grado de independencia funcional: subir y bajar escaleras en pacientes con párkinson.....	56
Tabla N° 11: Grado de independencia funcional: transferencia (trasladarse de silla a la cama o viceversa) en pacientes con párkinson.....	57
Tabla N° 12: Grado de independencia funcional del paciente con la enfermedad de párkinson	58

ÍNDICE

CARÁTULA.....	01
HOJA DE APROBACIÓN.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
LISTA DE FIGURAS.....	07
LISTA DE TABLAS.....	08
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Formulación del Problema.....	13
1.2.1. Problema General.....	13
1.2.2. Problemas Específicos.....	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo General.....	15
1.3.2. Objetivos Específicos.....	15
1.4. Justificación.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	18
2.1.1. Independencia Funcional.....	18
2.1.2. Instrumentos de Medición.....	18
Índice de Katz.....	18
Escala de la Cruz Roja.....	20
Escala de Lawton y Brody.....	20
Escala Funcional Independence Measure (FIM).....	20
2.1.3. Enfermedad de párkinson.....	21
2.1.3.1. Definición.....	21
2.1.3.2. Causas de la Enfermedad de párkinson.....	22
2.1.3.3. Los 4 síntomas Cardinales de la Enfermedad De Párkinson.....	23
Temblor.....	23
Rigidez.....	25
Bradicinesia.....	26
Alteración de los Reflejos Posturales.....	26
2.1.3.4. Estadios de la enfermedad de párkinson.....	27
Estadio I.....	27
Estadio II.....	28
Estadio III.....	29
Estadio IV.....	30
Estadio V.....	31
2.1.3.5. Problemas con lo que se enfrentan los pacientes de párkinson ...	33
2.1.3.5.1. Problemas Físicos.....	33
2.1.3.5.2. Problemas de Comunicación.....	33
2.1.3.5.3. Problemas de Alimentación.....	34
2.1.3.5.4. Problemas Visuales.....	34
2.1.3.5.5. Problemas de Sueño.....	35
2.1.3.5.6. Problemas Urinarios – Estreñimiento.....	35
2.1.3.4.7. Problema Psicosociales.....	36

2.1.3.6. Tratamiento Fisioterapéutico de la Enfermedad de párkinson	36
2.1.3.7. Essalud	37
2.2. Antecedentes	38

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio	41
3.2. Diseño del Estudio	41
3.3. Población	41
3.4. Muestra	41
3.4.1. Criterios de Inclusión	41
3.4.2. Criterios de Exclusión	41
3.5. Operacionalización de Variables.....	42
3.6. Procedimientos y Técnicas	43
3.7. Instrumento	44
3.8. Plan de Análisis de Datos	47

CAPÍTULO IV: RESULTADOSESTADÍSTICOS

4.1. Resultados	48
4.2. Discusiones de Resultados.....	60
4.3. Conclusiones	63
4.4. Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS

Anexo 01: Consentimiento Informado	75
Anexo 02: Test de Barthel	79

MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	82
------------------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de párkinson es considerada una de las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes en el adulto mayor y que a su vez produce mayor discapacidad funcional en todos los pacientes que la padecen; su tratamiento implica el trabajo de un equipo multidisciplinario y este a la vez complica la situación socioeconómico de la propia familia por ser una enfermedad lenta y progresiva.

Se calcula que la enfermedad de párkinson a nivel mundial 40 millones de personas la padecen, considerándose que en Europa 1.2 millones de personas son diagnosticadas con esta patología; actualmente esta enfermedad no solo afecta al adulto mayor, los últimos datos epidemiológicos a nivel mundial tienen una tendencia a presentarse en adultos económicamente activos.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne, este grado de independencia funcional de los pacientes con párkinson es crucial para evitar el progreso del deterioro motor y cognitivo, por ende es necesario tener el conocimiento del grado de independencia funcional de nuestros pacientes con párkinson para poder realizar mejores tratamientos fisioterapéuticos.

Al evidenciar esta problemática, nació la necesidad de determinar el grado de independencia funcional de pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación del hospital Víctor Lazarte Echegarayteniendo como principal herramienta el test de Barthel para que de esta forma se tomen en cuenta medidas correctivas para mantener el mayor grado de independencia funcional posible.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

La enfermedad de párkinson es una afección neurológica progresiva caracterizada por alteraciones del musculo esquelético entre otros. Actualmente esta enfermedad “ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurodegenerativas solo después de la enfermedad de Alzheimer” (1).

Se calcula que a nivel mundial 40 millones de personas la padecen, en Europa 1.2 millones de personas sufren esta enfermedad (2), siendo España uno de los países que cuentan con 150.000 mil personas detectadas con párkinson (3).

En “Estados Unidos 1 millón de personas son detectadas con la enfermedad de párkinson” (4), mientras que en “México, 500 mil personas sin distinción de sexo lo manifiestan”(2). Por otro lado observamos que en el país de Chile no se encuentra datos exactos sobre la prevalencia de esta enfermedad, solo un estudio de la enfermedad de párkinson basados en datos internacionales, se puede estimar que cerca de 40.000 pacientes la padecen, según los últimos estudios sobre causa de mortalidad de la población Chilena (5). “Mientras tanto en Bolivia, aunque no se cuenta con datos estadísticos de enfermos con párkinson, la cantidad de personas con esta enfermedad ha aumentado y la edad de inicio puede llegar a descender” (6).

Según “el Ministerio de Salud, estima que en el Perú alrededor del 1 % de la población padece de la enfermedad de párkinson, ya sea en estado incipiente o estado avanzado” (7).

Asimismo, en la obra La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú -2009, se señala que la enfermedad de párkinson se encuentra entre las primeras 50 causas de enfermedades, representando el 4% del total de un estudio cuya población fue de 5,052,866 personas; es decir que representaba a 16,823 personas del total de la muestra (8).

Cabe mencionar que una vez detectada la enfermedad la mayoría de estos pacientes en sus fases iniciales, no dependen de segundas personas para ayuda de sus actividades de vida diaria, en estas fases iniciales se encuentran los enfermos de una manera autosuficiente.

La mayoría de los pacientes con la enfermedad de párkinson residen en sus domicilios con sus familiares y son cuidados por su propia familia aunque en las fases avanzadas requieren cuidados de segundas personas que brindan soporte en sus actividades de vida diaria, complicando de esta manera la situación familiar, social y económica, causando desequilibrio y limitaciones a llevar el estilo de vida acostumbrados generando de esta manera un aumentando económico al presupuesto familiar.

Al describir esta realidad de salud que padecen estas personas, nos damos cuenta que es necesario saber el grado de independencia funcional para plantear y programar mejores programas de tratamiento al enfermo de párkinson.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a su alimentación?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto al uso del baño?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la vestimenta?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto al aseo?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto al uso del retrete?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la defecación?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la micción?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la deambulación?

- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto al subir y bajar escaleras?
- ¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la transferencia?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física Y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray respecto a la alimentación.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray respecto al uso del baño.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray respecto a la vestimenta.

- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echegaray respecto al aseo.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto al uso del retrete.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la defecación.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la micción.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la deambulación.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto al subir y bajar escaleras.
- Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de Medicina Física y Rehabilitación respecto a la transferencia.

1.4. Justificación:

La investigación obedece a la preocupación que existe actualmente por el aumento de enfermedades neurodegenerativas a nivel mundial, tal es así que organizaciones internacionales como la Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de Salud impulsan el desarrollo de investigaciones en este campo. Nuestra región no es ajena a esta realidad es por eso que he considerado importante determinar el grado de independencia funcional basada en una adecuada evaluación como un punto importante para plantear nuestros planes y programas de tratamientos fisioterapéuticos.

Hoy en día los problemas de párkinson y sus secuelas han alcanzado un deterioro funcional desencadenante ya que genera una serie de sintomatologías, al darnos cuenta de toda esta realidad con la que padece el paciente con la enfermedad de párkinson hace necesario investigar el nivel de independencia funcional que experimentan los pacientes con diagnóstico de enfermedad de párkinson.

De todo lo expuesto se debe considerar que una enfermedad crónica y degenerativa implica un trabajo multidisciplinario que registre una historia clínica, exámenes auxiliares, instrumentos validados; para mejorar la motricidad, funcionalidad, la comunicación, la actividad social y sobre todo el trabajo en coordinación de profesionales responsables del programa.

Así mismo, los resultados hallados se darán a conocer a todos los médicos y tecnólogos que trabajan en la unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray para obtener información real y actual de la independencia funcional de sus propios pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1 INDEPENDENCIA FUNCIONAL

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (9).

La independencia funcional se entiende también como la capacidad que tienen todos los individuos para desempeñar las funciones o actividades de vida diaria en forma independiente (10).

Cabe mencionar que al presentar enfermedades crónicas o degenerativas con predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivas, hace que el estado de salud funcional de la persona comience a descender originándose de esta manera el tránsito de la independencia a la dependencia funcional (11).

2.1.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Índice de Katz: creado en el 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital (hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Clevelan, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Fue publicado por primera vez un año después con el título de Index of Independence in activities of Daily Living. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas

en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados en estos tres ámbitos. El índice de Katz evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: Baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación.

Las personas se clasifican en uno de los ocho niveles de dependencia del índice que oscilan entre A (independiente para todas las funciones) y G (dependiente para todas las funciones), existiendo un nivel O (dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F). Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico (12).

Escala de la Cruz Roja: las escalas de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental (EFCR y EMCR) se publicaron por primera vez en el año 1972, aunque llevaban utilizándose un año en el servicio de geriatría del hospital Central de la Cruz Roja de Madrid donde se diseñaron como un instrumento para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio dentro del área del hospital y localizar a aquellos que precisaban asistencia geriátrica domiciliaria.

Es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. Evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre el 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total), la información se obtiene preguntando directamente al paciente o su cuidador. El tiempo de aplicación es inferior a un minuto.

La asignación de un paciente a su grado es sencilla cuando coinciden las características de la descripción de una de las puntuaciones, pero no en los casos

en las que no coinciden (sobre todo la deambulaci3n y la incontinencia) lo que obliga al evaluador a dar mayor relevancia a alguna de ellas (12).

Escala de Lawton y Brody: publicada en 1969 y desarrollada en el PhiladelphiaGeriatric Center para evaluaci3n de autonomía físiica y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en poblaci3n anciana institucionalizada o no.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medici3n de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducci3n al espaól se publicó en el año 1993. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no solo su puntuaci3n global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.

La escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilizaci3n de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicaci3n y administraci3n de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) a 0 (dependiente). La puntuaci3n final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

La informaci3n se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realizaci3n es de 4 minutos (12).

Escala Functional Independence Measure (FIM): sirve para medir la capacidad de la independencia del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. La amplitud de esta escala varia de 18 a 126 puntos de manera que cuanto

más baja sea la puntuación, peor es el nivel funcional del paciente. FIM es una herramienta mundialmente aceptada como medida de discapacidad que se ha convertido en el instrumento más ampliamente utilizado para la evaluación del estado funcional de pacientes afectados por trastornos neurológicos. Posee validez para monitorizar los avances en el estado funcional de los pacientes sometidos a tratamiento de rehabilitación. Mide la discapacidad en términos de principalmente funciones motoras y tareas de autocuidado involucradas en las actividades de la vida diaria teniendo menos en cuenta los déficits cognitivos del paciente. La escala valora y se enfoca en áreas prioritarias como el aspecto motor y cognitivos. Estos 18 ítems se agrupan en 6 bloques que evalúa: cuidados personales, control de esfínteres, trasferencias, locomoción, comunicación y conciencia del mundo exterior. Incluye 7 niveles que van desde la dependencia completa hasta la independencia. La puntuación final puede oscilar entre 18 puntos (dependencia total) a 126 puntos (independencia completa) (13).

2.1.3. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

2.1.3.1. DEFINICIÓN

Es un trastorno neurológico y degenerativo que tiene como carácter crónico y progresivo (14).

Es de origen desconocido, pero se reconoce múltiples factores en su aparición con un fuerte componente genético cuya importancia puede variar en diferentes situaciones (15).

La enfermedad de párkinson se produce fundamentalmente en la zona compacta de la sustancia negra, la cual forma parte de los ganglios basales. Los ganglios basales se encuentran formado por el cuerpo estriado (constituido por el caudado y putamen), globo pálido, sustancia negra, núcleo subtalámico de Luys y

tálamo óptico que no se incluye estrictamente como ganglios basales pero tiene íntimas conexiones con estas estructuras (16).

Cuando las células nerviosas dejan de producir un producto químico importante del cerebro que se denomina dopamina; la dopamina es una sustancia neurotransmisora, que transmite impulsos de unas células nerviosas a otras. Si no hay suficiente dopamina, las células nerviosas se activan descontroladamente. Como consecuencia se observa movimientos anormales descontrolados.

Las neuronas que producen dopamina en los ganglios basales se van degenerando especialmente las que se encuentran en la sustancia negra. La dopamina es importante para regular el movimiento del cuerpo. Como consecuencia se observa en el ser humano con esta enfermedad la falta de coordinación y control del movimiento (la rigidez, la bradicinesia, el temblor de reposo y la alteración de los reflejos posturales), disminución del tono muscular; mientras que los síntomas clínicos en el plano cognitivo aparecen alteraciones de la atención, la memoria, trastornos del sueño, entre otras manifestaciones (17).

2.1.3.2. CAUSAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Las causas de la enfermedad de párkinson son desconocidas, excepto los inducidos por traumatismos, drogodependencias y medicamentos, y algunas formas hereditarias en ciertos grupos familiares. Existen numerosas teorías que intentan explicar las causas y el deterioro neurológico que produce y desencadena la patología. Se cree que algunos pesticidas y toxinas, junto a cierta predisposición genética, podrían ser los desencadenantes de la enfermedad así como también se estudia la posibilidad de que el origen se encuentre en los radicales libres, moléculas que desencadenan un proceso de oxidación que daña los tejidos y las neuronas (18).

Recientemente se ha descubierto la existencia de anomalías genéticas en

algunas familias en las que la mayoría de sus miembros estaban afectados y en casos familiares de la enfermedad de párkinson de presentación precoz (edad de inicio menor de 40 años). Sin embargo, la mayoría de los pacientes con enfermedad de párkinson tienen una presentación esporádica, es decir sin factores genéticos claramente identificados (19).

Se sabe que la enfermedad de párkinson se produce cuando las células nerviosas, o neuronas, en una área del cerebro conocida como sustancia negra mueren o se dañan. Normalmente, estas neuronas producen una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina el cual es el responsable de transmitir señales entre la sustancia negra y la siguiente “estación de relevos” del cerebro, el cuerpo estriado, para producir movimientos suaves y decididos. La pérdida de dopamina produce patrones anormales de activación nerviosa dentro del cerebro que causan deterioro del movimiento (20).

2.1.3.3. LOS 4 SÍNTOMAS CARDINALES DE LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

Independientemente de la numerosa cantidad de signos y síntomas relacionados con la enfermedad de Parkinson, son cuatro las alteraciones de la enfermedad. De estas manifestaciones se derivan todas los demás signos y síntomas. Se constituye por: Temblor en Reposo, Rigidez, Bradicinesia y la Alteración de los Reflejos Posturales.

Cada una de las alteraciones motoras se liga a diferentes circuitos neuronales. Globalmente la patología es grave. Comúnmente la gente solo asocia el temblor con la enfermedad de párkinson dado que es un signo fácil de apreciar.

- Temblor:

Hablando en términos estrictamente técnicos, el temblor de los pacientes con párkinson tiene una frecuencia de 4-6 Hertz, lo cual significa que las manos oscilan de un lado para otro de 4 a 6 veces en un segundo (16).

Intentando hacer una explicación de este dato, podemos señalar que una frecuencia de 4 Hertz quiere decir que ocurre cíclicamente cuatro veces un fenómeno en un segundo. Pero aquí ocurre un hecho aparentemente paradójico, y es que las personas que estamos sanas temblamos con una frecuencia de 8-12 Hertz, lo cual es absolutamente normal. Es fácilmente observable entonces que la frecuencia del temblor normal en las personas es mucho mayor que la frecuencia de 4 a 6 Hertz que se presenta en el en la persona con párkinson, por lo tanto entonces, si temblamos normalmente con una frecuencia mayor que el paciente párkinson, ¿por qué no percibimos que nuestras manos tiemblan tan notoriamente?

La respuesta radica en que la amplitud del temblor de la persona con enfermedad de Parkinson es mucho mayor, razón por la que nos resulta visible el temblor. Increíblemente, la mano de la persona con párkinson tiembla menos que la del sujeto normal, aunque el desplazamiento de su mano durante cada oscilación en el temblor es mayor. Quienes no tenemos la enfermedad de Parkinson temblamos en condiciones normales, pero debido a que la amplitud del temblor es menor resulta imperceptible. Y es que al temblor normal y constante se le llama "temblor fisiológico"(21).

El temblor se origina por pequeñas y constantes oscilaciones en las fibras musculares; el temblor fisiológico se debe porque los músculos reciben dos tipos de información motora procedente del sistema nervioso central: una información que nos permite mover los músculos a voluntad a través de un tipo de neuronas conocidas como motoneuronas alfa y otro tipo de información que viaja a través de neuronas motoras llamadas gamma, cuya función radica en activar constantemente a estructuras sensoriales que están dentro del músculo y que son fibras musculares especializadas, llamadas fibras intrafusales.

La función de las motoneuronas gamma es enviar la señal para que las fibras

intrafusales se contraigan siempre a la misma longitud de las fibras extrafusales. La actividad entre las motoneuronas alfa y las motoneuronas gamma no ocurre al mismo tiempo, están desfasadas temporalmente, desfase de información entre ambas motoneuronas que ocurre de 8 a 10 veces por segundo y es la causa del llamado temblor fisiológico.

El temblor en los pacientes con la enfermedad de párkinson suele ser muy incapacitante afectando en muchos aspectos en vida diaria, ya que es muy notorio conforme van pasando los años de evolución de la enfermedad, posteriormente se observa bilateral y en etapas avanzadas suele comprometer la cara, labios y mandíbula (22).

- Rigidez:

Es la resistencia involuntaria a la movilización pasiva de un segmento corporal. Se pone de manifiesto al extender o flexionar pasivamente cualquier segmento corporal. Es decir es el aumento anormal de la descarga de las motoneuronas gamma causa un exceso del tono muscular y por lo tanto rigidez, generalmente los músculos flexores son los más afectados por esta sintomatología.

La rigidez consiste en el aumento del tono muscular. Se produce porque al estirar un músculo, su antagonista o músculo opuesto, no se relaja y por lo tanto también se contrae. La rigidez muscular provoca resistencia a la movilización pasiva de las extremidades o del tronco. Por ello, la rigidez provoca que progresivamente las articulaciones se mantengan en una actitud de semiflexión, provocando una postura corporal típica con la cabeza y tronco inclinados hacia delante y las rodillas y codos semiflexionados. La rigidez puede provocar o producir dolor muscular y articular, por el aumento del tono muscular. En las primeras fases, la rigidez es a menudo poco percibida por la persona que padece enfermedad de Parkinson; solo cuando avanza la enfermedad, el paciente empieza a notar la rigidez en forma de

contracción muscular

Clínicamente, la rigidez tiene tanto un aspecto subjetivo, que el paciente experimenta como sensación de que “algo comprime sus músculos” y le frena el movimiento, como un aspecto objetivo que es la resistencia que observa el experimentador, al realizar movimientos pasivos sobre la articulación (23).

- Bradicinesia:

Se define como la lentitud para la iniciación y ejecución de los movimientos voluntarios, así como también una disminución de la amplitud de los movimientos complejos. Es decir significa “movimiento lento.” Además de los movimientos lentos, una persona con bradicinesia probablemente también tenga movimientos incompletos, dificultad para iniciar movimientos y ceses abruptos de un movimiento en progreso. Durante la deambulación se observa pérdida de balanceo de las extremidades superiores (brazos), al caminar se observa pasos cortos y arrastrados (esto se denomina festinación), como también se observa la imposibilidad de levantarse de una silla de un solo intento, con necesidad de desdoblar la acción en por lo menos dos componentes del acto motor.

La bradicinesia y la rigidez pueden manifestarse en los músculos faciales, resultando así en una expresión semejante a una máscara, es decir mantienen una cara inexpresiva que se denomina amimia, mientras que el fenómeno de hipomimia es la disminución de la expresión facial, una persona con la enfermedad de párkinson puede tener dificultades para realizar funciones cotidianas, como por ejemplo, abotonarse una camisa, cortar alimentos o cepillarse los dientes. La lentitud y los movimientos incompletos también pueden afectar al habla y al tragar (24).

- Alteración de los reflejos posturales:

Este es uno de los síntomas más discapacitantes de la enfermedad de Parkinson ya que predispone a caídas y es causa habitual de la pérdida de la

capacidad de los pacientes de valerse por sí mismos, si bien es uno de los signos cardinales de la enfermedad de párkinson en sus etapas iniciales se manifiesta con una desestabilización, se hace más evidente con los años de evolución (25).

Durante la atención ambulatoria al paciente con la enfermedad de párkinson se realiza el examen clínico denominado "prueba del tirón" poniéndolos de pie y con los ojos cerrados, se les empuja hacia atrás. La persona que no tiene la enfermedad resiste el pequeño empujón y cuando este es de mayor magnitud mantiene la vertical al aumentar rápidamente la base de sustentación colocando un pie más atrás. Mientras que en las personas con la enfermedad de párkinson un pequeño empujón provoca una caída en bloque hacia atrás, sin que el paciente atine a reaccionar (26).

La combinación de rigidez y bradicinesia produce otra serie de trastornos motores, como la pérdida del volumen de la voz (hipofonia), la disartria, también se presenta posturas anormales (escoliosis) y dificultades respiratorias por falta de elasticidad de los músculos respiratorios.

2.1.3.4. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

Los estadios evolutivos fueron definidos por Hoehn y Yahr en 1967 y han sido aceptados internacionalmente. Podemos distinguir cinco estadios que no necesariamente padecerán todos los pacientes.

El estadio I:

Comprende el inicio de la enfermedad los primeros síntomas tales como rigidez, temblor y bradicinesia, los cuales se presentan de manera unilateral, algunas personas con la enfermedad de párkinson inician las sintomatologías en ambos lados y por consiguiente no presentan esta fase, en esta fase aun el paciente puede realizar sus actividades normales, pero dentro de sus manifestaciones tenemos (27).

- Expresión facial normal

- Postura erecta.
- Posible temblor en una extremidad.
- Dificultades a la motilidad fina.
- Al caminar disminución del braceo y arrastran un poco los pies (no es muy marcado).

Mientras que en la vida diaria se puede observar que:

- Para comer la persona afectada es totalmente independiente, es capaz de usar cualquier instrumento necesario y emplea un tiempo razonable
- Para lavarse está capacitado para realizar su higiene completa usando la ducha o el baño, de los cuales entra y sale solo sin necesidad de que haya otra persona presente.
- En otras actividades como peinarse, arreglarse, maquillarse, afeitarse, lavarse los dientes, también es independiente.
- Relacionado al vestido y calzado, el afectado es capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos que precise sin ayuda.

El estadio II:

Está definido por la aparición de trastornos bilaterales por lo general se observa que persiste una simetría en la intensidad de la sintomatología, siendo el lado inicial el más afectado, también se observa en esta fase los primeros trastornos posturales con una evidencia de la formación de una cifosis dorsal. No se observa deterioro del equilibrio, dentro de sus manifestaciones tenemos (27).

- Alteración de la expresión facial, disminución del parpadeo “mirada como de asombro”.
- Postura en ligera flexión.
- Lentitud para realizar las actividades de la vida diaria.

- Síntomas depresivos.
- Posibilidad de efectos secundarios de los fármacos.

Mientras que en la vida diaria se observa lo siguiente:

- La lentitud en la ejecución de las actividades de vida diaria
- Enlentecimiento puede dar lugar a un cierto grado de dependencia (recordando que cada paciente es diferente por lo que se debe evaluar en forma individual).
- Comenzaran a ser necesarias ayudas para lavarse más de una parte del cuerpo, o para entrar y salir de la bañera
- Para vestirse, en principio, el afectado es independiente, aunque pueda necesitar más cantidad de tiempo, especialmente en el manejo de cordones en los zapatos.
- Pueden existir dificultades para usar el retrete.
- Hay dificultades para entrar y salir de la cama, así como para sentarse y levantarse de la silla; el afectado sigue siendo autónomo, pero hay mayor lentitud e inseguridad, por lo que puede comenzar a usarse soportes mecánicos.
- En la alimentación la persona frecuentemente precisara ayuda para cortar la carne, así como dispositivos que le faciliten no derramar el alimento por el temblor (vasos o platos especiales)
- En este estadio suele ya ser visible alteraciones en la escritura y en el lenguaje oral.

El estadio III:

Caracterizado por la aparición de trastornos del equilibrio y afectación de los reflejos posturales y de enderezamiento, comienzan a manifestarse las caídas espontaneas, marcha festinante, se manifiesta de la siguiente manera (27).

- Dificultades para caminar: se acorta el paso y existen dificultades en los giros.

- Dificultades en el equilibrio: caídas y dificultad para iniciar la marcha y para pararse (propulsión y retropulsión); a las personas afectadas les cuesta doblar las esquinas y atravesar las puertas.

Mientras que en la vida diaria se crea la necesidad de vigilancia de una segunda persona para el paciente con la enfermedad de párkinson.

- En este estadio, la persona afectada es ya definitivamente dependiente para bañarse, se necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo y para salir o entrar a la bañera.

El estadio IV:

El paciente comienza a tener ayuda de terceras personas se encuentra incapacitado de poder realizar sus actividades de manera individual, comienza a experimentar los efectos secundarios de la medicación, se observa el fenómeno de "on - off" (el paciente comienza a manifestar estados de mejoría "on" con fases en las que queda prácticamente inmovilizado por completo "off") se manifiesta también de manera bilateral acompañado de inestabilidad postural, tiempo, se manifiesta observando lo siguiente (27).

- Sensación de fatiga y dolores
- Dificultades en la comunicación
- Síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo, tales como sensaciones extremas de calor o frío, a veces en forma de crisis o enrojecimiento de la piel.
- Síntomas en relación con efectos secundarios de los fármacos.
- Fenómenos on/off: alteraciones que les provoca miedo e inseguridad y dificultan sus actividades sociales, pues pueden presentarse de forma imprevisible.
- Discinesias tipo de coreiforme con movimientos reptantes de las extremidades,

o masticatorios de la mandíbula inferior, protusión de la lengua, oscilaciones mientras caminan y movimientos de vaivén de la cabeza y cuello.

- Problemas conductuales, insomnio, invierte horarios de sueño, alucinaciones.
- Ideas delirantes como cuadros confusionales de tipo paranoide (generalmente poco amenazadores).

Mientras que en la vida diría se manifiesta de la siguiente manera:

- Para vestirse puede ser independiente: coge la ropa de armarios y cajones se pone la ropa, se pone adornos y abrigos, aunque con gran dificultad y lentitud.
- Para usar el retrete puede o no ser independiente: en principio accede al retrete entra y sale en él. se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores aunque con mucha dificultad y lentitud.
- Con respecto a la movilidad, entra y sale de la cama con ayuda y se sienta y levanta de la silla con soportes mecánicos o ayuda de personal. Ya no puede permanecer solo.
- Todavía puede controlar por completo la micción y defecación. Pero pueden producirse ocasionalmente episodios de incontinencia.
- Con respecto a la alimentación el afectado en esta etapa ya es dependiente necesita ayuda para el acto de la alimentación.

El estadio V:

Enfermedad totalmente desarrollada el paciente aparece ya confinado en una silla de ruedas o en la cama, y es totalmente dependiente de sus familiares o requiere cuidados primarios.

Cabe mencionar y destacar que Hay que tener en cuenta que los síntomas comienzan a percibirse cuando la destrucción de neuronas dopaminérgicas ronda el 70%, no todos los pacientes pasan por todas las fases suele pasar que desde un inicio de la enfermedad se manifiesta de manera unilateral, intercalando ciertas

fases.

Podemos observar en los pacientes lo siguiente:

- El aumento de los periodos off es progresivo y pasan gran parte del tiempo sentados o en la cama, necesitando gran asistencia para mantenerse en pie o dar algunos pasos.
- Existen grandes problemas de comunicación verbal con dificultad de entendimiento.
- Pueden desarrollar contracturas, así como úlceras por presión o infecciones urinarias de repetición.
- Los estadios finales de esta enfermedad no llevan a la muerte si no las complicaciones.
- Las dificultades de deglución o disfagia sí que pueden producir neumonías por aspiración y ser causa de muerte, así como infecciones del tracto urinario, o de las úlceras por presión (27).

Mientras que en la vida diaria podemos observar a pacientes en estas condiciones

- Bañarse: totalmente dependiente, el paciente no puede lavarse solo
- Vestirse: totalmente dependiente.
- Uso del retrete: dependiente, se debe emplear urinario o ayudarlo para acceder y utilizar el retrete.
- Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza una o más desplazamientos.
- Padece incontinencia urinaria y/o fecal parcial o total.
- Es también dependiente en el acto para alimentarse.

2.1.3.5. PROBLEMAS CON LO QUE SE ENFRENTAN LOS PACIENTES DE PÁRKINSON

2.1.3.5.1. Problemas Físicos:

Como mencionamos anteriormente el paciente que tiene la enfermedad de párkinson suele experimentar cada día situaciones distintas en su organismo desde empezando el día (como rutina diaria) al momento de levantarse de la cama suele tener problemas para el impulso y movimientos motores para poder mantener y estar en la postura de sedestación para posteriormente estar en bipedestación, las síntomas clínicas como rigidez, coordinación y rapidez del movimiento se convierten en compañeros de todo el día e incluso se observa problemas para cepillarse los dientes, vestirse, comer, beber, entre otras actividades de vida diaria se ven afectados, esto hace que muchas personas aquejadas de la enfermedad de Parkinson, no puedan llevar una vida independiente y totalmente activa (28).

2.1.3.5.2. Problemas de Comunicación

La comunicación forma parte de nuestras actividades de vida diaria, los problemas de comunicación pueden dar lugar a sentimientos frustración, depresión y retraimiento. La enfermedad de Parkinson afecta negativamente en la comunicación, es así que el habla, la expresión facial el lenguaje corporal la escritura, se ven afectados ya que todas estas actividades requieren de una coordinación ágil de movimientos

Alrededor del 75% de las personas que padecen de enfermedad de Parkinson experimentan cambios en el habla y la voz en algún momento de la enfermedad. Por lo general, estos cambios aparecen gradualmente, y pueden variar de moderados a graves (29).

El enfermo de párkinson suele presentar hipofonia, disprosodia, la voz se vuelve débil, lento, afecta al volumen, la voz suele sonar ronca o emitirse en forma de

breves ráfagas. En muchos casos, los trastornos del habla empeoran con el tiempo. Con respecto a la escritura se presenta la micrografía escritura de trazo pequeño a veces ilegible, secundario al temblor, torpeza motora y rigidez (15).

2.1.3.5.3. Problemas de Alimentación

Se calcula que al menos el 50% de las personas que padecen esta enfermedad de párkinson en estadios avanzados suelen presentar disfagia y sialorrea con babeo y salivación al exterior, por afectación de los músculos de la deglución. Por ello, puede que la saliva, junto con el acumulo de alimentos en la boca, pueda producir aspiración o atragantamiento, con riesgo de afectación respiratoria por broncoaspiración (30).

El temblor también afecta a la alimentación, ya que dificulta el manejo de los cubiertos, alteraciones en la habilidad manual para la autoalimentación, alteraciones de la postura, equilibrio y coordinación de movimientos para comer y tragar. Problemas en la manipulación de alimentos en la boca. Dificultad para cerrar los labios y la mandíbula ocasionando así pérdidas y restos de comida en la cavidad oral. Causando de esta manera pérdida de apetito, desnutrición, alteraciones de los movimientos de masticación, dificultando la unión de los alimentos sólidos en un solo bolo y poder mantenerlos entre la lengua y el paladar, además puede producirse lesiones al morderse los labios, la lengua, o las paredes laterales de la boca (31).

2.1.3.5.4. Problemas Visuales

El 55% de pacientes con la enfermedad de Parkinson suelen presentar problemas visuales siendo uno de los principales dificultades de visión nocturna y sequedad ocular las distintas causas que pueden provocar estos problemas son: rigidez, temblor y bradicinesia, que afectan a los músculos que mueven el globo ocular así se ve afectado el seguimiento de un objeto en movimiento, el parpadeo, visión borrosa, parálisis oculomotora, visión doble, baja capacidad para discernir los

colores, tonos y contrastes, mayor facilidad de infecciones oculares, picor debido a la sequedad (32).

Existe una degeneración de las células dopaminérgicas que existen en la retina. Hasta un 60% de estas células, se ven afectadas. Éstas, están involucradas en el proceso primario de la visión. La función de estas células, es la senso-percepción luminosa inicial, y la transmisión nerviosa a los centros cerebrales que procesan la visión (33).

2.1.3.5.5. Problemas de Sueño

Los trastornos del sueño son uno de los problemas más frecuentes de los pacientes con enfermedad de párkinson, afectando a un 60 – 98% de los pacientes, especialmente en las fases avanzadas de la enfermedad (34).

Algunos pacientes presentan insomnio, fragmentación del sueño, pesadillas nocturnas, alucinaciones, apnea del sueño, somnolencia diurna, debido a la degeneración de la dopaminérgicas en el sistema nervioso central afecta a los centros reguladores del sueño, las neuronas dopaminérgicas mesencefálicas tienen conexiones extensas con el cuerpo estriado y también directamente con el tálamo.

Como también se puede observar que todos estos síntomas son derivados de la medicación y por lo tanto se origina los trastornos del sueño, por el cual se necesita corregir la dosis de la medicación. Como también se debe tener en cuenta que el paciente con la enfermedad de párkinson suele tener dificultad para moverse en la cama, cambiar de postura, acostarse o levantarse por sí solos, el temblor, la rigidez o el dolor, también interfieren en el descanso y el sueño (25).

2.1.3.5.6. Problemas Urinarios – estreñimiento

Los pacientes suelen presentar problemas en la eliminación urinaria: urgencia miccional la cual genera la necesidad de orinar con extremada frecuencia, nicturia, secundarios a un funcionamiento inadecuado del sistema nervioso autónomo. Estos

síntomas suelen indicar una vejiga irritable o hiperactiva que envía señales al cerebro de que está llena y necesita vaciarse, cuando en realidad no lo está, los medicamentos que actúan bloqueando o reduciendo la hiperactividad de la vejiga pueden ser útiles para tratar este tipo de disfunción de la vejiga. Presentan también problemas gastrointestinales, trastornos de la motilidad del intestino conocido como estreñimiento. Ello es debido a un mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo, que regula la actividad intestinal (35).

Los problemas cutáneos también aparecen en el enfermo de Parkinson como consecuencia de la afectación del sistema nervioso autónomo. Así, la piel de la cara y el cuero cabelludo, presentan grasa y seborrea, la descamación de la piel en cejas, alas de la nariz, frente y el cuero cabelludo, aparece también la sudoración excesiva la interpretación de estos síntomas por parte de los pacientes de Parkinson, es creer que producen el rechazo de los demás (36).

2.1.3.5.7. Problemas Psicosociales:

Uno de los principales problemas que padecen los enfermos de párkinson en el entorno social es la ira, ansiedad, tristeza entre otras síntomas cognitivas todo esto se comienza a observar desde el inicio de la enfermedad, ya que el intento de ocultar las síntomas y estas se agravan los hace sentir molestos ya que se sienten observados por los demás, todo esto hace que eviten salir por lo cual se aíslan de su entorno, los pacientes evitan cualquier tipo de reuniones sociales ya que siente el temor de quedar en vergüenza frente a todos (37).

2.1.3.6. TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

El tratamiento fisioterapéutico consiste básicamente desde el inicio de la enfermedad, para dar lentitud al progreso de la sintomatología que presenta el paciente con párkinson mejorando de esta manera las capacidades funcionales en

los enfermos de párkinson. Como en todas las enfermedades crónicas progresivas, la rehabilitación debe atender al paciente según el déficit, la discapacidad y el estadio evolutivo de la enfermedad.

El paciente con enfermedad de párkinson llega a rehabilitación, generalmente por un hombro doloroso con rigidez articular o por haber presentado una fractura en una alguna de sus caídas. Los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen cinco veces más posibilidades de sufrir fracturas por caídas. Cabe mencionar que los familiares no deben esperar en que la enfermedad está muy avanzada para iniciar un tratamiento fisioterapéutico se recomienda recibirlo desde etapas iniciales de la enfermedad para así ser controlada las sintomatologías.

La terapia física consistirá básicamente en:

- Mejorar la amplitud de movilidad articular
- Reeducar la marcha
- Corregir las alteraciones posturales.
- Prevención de la aparición de rigidez articular
- Fortalecer la musculatura debilitada.
- Corregir acortamientos musculares.
- Mejorar la función respiratoria (expansión torácica).
- Mejorar la función intestinal.
- Mejorar el equilibrio y las reacciones posturales.
- Mejorar la coordinación.
- Corregir los trastornos de la marcha.

Los tratamientos de fisioterapia han demostrado ser eficaces en el tratamiento del Parkinson, produciendo una mejoría en la autonomía de los pacientes (38).

2.1.3.7. ESSALUD:

“El Seguro Social de Salud, EsSalud, es un organismo público descentralizado, con

personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. Tiene como visión “ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del estado”, y como misión “ser una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente” (39).

2.2. Antecedentes:

- Un estudio realizado en Chile en el año 2009 por Rocio Paz y Rodrigo Yañez, titulado "Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de Geriátrica del Hospital Regional Doctor Lautaro Navarro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de Medida de Independencia Funcional y su relación con el Síndrome de Dismovilidad", el cual realizó el estudio en adultos mayores de 60 años utilizando la evaluación Medida de Independencia del adulto mayor. Los resultados más importantes demostraron que la Etapificación del síndrome de Dismovilidad se relaciona de forma inversa con el grado de funcionalidad, a menor Etapificación, mayor es el porcentaje de pacientes (66,67 %) con puntajes elevados de independencia funcional (40).

- Un estudio realizado en Chile en el año 2005 por Paulina Alvear y Carlos Carmona, titulado "Descripción de la independencia funcional (IF), equilibrio (EQ) y depresión (DEP) de los pacientes con enfermedad de párkinson pertenecientes a Liga Chilena contra el mal de párkinson", el cual realizó el estudio en adultos

mayores de 70 años a los cuales se aplicó el Functional Independence Measure (FIM), la escala de DEP geriátrica de Yesavage (GDS) y el Functional Reach Test, para medir el nivel de IF, DEP y EQ respectivamente. Los resultados muestran una mayor proporción de hombres con enfermedad de Parkinson (1,84:1) tanto en el total de la muestra como por edad. En los niveles IF no fue posible describir diferencia entre géneros, pero si se observó una declinación funcional Motora al aumentar los años, siendo un 67% de IF Motora el nivel más alto alcanzado (41).

- Un estudio realizado en Ecuador en el año 2004 por David Cassinelli y Roció Santibáñez, titulado "Relación entre manifestaciones motoras y deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson", el cual realizó estudio a un grupo de 50 pacientes dentro de un rango de edad entre 35 años como edad mínima y 86 años como edad máxima, 15 pacientes (30%) pertenecían al sexo femenino y 35 (70%) al masculino, los pacientes fueron evaluados en diferentes aspectos motores y cognitivos; se concluyó que los pacientes estudiados presentaron un deterioro cognitivo directamente proporcional a su deterioro motor (42).

- Un estudio realizado en México en el año 2007 por Melba Barrantes, Emilio García, Luis Gutiérrez y Alejandro Jaimes, titulado "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos Mexicanos", el cual realizó el estudio en adultos mayores de 65 años utilizando la evaluación del índice de Katz obteniéndose resultados tales como la prevalencia de dependencia funcional en las enfermedades crónicas obteniendo 24% resultado dependiente en actividades de vida diaria y 23 % en actividades instrumentales de la vida diaria así como también se obtuvo el resultado de cuáles son las enfermedades que se encuentran asociadas con la dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión, de los sujetos que tienen dependencia funcional en actividades básicas de vida diaria

se demostró que el 6% presentaba un grado severo, 4% grado moderado y la mayoría (14%) un grado leve, 12.5 % presenta dependencia severa, 10.5 %, dependencia leve, mientras que las actividades básicas más afectadas fue la incontinencia urinaria, seguido de la discapacidad para vestirse y la capacidad para desplazarse, la actividad instrumental más afectada fue la incapacidad para realizar compras, seguido de incapacidad para preparar alimentos (43).

- Un estudio realizado en España en el año 1995 por Manuel Rodríguez, Isidro Gonzáles y Enrique Enríquez, titulado "Trastornos motores primarios y alteraciones no neurológicas secundarias como causa de limitación funcional en la enfermedad de Parkinson", el cual realizo el estudio a 64 pacientes (39 mujeres y 25 hombres) entre las edades 27 y los 82 años y con un tiempo de evolución de la enfermedad entre 6 meses y 20 años. Para la mayoría de las actividades de la vida diaria estudiadas, la enfermedad de párkinson se mostró como una entidad clínica altamente invalidante, resultando que tanto los trastornos neurológicos primarios como las alteraciones no neurológicas secundarias presentan una elevada capacidad para inducir limitación funcional y perdida de la independencia personal (44).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.2. Diseño de estudio:

El diseño de la presente investigación es no experimental

3.3. Población:

El presente estudio comprende pacientes con enfermedad de párkinson que son atendidos en la unidad de medicina física y rehabilitación del hospital Víctor Lazarte Echegaray en los meses abril – junio 2015 (N=44).

3.4. Muestra

La muestra de la investigación estuvo conformada por toda la población por ser una cantidad finita

3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de párkinson de ambos sexos que fueron atendidos en la unidad de medicina física y rehabilitación del hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Pacientes con la enfermedad de párkinson en estadio 2 y 3.
- Pacientes que aceptaron voluntariamente ser parte de esta investigación y que firmen el consentimiento informado (anexo 01).

3.4.2. Criterios de Exclusión:

- Tener diagnóstico de otra enfermedad neurológica.
- Paciente que no esté orientado en espacio tiempo y persona.
- Paciente que sean mayores de 65 años.

3.5. Operacionalización de Variables:

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumental
Enfermedad de Parkinson	Signos y síntomas	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV Estadio V	estadios de Hoehn y Yahr
	Unilateral y bilateral		
	Temblor		
	Marcha		
	Postura		
Capacidad Funcional	Alimentación	Independiente (15) Mínima ayuda (10) Necesita ayuda (5) Dependiente (0)	Test de Barthel < 20: dependencia total 20 – 40: dependencia grave 45 – 55: dependencia moderada 60 o más: dependencia leve 100: independiente
	Baño		
	Vestirse		
	Aseo personal		
	Control anal (deposición)		
	Control vesical (Micción)		
	Manejo en el inodoro		
	Desplazamiento sillón – cama		
	Deambulación		
	Subir y bajar escaleras		

3.6. Procedimientos y Técnicas:

3.6.1. Procedimientos

1. Se solicitó permiso al director del hospital Víctor Lazarte Echegaray para desarrollar el estudio de investigación por medio de una solicitud.
2. Se presentó al coordinador de la unidad de medicina física y rehabilitación del mencionado hospital, presentando el documento que acredita el permiso correspondiente para realizar el trabajo de investigación.
3. Se seleccionó grupo de estudio que cumplan con nuestro criterio de exclusión e inclusión entre el mes de abril a junio del 2015.
4. Posteriormente se realizó una explicación a los pacientes sobre el propósito de la investigación solicitándose su participación voluntaria para formar parte del estudio firmando la hoja de consentimiento informado (anexo 01).
5. A cada paciente se realizó la medición de la capacidad funcional por medio del test de Barthel (anexo 02), en un ambiente adecuado y en un tiempo de aproximadamente 20 minutos.
6. Finalmente se tabuló los resultados para su procesamiento estadístico.

3.6.2. Técnicas

- Entrevista. La entrevista se realizó mediante la comunicación oral, que nos permitirá conocer los criterios de inclusión o exclusión para que los pacientes puedan ser admitidos para este estudio.
- Encuesta. Se realizó mediante la aplicación de la escala funcional: test de Barthel que nos permitirá conocer el grado de funcionalidad.

3.7. Instrumento:

Toda la información será recolectada en una hoja de vida donde comprenderá sus datos generales.

Posteriormente una vez firmada la hoja de consentimiento informado se procederá realizar medición del grado funcional del paciente con párkinson mediante el Test de Barthel.

Test de Barthel

El Test de Barthel fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel , y fue publicado 1965 tras 10 años de su experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de todos los pacientes ingresados en hospitales de crónicos de Maryland como también se utilizó para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculos – esqueléticos (45).

El test de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, también es conocido como “índice de discapacidad de Maryland”, se define como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades” (46).

El test de Barthel se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland. Uno de sus objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo – esqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódicamente la evolución de estos

pacientes en programas de rehabilitación.

Las primeras referencias del test de Barthel en la literatura científica datan 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las actividades de vida diaria (47).

La fiabilidad entendida como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones, del IB no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. Loewen y Anderson se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original. Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de video de pacientes, puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de kappa 0,84 y 0,97. Roy et al informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas).

La validez del test de Barthel (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. En cualquier caso, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada “validez de constructo” o validez de concepto, la validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. En este

sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad, es presumible que esta asociación se deba a la habilidad del IB para medir discapacidad, condición esta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad. También se ha observado que entre los pacientes con Accidente Cerebro Vascular Agudo (ACVA) lo más jóvenes presenta grados menores de discapacidad. Esta misma relación se observa en las puntuaciones del IB de los pacientes que sufren ACVA.

Las puntuaciones del Test de Barthel también se han relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación en el ámbito hospitalario: aquellos pacientes con mayores puntuaciones y por lo tanto con un supuesto menor grado de discapacidad, presentaban una mejor respuesta a la rehabilitación que aquellos con menores puntuaciones del Test de Barthel.

Wade y Hewer realizaron una evaluación de la validez del Test de Barthel en 572 pacientes con ACVA mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77.

Por otra parte, se ha observado que los pacientes de ACVA que reciben tratamiento precoz presentan una mejor y más rápida del Test de Barthel que los que lo recibe más tarde. Finalmente se ha observado una relación consistente entre la puntuación del Test de Barthel y la evaluación realizada por el clínico al alta (47).

Interpretación del Test de Barthel

Un paciente que obtiene 100 puntos en el Test de Barthel mantiene control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste se levanta de la cama y/o de la silla, se baña por sí mismo, camina al menos una cuadra, y puede ascender y descender por las escaleras. Esto no significa que él puede vivir solo, puede no ser capaz de cocinar, mantener la casa, y satisfacer al público, pero es capaz de

sobrellevarla sin un asistente de salud.

El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia.

El Test de Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías, resultando un rango global entre 0 y 20.

La interpretación sugerida por Shah es:

0 – 20: Dependencia total.

21 – 60: Dependencia severa.

61 – 90: Dependencia moderada.

91 – 99: Dependencia escasa.

100: independencia.

Granger indican que comer es la actividad en la que se observa con mayor frecuencia la independencia. Mientras Wade y Hewer, concluyeron que el control ocasional de heces fue la primera actividad en recuperarse y bañarse fue la actividad que se recuperaba más tarde (46).

3.8. Plan de Análisis de Datos

Los datos se recolectaron teniendo como fuente las respuestas de la encuesta, luego del cual se tabularon para que la información sea analizada sistemáticamente utilizando el paquete informático Microsoft Excel 2013 para Windows 8, construyéndose cuadros de distribución de frecuencias de una y doble entrada.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

EDAD DE LA MUESTRA

Tabla N° 1: Edad de la muestra

Muestra	44
Media	71,5
Desviación estándar	9,5
Edad mínima	55
Edad máxima	90

La muestra, formada por 44 pacientes con la enfermedad de párkinson, del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, que fueron evaluados respecto al grado de independencia funcional, presentó una edad promedio de 71,5 años, con una desviación estándar o típica de 9,5 años y un rango de edad que iba desde los 55 a 90 años, el género de la muestra fue 23% mujeres, siendo el mayor predominio en varones con 77%.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL ALIMENTARSE EN PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N° 2: Grado de independencia funcional al alimentarse en pacientes con párkinson.

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
ALIMENTACION	INDEPENDIENTE	22	50%
	NECESITO AYUDA	19	43%
	NECESITA SER ALIMENTADO	3	7%

La tabla N° 2 presenta el grado de independencia funcional al alimentarse de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 50% presentaba un grado

de independencia, 43% presentaba independencia parcial mientras que el 7% presentaba dependencia.

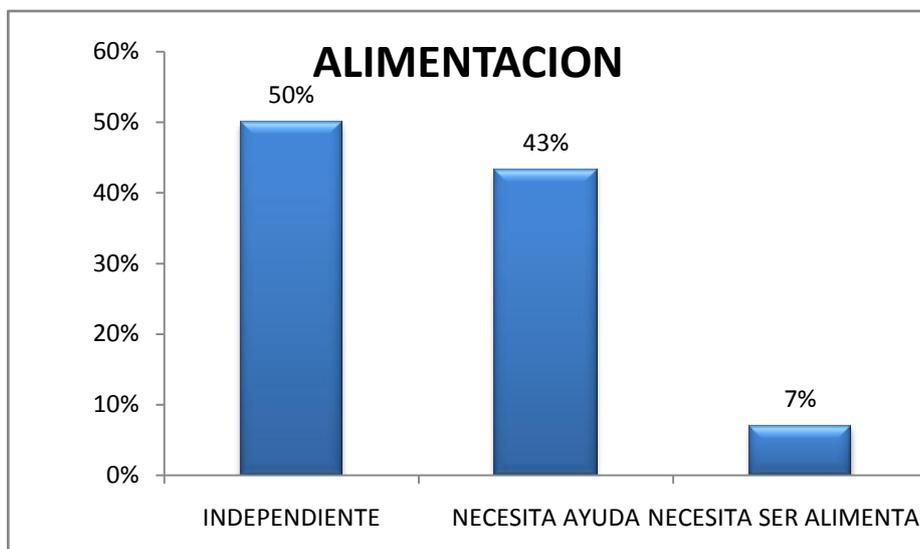


Figura N° 1: Grado de independencia funcional al alimentarse en pacientes con párkinson

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 1.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL BAÑARSE EN PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N° 3: Grado de independencia funcional al bañarse en pacientes con párkinson.

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
BAÑO	INDEPENDIENTE	22	57%
	NECESITA CUALQUER AYUDA	19	43%

La tabla N° 3 presenta el grado de independencia funcional al bañarse de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 57% presenta un grado de independencia mientras que el 43% necesita cualquier tipo de ayuda.

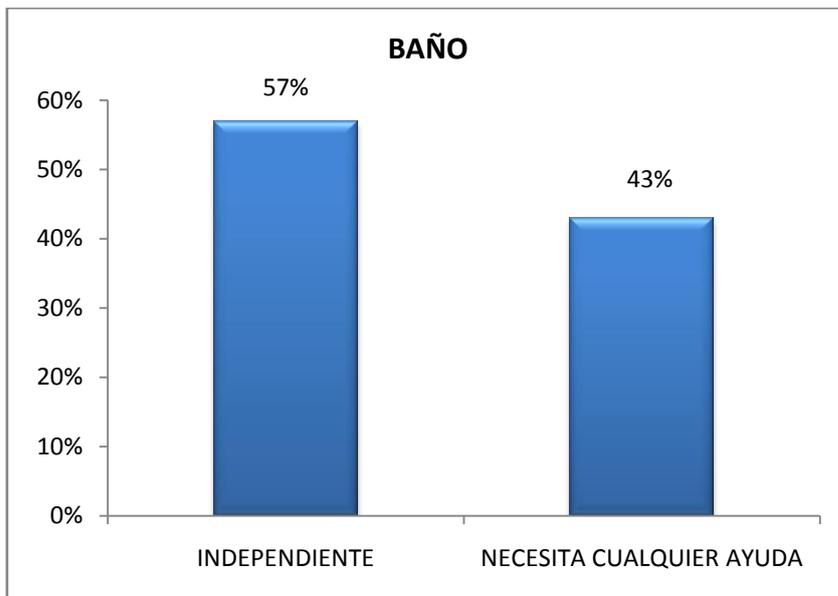


Figura N° 2: Grado de independencia funcional al bañarse en pacientes con párkinson

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 2.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL VESTIRSE EN PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N° 4: Grado de independencia funcional al vestirse en pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
VESTIDO	INDEPENDIENTE	11	25%
	NECESITA AYUDA	30	68%
	DEPENDENCIA	3	7%

La tabla N° 4 presenta el grado de independencia funcional al vestirse de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 25% presenta un grado de independencia funcional, 68% necesita cualquier ayuda para vestirse mientras que el 7% depende de una persona para poder vestirse.

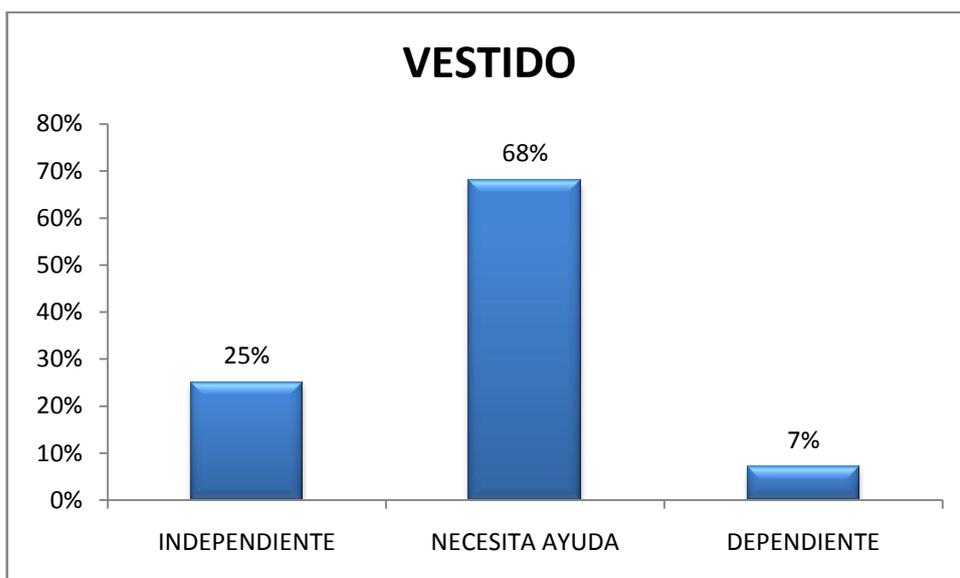


Figura N° 3:Grado de independencia funcional al vestirse en pacientes con párkinson

La figura N° 3 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL AL ASEARSE EN PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N° 5:Grado de independencia funcional al asearse en pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
ASEO	INDEPENDIENTE	34	77%
	NECESITA ALGUNA AYUDA	10	23%

La tabla N° 5 presenta el grado de independencia funcional al asearse de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 77% presenta un grado de independencia funcional mientras que el 23% necesita cualquier tipo de ayuda.

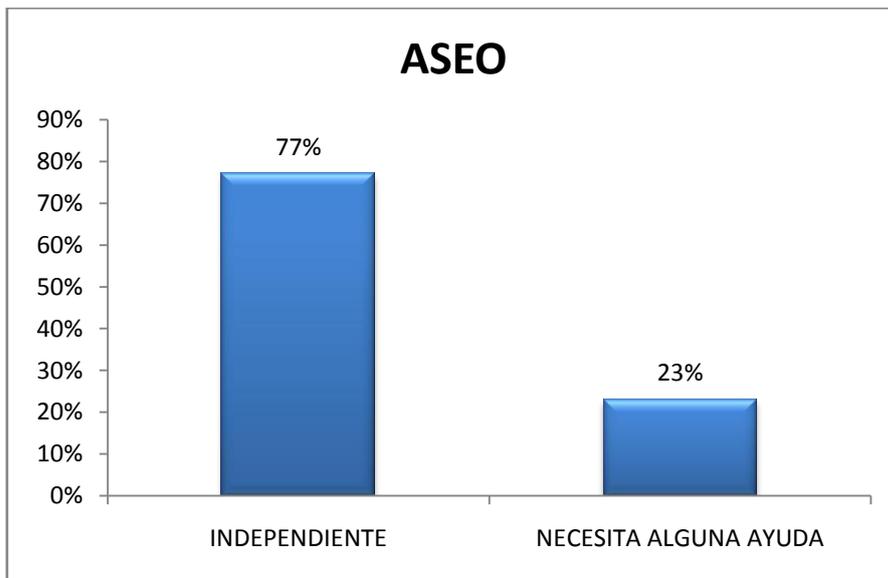


Figura Nº 4: Grado de independencia funcional al asearse en pacientes con párkinson

La figura Nº 4 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: USO DE RETRETE EN PACIENTES CONPÁRKINSON:

Tabla Nº 6: Grado de independencia funcional: uso de retrete en pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
USO DE RETRETE	INDEPENDIENTE	11	25%
	NECESITA AYUDA	13	30%
	DEPENDENCIA	20	45%

La tabla Nº 6 presenta el grado de independencia funcional durante el uso del retrete, de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 25% presenta un grado de independencia funcional, el 30% necesita cualquier tipo de ayuda y mientras el 45% es incapaz de manejarse sin asistencia.



Figura Nº 5:Grado de independencia funcional: uso de retrete en pacientes con párkinson

La figura Nº 5 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: DEFECACIÓN EN PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla Nº 7:Grado de independencia funcional: defecación en pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
DEFECACION	CONTINENTE	29	66%
	INCONTINENTE PARCIAL	12	27%
	INCONTINENTE TOTAL	3	7%

La tabla Nº 7 presenta, de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 66% presenta un grado de independencia funcional: continente, el 27% presenta un grado de independencia funcional: incontinente parcial es decir tiene algunos episodios de defecación no controlada, mientras que el 7% presenta un grado funcional: incontinente total.

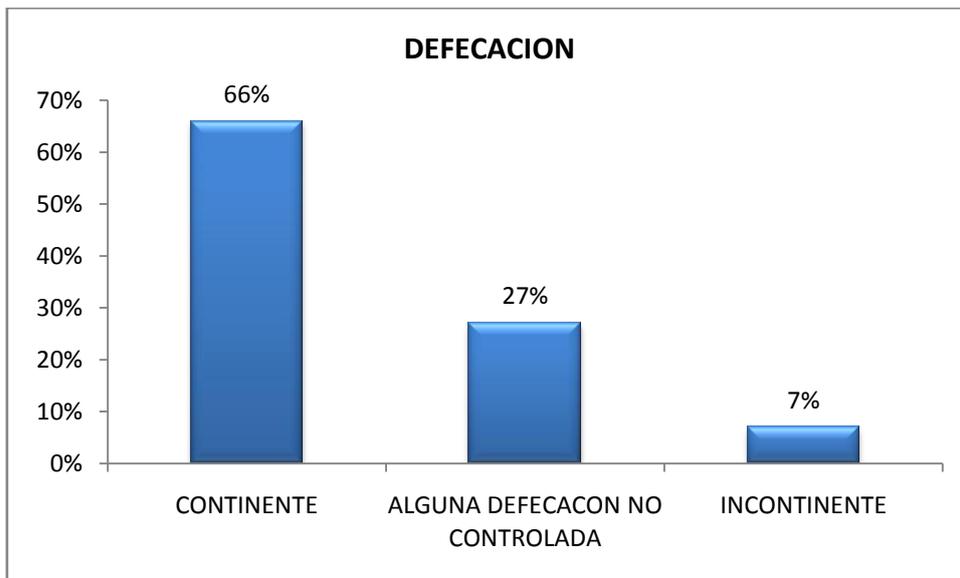


Figura Nº 6:Grado de independencia funcional: defecación en pacientes con párkinson

La figura Nº 6 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: MICCIÓN EN PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla Nº 8:Grado de independencia funcional: micción en pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
MICCION	CONTINENTE	32	73%
	ESCAPE OCASIONAL	9	20%
	INCONTINENTE	3	7%

La tabla Nº 8 presenta, de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 73% presenta un grado de independencia funcional: continente, el 20% presenta un grado de independencia funcional: escape ocasional, mientras que el 7% presenta un grado funcional: incontinente total.

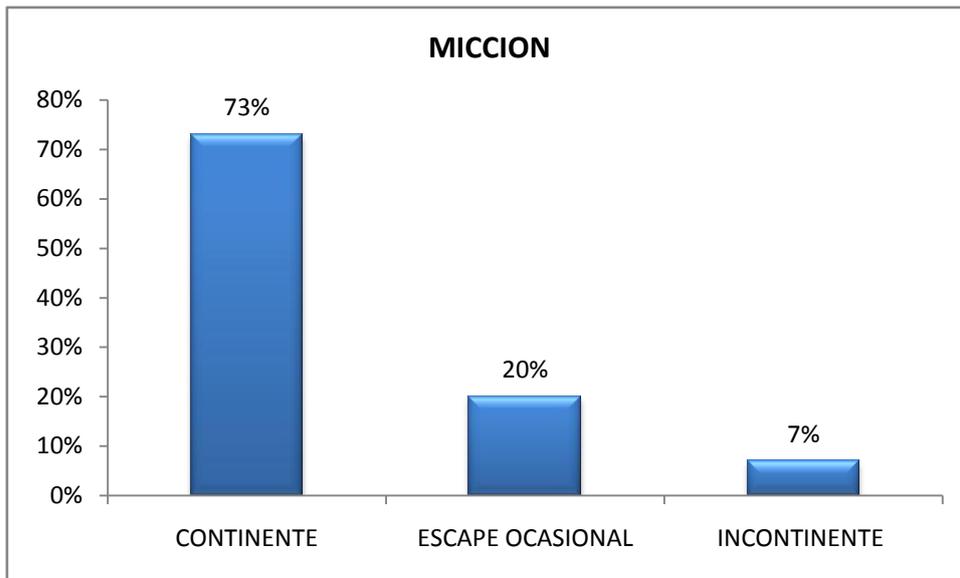


Figura N° 7:Grado de independencia funcional: micción en pacientes con párkinson

La figura N° 7 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL DURANTE LA DEAMBULACION EN LOS PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N° 9:Grado de independencia funcional durante la deambulación en los pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
DEAMBULACION	INDEPENDIENTE	10	23%
	NECESITA AYUDA	4	9%
	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS	7	16%
	DEPENDIENTE	23	52%

La tabla N° 9 presenta el grado de independencia funcional durante la deambulación de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 23% presenta un grado de independencia funcional, el 9% necesita ayuda, 16% independiente en silla de ruedas, mientras que el 52% es incapaz de manejarse sin asistencia.

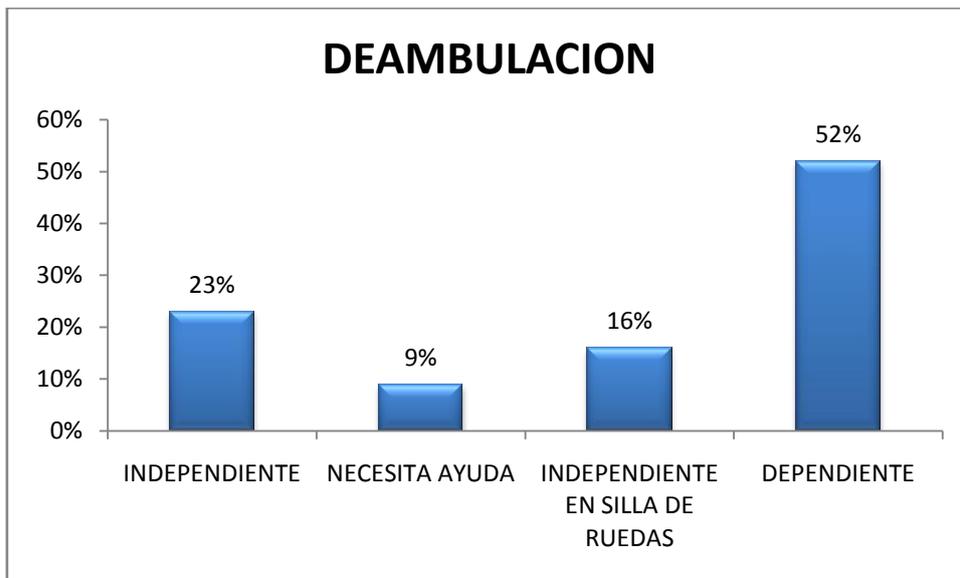


Figura N° 8: Grado de independencia funcional durante la deambulación en pacientes con párkinson

La figura N° 8 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: SUBIR Y BAJAR LAS ESCALERAS EN LOS PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N° 10: Grado de independencia funcional: subir y bajar las escaleras en los pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE	27	61%
	NECESITA AYUDA	7	16%
	INCAPAZ	10	23%

La tabla N° 10 presenta el grado de independencia funcional al momento de subir y bajar escaleras de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 61% presenta un grado de independencia funcional, 16% necesita alguna ayuda mientras que el 23% es incapaz de subir y bajar las escaleras.

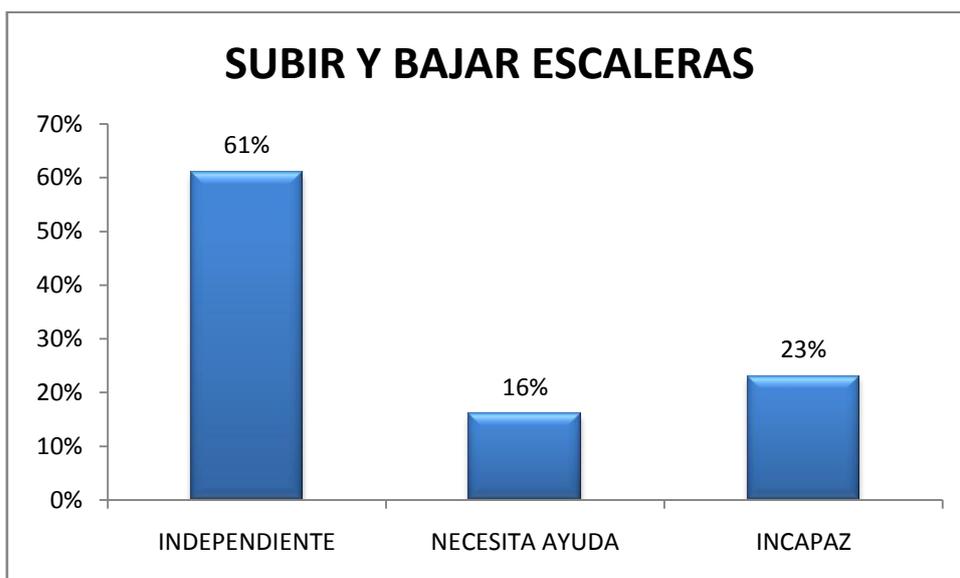


Figura N° 9: Grado de independencia funcional: subir y bajar escaleras en pacientes con párkinson

La figura N° 9 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL: TRASFERENCIA (TRASLADARSE DE LA SILLA A LA CAMA O VICEVERSA) EN LOS PACIENTES CON PÁRKINSON:

Tabla N°11: Grado de independencia funcional: transferencia (trasladarse de la silla a la cama o viceversa) en los pacientes con párkinson

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
TRASFERENCIA (TRASLADARSE DE LA SILLA A LA CAMA O VICEVERSA)	INDEPENDIENTE	17	39%
	NECESITA POCA O MINIMA AYUDA	17	39%
	NECESITA MUCHA AYUDA	10	22%
	INCAPAZ	0	0%

La tabla N° 11 presenta el grado de independencia funcional al momento de trasladarse de la silla a la cama o viceversa de 44 pacientes con la enfermedad de párkinson de los cuales el 39% presenta un grado de independencia funcional, 39%

necesita poca o mínima ayuda, 22% necesita mucha ayuda y mientras que el 0% es incapaz de realizarlo.

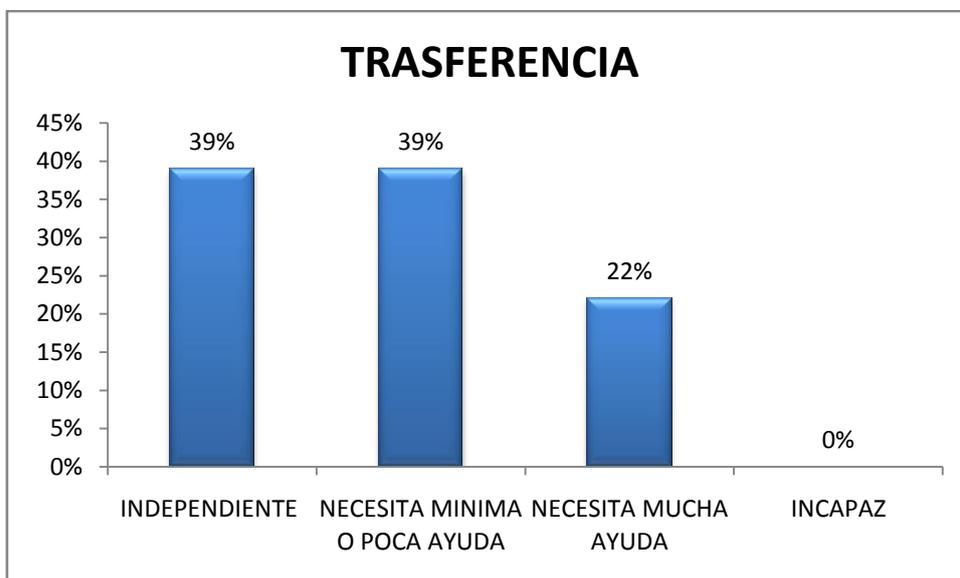


Figura N° 10: Grado de independencia funcional: transferencia (trasladarse de la silla a la cama o viceversa) en los pacientes con párkinson

La figura N° 10 muestra los porcentajes correspondientes.

GRADO DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON:

Tabla N° 12: Grado de independencia funcional en pacientes con la enfermedad de párkinson.

DIMENSION	VALOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON PÁRKINSON	DEPENDENCIA TOTAL	3	7%
	DEPENDENCIA GRAVE	3	7%
	DEPENDENCIA MODERADA	7	16%
	DEPENDENCIA LEVE	24	54%
	INDEPENDIENTE	7	16%

La tabla N° 12 presenta el grado de independencia funcional en pacientes con párkinson, se muestra que el 54% de pacientes tienen una dependencia leve, el 16%

de pacientes muestra un grado de dependencia moderada, el 7% dependencia total, 7% dependencia grave y mientras que el 16% son pacientes independientes.

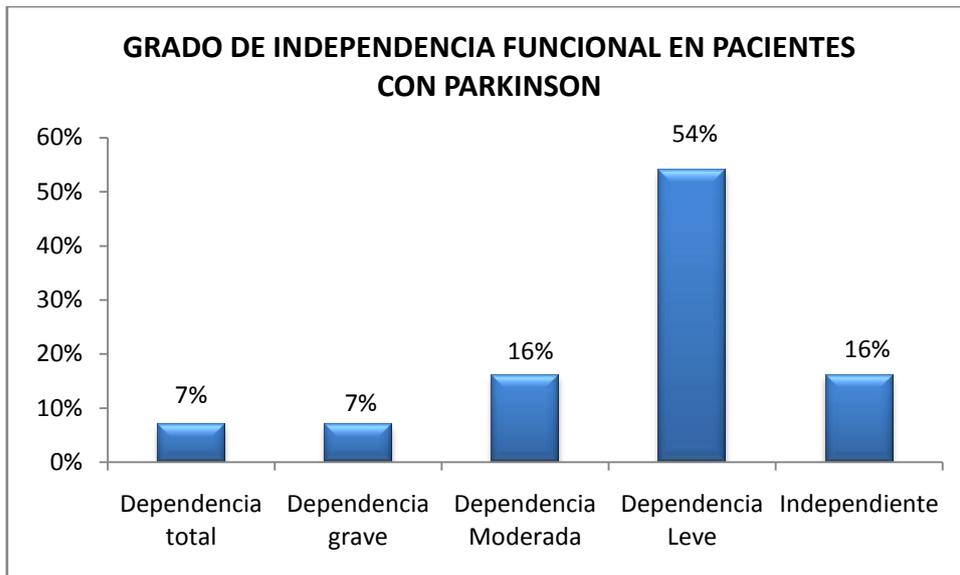


Figura N° 11: Grado de independencia funcional en los pacientes con párkinson

La figura N° 11 muestra los porcentajes correspondientes.

4.2. Discusiones de Resultados

- 1.- Un estudio realizado en el país de Chile en el año 2009 teniendo como autores Rocio Paz y Rodrigo Yañez y llevando como título "Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de Geriatría del Hospital Regional Doctor Lautaro Navarro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de Media de Independencia Funcional y su relación con el Síndrome de Dismovilidad", obteniendo como resultado que el 66.6% tuvieron menor etapificación en el síndrome de dismovilidad lo que significa que el mayor porcentaje tenía una mayor independencia funcional, en nuestro estudio el 54% de nuestra muestra tenía una dependencia leve, lo que coincide con el estudio mencionado.

- 2- Un estudio realizado en Chile por Paulina Alvear y Carlos Carmona en el año 2005 al finalizar dicha investigación que llevó por título "Descripción de la independencia funcional (IF), equilibrio (EQ) y depresión (DEP) de los pacientes con enfermedad de párkinson pertenecientes a liga Chilena contra el mal de párkinson", se demostró que existe una gran incidencia de la enfermedad de párkinson en el sexo masculino; por lo tanto se puede decir que la enfermedad de párkinson afecta a ambos sexo pero incide en el sexo masculino arrojando como resultados finales de esta investigación predominancia en sexo masculino; en nuestra investigación el 77% de nuestra muestra fue el sexo masculino coincidiendo con la investigación mencionada con respecto a la independencia funcional los datos finales del estudio se concluye que a mayor edad aumentaría el grado de dependencia funcional, mientras que la persona con la enfermedad de Parkinson a menor edad puede llegar hacer una persona independiente

encontrándose en sus fases iniciales de la enfermedad de párkinson, dichos resultados se comparan con lo obtenido en esta investigación dando una similitud a los resultados pacientes con una edad avanzada implica cuidados de segundas personas así como también del estado de su enfermedad, mientras que paciente adulto mayor requiere cierto tipo de ayuda pero sin llegar a la dependencia de segundas personas.

3.- En nuestra investigación al utilizar el test de Barthel se obtuvo una media de 71,0 dato que es muy coincidente con el estudio realizado en Ecuador en el año 2004 por David Cassinelli y Roció Santibáñez, en su estudio titulado "Relación entre manifestaciones motoras y deterioro cognitivo en la enfermedad de párkinson", en la cual obtuvo una media de 77,5. Aunque nuestro estudio solo nos da resultado del grado de capacidad funcional, no nos permite saber si existe un deterioro cognitivo que sea directamente proporcional al deterioro motor, sin embargo nos permite tener una noción de este deterioro cognitivo al comparar nuestros resultados del compromiso motor con el estudio mencionado.

4.- En México en el año 2007, Melba Barrantes, Emilio García, Luis Gutiérrez y Alejandro Jaimes, en su estudio titulado "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos Mexicanos" Concluyeron que el 24% era dependiente en sus actividades básicas de la vida diaria, mientras que los que tenían dependencia funcional la mayoría (14%) tenían dependencia leve, utilizando como instrumento el índice de katz, en nuestro estudio a pesar que se utilizó un instrumento diferente como es Barthel, se llegó a la misma conclusión, es decir el grupo mayor de 54% tenía dependencia leve, aunque los que eran dependientes totales solo fue de

7%, lo que difiere del estudio mencionado, esto debido a que en el estudio Mexicano se evaluaron a personas de un centro geriátrico, y nuestro estudio tiene como población a las pacientes con enfermedad de párkinson que acuden ambulatoriamente al hospital Víctor Lazarte Echegaray, lo que significa probablemente que los pacientes dependiente totales o postrados no sean traídos a la unidad de medicina física y rehabilitación por ser dificultoso su traslado, lo que puede causar la diferencia entre el grado de dependencia total de nuestro estudio con el estudio Mexicano.

4.3. CONCLUSIONES

1. El grado de independencia funcional de los pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación es de 7% dependencia total, 7% dependencia grave, 16% dependencia moderada, 54% Dependencia leve, 16% independiente.
2. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson en la alimentación es de 50% independiente mientras que el 7% necesita ser alimentado por segundas personas.
3. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson al bañarse es de 57% independiente mientras que el 43% necesita cualquier tipo de ayuda.
4. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson al vestirse es de 25% independiente mientras que el 7% necesita ser vestido por segundas personas.
5. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson en el aseo personal es de 77% independiente mientras que 23% necesita algún tipo de ayuda para poder realizarlo.
6. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson al uso del retrete es de 25% de manera independiente mientras que el 45% necesita ser atendido o recibir ayuda de segundas personas.
7. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson a la defecación es de 66% contención a la defecación mientras el 7% es incontinente.

8. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson a la micción es de 73% es continente mientras que el 7% de pacientes sufren de incontinencia.
9. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson a la deambulaci3n es de 23% independiente mientras el 52% dependen de segundas personas o son transportadas en silla de ruedas.
10. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson al subir y bajar escaleras es de 61% independiente mientras que el 23% es incapaz de realizarlo.
11. El grado de dependencia de los pacientes con la enfermedad de párkinson al trasladarse de la silla a la cama o viceversa el 39% es independiente mientras que el 22% necesita mucha ayuda.

4.3. RECOMENDACIONES

1. Aplicar el test de Barthel a todos los pacientes que ingresan al programa de párkinson para tener en cuenta en qué grado se encuentra el paciente y como es que la enfermedad va comprometiendo las actividades de la vida diaria, y de esta manera planificar nuestro programas de tratamiento fisioterapéutico.
2. Orientar al familiar o cuidador de los pacientes con la enfermedad de párkinson sobre cuáles son las medidas de precaución en el hogar para evitar complicaciones como caídas, úlceras de presión, rigidez articular, complicando de esta manera la enfermedad.
3. Aplicar el test de Barthel como herramienta para determinar el grado de dependencia funcional a otras patologías como hemiplejia, amputados, lesionados medulares, para poder tener un panorama más amplio de la patología y poder planificar programas de tratamientos fisioterapéuticos adecuados.
4. Incluir dentro de los programas de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación la consejería de nutrición ya que nuestros resultados obtenidos demuestran los diversos problemas gástricos que padecen nuestros pacientes por no llevar una dieta adecuada.
5. Enfocar de manera multidisciplinaria el programa de párkinson para que de esta manera se incluya no solamente al tecnólogo medico en terapia física y al médico rehabilitador sino que también se incluya al tecnólogo medico en

terapia ocupacional, al tecnólogo médico en terapia de lenguaje, psicólogo, asistente social para de esta manera llevar a cabo un programa integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C. Warren Olanow.; Anthony H.V. Schapira .Principios de medicina interna. 18^a edición. 2012.
2. Quo. Día mundial del Parkinson. [En línea] Abril 2013. [visto 02 Febrero del 2015].URL disponible en: <http://quo.mx/noticias/2013/04/10/8-datos-sobre-el-mal-del-parkinson>
3. Cofpo.org.Consejo. Enfermedad de Parkinson. [sede web]. España: Cofpo.org;2012 [visto 02 de Febrero]. URL disponible en: http://www.cofpo.org/tl_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20120330-ENFERMEDAD%20DE%20PARKINSON.pdf
4. National Parkinson Foundation. Enfermedad de Parkinson: Lo que usted y su familia deben saber. [En línea] [visto 02 de Febrero del 2015].URL disponible en: http://www3.parkinson.org/site/DocServer/Lo_Que_Usted_y_Su_Familia_Deben_Saber.pdf?docID=200
5. Pedro Chaná C., Magdalena Jiménez C., Violeta Díaz T., Carlos Juri. Mortalidad por Enfermedad de Parkinson en Chile. Revista Médica de Chile. [En línea] 2013 [visto 02 de Febrero del 2015].URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000300007&script=sci_arttext
6. Catherine Camacho. Sube la incidencia del Parkinson en los más jóvenes. Canelas ; 2012. [visto 02 de Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/vida-y-futuro/20120411/sube-la-incidencia-del-parkinson-en-los-mas_167419_351215.html

7. Ministerio de Salud del Perú. Mal del Parkinson ataca al 1% de Peruanos. [En línea] 2013. [visto 02 Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12476
8. Ministerio de Salud del Perú. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. [En línea] 2008. [visto 02 Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/ult_inv_evi_cie2010/La%20carga%20de%20la%20Emfermedad.pdf
9. Marcela Sanhueza, Manuel Castro, José Merino. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería. [en línea] 2005. [visto 11 Febrero 2015]. 11(2), 17-21, URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
10. Jason Burgess, Javier Silva. Calidad de vida relacionada a la salud e independencia funcional en adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una comuna de la región Metropolitana. [Tesis para obtener el grado de licenciatura]. Chile; sistema de biblioteca, Universidad de Chile. 2007. [visto el 11 de Febrero 2015]. URL disponible en : http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/burgess_j/html/index-frames.html
11. Erika Cyrus Barker. Funcionalidad, fragilidad del adulto mayor. [Sede web]. Costa Rica. Geriatriatfusp. 2009. [visto 11 Febrero 2015]. URL disponible en: <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>
12. María Trigás, Lucia Ferreira, Héctor Meijide. Escalas de valoración funcional en el anciano. Sogami. [en línea]. 2011 [visto 12 de Febrero 2015];72: 11-16. URL disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

13. Ángel León Valenzuela. Valoración de la independencia funcional y el grado de discapacidad de lesionados medulares tras el tratamiento rehabilitador. Portales médicos. [en línea]. 2011 [visto 12 de Febrero 2015]; URL disponible en : <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3275/5/valoracion-de-la-independencia-funcional-y-grado-de-discapacidad-en-lesionados-medulares-tras-el-tratamiento-rehabilitador>
14. William J., Lisa M., Anthony E. La enfermedad de Párkinson: una guía completa para pacientes y familiares. Barcelona: Barcelona Paidós Ibérica. 2002
15. Neurorehabilitacion.com. Enfermedad de Párkinson [sede web]. Argentina: neurorehabilitacion; 2009. [visto el 20 de Febrero]. URL: http://wwwneurorehabilitacion.com/enfermedad_de_parkinson.htm
16. Sld.cu. Enfermedad de Parkinson. Guía terapéutica de la sociedad Catalana de Neurología. [sede web]. Cuba: sld.cu [visto el 15 de Febrero]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/enfermedad_de_parkinson.pdf
17. Javeriana.edu.co. Programa del curso neurobioquímica [sede web]. Bogotá. Javeriana.edu.co. [visto el 15 de Febrero]. URL: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Ciencias/neurobioquimica/libros/neurobioquimica/programneuro.htm>
18. El mundo.es. enfermedades: Parkinson. [Sede web]. Madrid: dmedicina.com; 2009 [visto 24 de Febrero]. URL disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/parkinson>
19. Geosalud.com .Enfermedad de Párkinson. [Sede web]. Costa Rica: geosalud.com; 2014. [visto 24 de Febrero]. URL disponible en:

- http://geosalud.com/adultos_mayores/parkinson.htm
20. Español.ninds.nih.gov. Enfermedad de Párkinson: esperanza en la investigación. [Sede web].Maryland; 2010. [visto 24 de Febrero]. URL disponible en:
http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm#enfermedad
 21. Federico Micheli, Martín Nogués, Jorge Asconapé, Manuel Fernández, José Biller. Tratado de Neurología Clínica. Barcelona. Medica Panamericana S.A. 2002.
 22. Ministerio de salud. Guía clínica Enfermedad de Parkinson. Minsal[En línea] 2010 [fecha de acceso 20 de Febrero del 2015]. URL disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a0cef2ae04001011f01678a.pdf>
 23. Federico E. Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados. 2 ed. Buenos Aires. Médica Panamericana; 2006.
 24. Yolanda Macías M. Ansiedad, Ira y Tristeza – Depresión en la enfermedad de Parkinson. [Tesis Doctoral]. Madrid: sistema de biblioteca. Universidad Complutense de Madrid, 2006. [Visto 23 febrero 2015]. URL disponible en:
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29262.pdf>
 25. Pedro Chana, Daniela Alburquerque, Rafael Aranguiz, Nicole Baldwin, Olga Benavides, Andrés de la Cerda, et al. Enfermedad de Parkinson. Chile. Cetram. 2010.
 26. pdf.org. Enfermedad de párkinson Preguntas y Respuestas. [Sede web].Estados Unidos. ParkinsonsDiseaseFoundation; 2007 [visto el 23 Febrero]. URL disponible en: <http://www.pdf.org/pdf/SpanishQA2007.pdf>

27. Ministerio de educación política social y deporte. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Gobierno de España 2008.
28. Yolanda Macías Macías. “Ansiedad, ira y tristeza – depresión en la enfermedad de Parkinson”. [Tesis para obtener Doctorado]. Madrid; sistema de biblioteca, Universidad Complutense de Madrid. 2006. [visto 25 febrero 2015]. URL disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29262.pdf>
29. Parkinson.org. Enfermedad de Parkinson: dificultades con el habla y la deglución (tragar) [sede web]. EEUU: parkinson.org; 2005 [visto 25 de Febrero]. URL disponible en: http://www3.parkinson.org/site/DocServer/Dificultades_con_el_Habla_y_la_Deglucion.pdf?docID=196
30. Caregiver.org. La enfermedad de Parkinson (Parkinson'sDisease). [sede web]. EEUU: parkinson.org; 2014 [visto 25 de Febrero]. URL disponible en: <https://www.caregiver.org/la-enfermedad-de-parkinson-parkinsons-disease>
31. Aep-taray.org. consejos sobre alimentación para pacientes con enfermedad de párkinson. [sede web]. Madrid: aep-taray.org. [visto 25 de Febrero]. URL disponible en: <http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/alimentacion.pdf>
32. YoelRodriguez, Lester Pola, Tamara Juvier, Ramon Cabal, Alexis Sto, et al. Manifestaciones neuroftalmológicas en la enfermedad de Parkinson. Revista cubana de oftalmología. [en línea],2013 [visto el 25 de Febrero]; (26). URL disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762013000100017&script=sci_arttext
33. Diego Santos, Ángel Aneiros, Mercedes Macías, Miguel Llana, Javier Abella, Helena Santos. Síntomas sensoriales en la enfermedad de Parkinson.

- Revista neurológica. [en línea]. 2010 [visto el 25 de Febrero]; (50). URL disponible en : <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S02/bdS020S65.pdf>
- 34.P. Clavero, María Rodríguez. Trastornos del sueño en la enfermedad de párkinson y otros trastornos del movimiento. Revista Anales del sistema sanitario de Navarra. [en línea]. 2007 [visto el 25 de Febrero]; (30). URL disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200013&script=sci_arttext
- 35.Amn-web.com. Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson [sede web]. España: Amn-web.com; 2012 [visto 25 de Febrero]. URL disponible en: <http://www.amn-web.com/documentos/protocolo-parkinson-madrid.pdf>
- 36.Medicina21.com. problemas médicos asociados a la enfermedad de Parkinson [Sede web]. España: medicina21.com; 2008. [visto 25 de Febrero]. URL disponible en: <http://www.medicina21.com/articulos-V1322->
- 37.Sarason, Irving G Sarason, Barbara R. Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Pearson educación; 2006
- 38.Aep-taray.or. Consejos para mejorar el estado físico de pacientes con enfermedad de Parkinson. [Sede web]. Madrid; 2002. [visto 26 de Febrero]. URL disponible en: <http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/fisioterapia.pdf>
- 39.Seguro Social de Salud. Visión y Misión. [En línea] 2015 [fecha de acceso 26 de Febrero del 2015]. URL disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/>
- 40.Roció Letelier, Rodrigo Yañez. Determinación del grado de dependencia funcional de los pacientes del servicio de Geriátría del Hospital Regional Doctor Lautaro Avaria de la ciudad de Punta Arenas mediante la aplicación de Medida de Independencia Funcional y su relación con el Síndrome de Dismovilidad. [Tesis para obtener licenciatura]. Chile; sistema de biblioteca,

- Universidad de Magallanes. 2009. [visto 06 Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.umag.cl/biblioteca/tesis/letelier_matisen_2009.pdf
41. Paulina Alvear, Carlos Carmona. Descripción de la independencia funcional, equilibrio y depresión de los pacientes con enfermedad de Parkinson pertenecientes a la liga Chilena contra el mal del Parkinson. [Tesis para obtener licenciatura]. Chile; sistema de biblioteca, Universidad de Chile. 2005. [visto 06 Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/alvear_p/html/index-frames.html
42. David Cassinelli, Roció Santibáñez. Relación entre manifestaciones motoras y deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2004; 13 (3) [visto 06 Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.medicosecuador.com/revecuatneuro/vol13_n3_2004/relaciones.htm
43. Melba Barrantes, Emilio García, Luis Gutiérrez, Alejandro Jaimes. Dependencia funcional y enfermedades Crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública de México, 49 (4), 2007. [Visto 06 Febrero 2015]. URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci_arttext
44. Manuel Rodríguez, Isidro Gonzáles, Enrique Enríquez. Trastornos motores primarios y alteraciones no neurológicas secundarias como causa de limitación funcional en la enfermedad de Parkinson.[Tesis doctoral]. España. Servicio de publicaciones Universidad de la Laguna; 1995. [Visto 09 Febrero 2015]. URL disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccppytec/cp22.pdf>
45. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes[En línea]. España; aragon; 2011. [visto 11 febrero 2015]. URL disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEst>

adisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI
%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF

46. Claudia Barrero, Servando García, Alejandro Ojeda. Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y restauración neurológica. [en línea]. 2005 [visto 15 de Febrero 2015]; 4: 1-6. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf
47. Javier Cid, Javier Damián. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Española de salud Pública. [En línea] 1997.[visto el 15 de Febrero]; 71: 127-137. URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

ANEXO N° 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

“INDEPENDENCIA FUNCIONAL DE PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON DE LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY”.

Prado B.L.

Introducción

Siendo egresado de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende determinar el grado de independencia funcional de pacientes con la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación del hospital Víctor lazarte Echegaray, para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizara un test que constará de 10 actividades de vida diaria. Su participación será por única vez.

Los trastornos neurodegenerativos son lesiones, (alteraciones físicas y funcionales), asociadas al sistema nervioso y aparato locomotor, afectando las extremidades superiores como inferiores.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que no se le realizará ninguna evaluación clínica ni

física de forma directa, se tomara todas las medidas preventivas durante la evaluación observacional.

Beneficios

Los resultados de su evaluación por medio del test observacional contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación actual del grado de independencia funcional del paciente con párkinson frecuencia de nuestro medio.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio acerca de usted, será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo el investigador sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) No serán compartidos ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas, al teléfono 01 - 4335522 Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____, declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.

•Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 44 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población de personas que pertenece al programa de párkinson del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, las mismas que están en riesgo al no saber ni conocer cuál es el grado de independencia funcional que se encuentra en estos momentos.

Yo: _____

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigación para hacerme una entrevista personal y realizar la ficha observacional, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO Nº 2

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

TEST DE BARTHEL ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesito ayuda. - Necesita ser alimentado 	<p>10 5 0</p>
Baño	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera - Necesita cualquier ayuda 	<p>5 0</p>
Vestido	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDENCIA: necesita mucha ayuda 	<p>10 5 0</p>
Aseo	<ul style="list-style-type: none"> - INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA 	<p>5 0</p>
Uso de retrete	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	<p>10 5 0</p>
Defecación	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o en el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACION NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrar su supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema 	<p>10 5 0</p>
Micción	<ul style="list-style-type: none"> - Es Continente o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda - INCONTINENTE. 	<p>10 5 0</p>

Deambulaci3n	- Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros	15	
	- NECESITA AYUDA o supervisi3n f3sica o verbal, para caminar 50 metros.	10	
	- INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.	5 0	
	- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.		
Subir y bajar escaleras	- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.	10 5 0	
	- NECESITA AYUDA f3sica o verbal.		
	- INCAPAZ de manejarse sin asistencia.		
Trasferencia (trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	- Es INDEPENDIENTE.	15	
	- NECESITA MINIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda f3sica o presencia y supervisi3n verbal).	10	
	- NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.	5 0	
	- Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.		
		total	

<p>S5¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto al aseo?</p> <p>S6¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto al uso del retrete?</p> <p>S7¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la defecación?</p> <p>S8¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la micción?</p> <p>S9¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la deambulaci3n?</p> <p>S10¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto al subir y bajar escaleras?</p> <p>S11¿Cuál es el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la transferencia?</p>	<p>Hospital Víctor Lazarte Echegaray respecto al aseo.</p> <p>S5 Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto al uso del retrete?</p> <p>S6 Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la defecación?</p> <p>S7 Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la micción?</p> <p>S8 Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la deambulaci3n?</p> <p>S9 Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto al subir y bajar escaleras?</p> <p>S10 Determinar el grado de independencia funcional de los pacientes de la enfermedad de párkinson de la unidad de medicina física y rehabilitación respecto a la transferencia?.</p>	<p>Capacidad Funcional</p>	<p>Alimentaci3n</p> <p>Baño</p> <p>Vestirse</p> <p>Aseo personal</p> <p>Control anal (defecaci3n)</p> <p>Control vesical (micci3n)</p> <p>Manejo en el inodoro</p> <p>Desplazamiento sill3n – cama</p> <p>Deambulaci3n</p> <p>Subir y bajar escaleras</p>	<p>Test</p> <p>De</p> <p>Barthel</p>	
--	--	----------------------------	---	--------------------------------------	--

