



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE

TECNOLOGÍA MÉDICA

ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE PARKINSON EN ESTADÍO I Y II DE HOEHN Y YAHR
DEL AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

JULIO – DICIEMBRE 2016.

HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE.

ESSALUD TRUJILLO”

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

LESLIE ANALI RAMIREZ CHOTON

ASESOR:

Lic. PEDRO ROJAS VELIZ

Trujillo, Perú

2017

HOJA DE APROBACIÓN

LESLIE ANALI RAMIREZ CHOTON

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE PARKINSON EN ESTADÍO I Y II DE HOEHN Y YAHR.
JULIO – DICIEMBRE 2016. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE.
ESSALUD TRUJILLO”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciada en Tecnología Médica en el ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN por la Universidad Alas Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2017

Se Dedicar este Trabajo:

A DIOS, por ser mi guía y fortaleza en cada momento de mi vida y por darme la oportunidad de cumplir una de mis metas.

A MI QUERIDA MADRE DINA CHOTÓN VILLANUEVA, por el gran amor, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me ha brindado, por tener siempre la fortaleza de seguir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado como una mujer de bien. Por la cual viviré eternamente agradecida.

A LA FAMILIA GABRIEL – GRACIELA FLORES RIERA, GABRIEL F. MÜLLER, por ayudarme a seguir adelante, por su apoyo y comprensión constante e incondicional.

Agradezco sinceramente a mi tutor, Lic. Pedro Renato Rojas Veliz; por su motivación y paciencia de haber culminado este logro que ha sido un honor haber contado con su ayuda y orientación.

Agradecer también, a la Universidad “ALAS PERUANAS”, a los docentes que me guiaron con sus enseñanzas y la motivación de seguir adelante con mis estudios.

Agradecer al Hospital Víctor Lazarte, por todo el año del internado que gracias a su estadía, y a las enseñanzas gratas compartidas en sus ambientes y de haber realizado este trabajo de tesis y comprobar la importancia de esta investigación y pueda ser de utilidad a la comunidad.

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la prevalencia de la enfermedad de Parkinson, asimismo, registrar la prevalencia de la calidad de vida en pacientes con Parkinson DEL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. JULIO – DICIEMBRE 2016. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE – ESSALUD TRUJILLO.

El tipo de estudio de la presente investigación es tipo descriptivo de corte transversal, se ubica en los no experimentales, ya que la exposición ocurre sin la participación del investigador y según variables que están fuera de su control. Según el criterio de temporalidad es prospectivo, puesto que se registra los datos durante el estudio.

Los resultados obtenidos en la presente investigación de la calidad de vida relacionada a la salud del HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE DEL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN JULIO – DICIEMBRE 2016 presenta un 30% (15 pacientes) que presenta un estado de salud malo, un 52 % (26 pacientes) en estado de salud regular y un 18 % (9 pacientes) con un estado de salud bueno.

Palabras claves: Calidad de vida, Parkinson.

ABSTRACT

The purpose of the present investigation was to determine the prevalence of Parkinson's disease, as well as to register the prevalence of quality of life in patients with Parkinson's of the PHYSICAL MEDICINE SERVICE. JULIO – DICIEMBRE 2016. HOSPITAL VICTOR LAZARTE – ESSALUD TRUJILLO.

The type of study of the present investigation is a cross-sectional descriptive type, it is located in the non-experimental ones, since the exposure occurs without the participation of the researcher and according to variables that are beyond his control. According to the criterion of temporality, it is prospective, since the data is recorded during the study.

The results obtained in the present investigation of the quality of life related to the health. JULIO – DICIEMBRE 2016. the Víctor Lazarte Hospital in the area of Physical Medicine and Rehabilitation presents 30% (15 patients) presenting a bad state of health, 52% (26 patients) in a state of regular health and 18% (9 patients) with a good state of health.

Keywords: Quality of life, Parkinson.

LISTA DE FIGURAS

Figura N°01: Distribución por sexo.....	39
Figura N°02: Variable de calidad de vida relacionada a la salud.....	40
Figura N° 03: Dimensión estado funcional.....	41
Figura N°04: Dimensión Bienestar Emocional.....	42

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 01: Edad de la muestra.....	38
Tabla N° 02: Prevalencia del sexo de la muestra.....	38
Tabla N°03. Variable de calidad de vida relacionada a la salud.....	39
Tabla N° 04: Dimensión estado funcional.....	40
Tabla N°05: Dimensión Bienestar Emocional.....	41

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
1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Formulación del Problema.....	14
1.2.1. Problema General.....	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. Objetivos.....	14
1.3.1. Objetivo General.....	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	15
1.4. Justificación.....	15
2: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	16
2.1.1 Calidad de vida.....	16
2.1.2. Parkinson.....	18
2.1.3. Etiología.....	18
2.1.4. Manifestaciones Clínicas.....	20
2.1.5. Estadios de la Enfermedad de Parkinson.....	24
2.1.6 Clasificación de La Escala de Hoehn y Yahr.....	27
2.1.7 Tratamiento Rehabilitador.....	27
2.2. Antecedentes.....	29
3: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo del Investigación.....	33
3.2. Diseño de Investigación.....	33
3.3. Población y muestra de la investigación.....	33
3.3.1 Población.....	33
3.3.2 Muestra.....	33
3.4. Variables, dimensiones e indicadores.....	35
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.6. Método de análisis de datos.....	37

4: RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1. Resultados.....	38
4.2. Discusiones de resultados.....	42
4.3. Conclusiones.....	44
4.4. Recomendaciones.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	50
-Consentimiento informado.....	51
- Instrumento.....	52

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el Parkinson es una enfermedad que afecta a más de 65.000 personas y constituye una de las causas de incapacidad en las personas mayores; sin embargo, cada vez afecta a personas más jóvenes, incluso a individuos menores de 40 años. Se trata de una degeneración crónica y progresiva de las estructuras cerebrales encargadas de la coordinación del movimiento, equilibrio y la postura.

La calidad de vida en relación con la enfermedad de Parkinson desencadena progresivamente aumento de las limitaciones para el desempeño en las actividades de la vida diaria, surgen disfunciones cognitivas y desórdenes corporales, que aumentan a su vez el deterioro de la calidad de vida, incluyendo dimensiones físicas, psicológicas, emocionales, sociales y económicas.

La presente investigación se realizó en el AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. JULIO – DICIEMBRE 2016. HOSPITAL DE VÍCTOR LAZARTE – ESSALUD TRUJILLO.

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad de Parkinson afecta a uno de cada 100 personas mayores de 60 años. Actualmente, hay unos 7 millones con esta enfermedad en el mundo y la OMS prevé que para el 2030 llegarán a ser más de 12 millones. (1)

En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de abril como Día Mundial del Parkinson, coincidiendo con el aniversario del nacimiento de James Parkinson, neurólogo británico que, en 1817, descubrió lo que en aquel tiempo llamó “parálisis agitante” y que hoy conocemos como enfermedad de Parkinson. (2)

En España afecta a unas 160.000 personas. Pese a que gran parte de la población asocia el párkinson con el temblor del cuerpo, Kulisevsky ha matizado que "hay muchos afectados que no tienen este síntoma y que nunca lo tendrán", un hecho que dificulta el diagnóstico. (3)

Estudios en Estados Unidos nos indican que cerca de 50.000 personas son diagnosticadas con enfermedad de Parkinson cada año, aunque algunos cálculos son mucho más altos. (4)

Investigadores estadounidenses del departamento de neurología del centro médico de la Universidad de Rochester estudiaron las tasas proyectadas de crecimiento en los cinco países más grandes de Europa occidental: Francia, España, Alemania, Reino Unido e Italia; Los resultados revelaron que el número de

individuos con Parkinson en esos países aumentará de 4,1 millones a 8,7 millones para el año 2030. (5)

La enfermedad se presenta en todo el mundo y en todas las razas, tiene una prevalencia de 1/1000 habitantes y en Mayores de 65 años de 1/100 habitantes. En el Perú, Cuba y Colombia encontraron: En relación al lugar de nacimiento una alta incidencia en la región central del país y una mínima incidencia en la región de la selva. (6)

En Chile, el grupo etario de mayores de 60 años, tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4%¹ con 1.717.478 personas y el grupo etario de 65 años y más es de 1.217.576, corresponde al 8% de la población. De este total, destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 14.7% con 250.840 personas. La esperanza de vida al nacer en Chile, es hoy día de 77,36 años (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres). Para el 2050 se estima un 23,5% de la población mayor de 60 años (5.229.000). (7)

En el Perú no se encontró datos precisos sobre prevalencia e incidencia de esta enfermedad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

Pg. ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio inicial del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY?

1.2.2 Problemas Específicos

Pe1. ¿Cuál es el estado funcional en pacientes de con enfermedad de Parkinson del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE?

Pe2. ¿Cuál es el bienestar emocional en pacientes con enfermedad de Parkinson del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Og1. Mejorar la calidad de vida y capacidad funcional en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Og2. Mejorar el bienestar emocional en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

1.3.2 Objetivos específicos

Oe1. Determinar el estado funcional de los pacientes con enfermedad de Parkinson del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 del Hospital Víctor Lazarte.

Oe2. Determinar el bienestar emocional de los pacientes con enfermedad de Parkinson del SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 del Hospital Víctor Lazarte.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación basada en la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE se realiza con la finalidad de dar a conocer a los familiares, cuidadores y a toda la población interesada en informarse en mayor profundidad sobre la invalidez que esta enfermedad produce a las personas.

La enfermedad de Parkinson tiene un alto impacto en la vida de los afectados y en sus familiares. Dificulta primero a las actividades de ocio y poco a poco a las actividades profesionales y a las actividades básicas de la vida diaria, provocando un deterioro progresivo de la calidad de vida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS

2.1.1 Calidad de Vida

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. Las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor son de naturaleza formal cuando están asociadas a lo institucional, y las informales están constituidas por la familia, familiares, los vecinos y los amigos. Las redes de apoyo primarias son de vital importancia como parte de la estructura funcional, afectiva y social. Para efectos de este análisis, se ha definido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida. (8)

Lawton (2001) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:

1. Calidad de vida física: Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

2. Calidad de vida social: Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

3. Calidad de vida percibida: Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

4. Calidad de vida psicológica: Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global. En este sentido, Schulz y Heckhausen (1996) han ofrecido un modelo de bienestar psicológico en el que el sentido de control personal (primario o secundario) es el elemento central. (9)

2.1.2 Parkinson

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, de presentación generalmente esporádica. Afecta a las zonas del cerebro encargadas del control y coordinación del movimiento y tono muscular y de la postura. (10)

Es un trastorno progresivo, secundario a la muerte de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra (SN) y de otros núcleos pigmentados del tallo cerebral. (11)

La Enfermedad de Parkinson, tuvo lugar por vez primera en el año de 1817, gracias a los aportes del médico británico James Parkinson, quien tras una ardua investigación en una muestra de seis pacientes, encontró que estos manifestaban los modernos síntomas de lo que hoy identificamos como Parkinson (Mohr et al., 1996), pero que en el siglo XIX fue nombrado como parálisis agitante. Oficialmente la primera vez que se nombra a la parálisis agitante como enfermedad de Parkinson (EP), es con el científico francés Jean Charcot, quien le otorgó dicho apelativo, y que es la expresión científica que persevera en la contemporaneidad (Macht & Ellgring, 1999). (12)

2.1.3 Etiología

La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, mueren o

sufren algún deterioro. Aunque de forma general se desconoce el origen de la enfermedad, algunos casos son producidos por la exposición a traumatismos, drogas o medicamentos y existen formas hereditarias de la enfermedad. Numerosas teorías intentan explicar el deterioro neurológico que produce esta patología. Se cree que algunos pesticidas y toxinas, junto a cierta predisposición genética, podrían ser los desencadenantes de la enfermedad, otras teorías avalan la posibilidad de que los radicales libres dañen los tejidos y las neuronas. El factor genético justificaría determinadas formas hereditarias de Parkinson en algunos grupos de familias. Por otra parte durante el proceso de envejecimiento, se reduce la concentración de dopamina en estructuras transportadoras, que llevan el neurotransmisor de unas neuronas a otras. Algunos estudios indican que las personas de edad muy avanzada no son susceptibles al desarrollo de la enfermedad, indicando que el proceso de envejecimiento en sí mismo no es el principal factor de la enfermedad. La enfermedad de Parkinson se suele denominar idiopática, lo cual significa que se desconoce su causa primaria, para distinguirla del llamado parkinsonismo, que tiene lugar por una causa conocida. Aunque el déficit de dopamina es el defecto primario de la enfermedad de Parkinson, aún queda por descubrir cómo se pierde esta dopamina. Los estudios indican que la causa es una combinación de susceptibilidad genética y factores ambientales. (13)

2.1.4 Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas asociadas a la Enfermedad de Parkinson presentan una gran variedad. Los signos cardinales son: bradicinesia, rigidez y temblor. Un cuarto síntoma, alteración de los reflejos posturales, se presenta generalmente en estadios avanzados de la enfermedad. En el momento del diagnóstico, estos síntomas son generalmente unilaterales, pero se hacen bilaterales con la progresión de la enfermedad. Además de los síntomas motores, también hay manifestaciones cognitivas, autonómicas y sensoriales. (14)

2.1.4.1 Síntomas

Los síntomas iniciales de la enfermedad pueden ser leves e instaurarse de forma muy gradual. Los familiares percibirán una pérdida de la expresividad facial del paciente, o que éste camina más lento de lo habitual, con pasos cortos y uno de los brazos sin balancear. El paciente puede notar que le cuesta más firmar un documento o que su letra se va haciendo más pequeña cuando escribe. También puede tener más dificultad para afeitarse o abrocharse los zapatos o botones de la ropa, así como para girarse en la cama o levantarse de ella o de una silla. El temblor suele comenzar en una extremidad superior y posteriormente extenderse a la extremidad inferior del mismo lado.

Un porcentaje de pacientes presentan alteraciones cognitivas ligeras, como dificultad para concentrarse o planificar una tarea.

El comienzo asimétrico de la enfermedad es muy característico y se mantendrá a lo largo de la evolución de la enfermedad, permaneciendo el lado de comienzo más afectado. (15)

Síntomas Motores

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por la lenta aparición de modo asimétrico de cuatro elementos principales: temblor de reposo, bradicinesia, rigidez, y alteración de los reflejos posturales. Además, hay numerosas manifestaciones tanto motoras como cognitivas, autonómicas y sensoriales.

A. Temblor: Presente a menudo en estadios precoces de la enfermedad, es un temblor de reposo asimétrico de las manos, grosero (4-6 Hz/s). El temblor, sin embargo, disminuye al mantener una postura. Afecta principalmente a manos y pies, aunque también afecta con frecuencia a la cara (labios, mueca de conejo), la mandíbula y los músculos de la lengua. El temblor de las manos produce la característica “cuenta de monedas” que se produce por la postura de la mano, con la muñeca flexionada, dedos extendidos y pulgares aducidos. Suele comenzar por un brazo y posteriormente afectar al brazo contralateral o a la pierna.

B. Bradicinesia: Es el componente más incapacitante de la enfermedad, afectando principalmente a la cara y los músculos axiales, la cual, en combinación con el temblor y la rigidez, hace que tareas simples como escribir, vestirse o abrocharse botones se conviertan en imposibles. Se produce un enlentecimiento progresivo de los movimientos voluntarios, particularmente en la iniciación de determinados

movimientos como pasear, girarse en la cama, y de la destreza manual, que conduce a la micrografía. Típicamente la marcha es

“a pequeños pasos”. La última expresión de la bradicinesia es el llamado ‘bloqueo o congelación’, donde el paciente repentinamente se queda enganchado en el sitio, incapaz de dar un paso adelante, como si los pies estuvieran pegados al suelo. Este hecho típicamente ocurre cuando el paciente se levanta de una silla, intenta cambiar de dirección mientras camina o cambia de una superficie a otra (atravesar puertas).

C. Rigidez o Hipertonía Parkinsoniana: En la enfermedad de Parkinson están rígidos todos los músculos de las extremidades afectadas, produciendo aumento del tono a lo largo de todo el movimiento pasivo de la extremidad, por lo que se ha comparado con la sensación que se tiene al doblar una barra de plomo (rigidez plástica). En la mayoría de pacientes hay una disminución fásica del tono, produciendo una rigidez en rueda dentada, que se nota mejor cuando se flexiona y extiende pasivamente, o supinando y pronando la muñeca del paciente.

D. Alteración de reflejos posturales: Con la progresión de la enfermedad los pacientes se sienten inestables, y se dan cuenta de los constantes ajustes posturales imperceptibles que normalmente ocurren. Tienen dificultad para mantenerse de pie en posición recta, y cuando intentan caminar hacia delante la cabeza y el tronco se mueven desacompañados con los pies, que son incapaces de seguirlos para evitar la caída, que puede ser grave al caer los pacientes a plomo al suelo. No se atreven a cambiar de dirección sin pararse y recuperar su postura inicial, y volver a repetir el proceso completo. Las tareas sencillas como volverse en el aseo para alcanzar la toalla acaban en caídas. Cualquier maniobra en espacios

reducidos puede terminar en problemas. Entrar y salir de la bañera, a menos que haya algo en lo que apoyarse, puede ser completamente imposible. (16)

Síntomas no Motores

El reconocimiento de los síntomas no motores ha ganado relevancia en los últimos años debido a su elevada prevalencia que se incrementa conforme la enfermedad progresa (hasta el 90% según la serie) y un impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes que puede ser mayor que el de las manifestaciones motoras. Éstos incluyen síntomas muy variados como apatía o depresión, alteraciones del sueño, disfunción autonómica o síntomas sensitivos.

Algunos síntomas como la hiposmia, el estreñimiento, la depresión, y el trastorno de conducta de sueño REM pueden preceder en varios años a las manifestaciones motoras clásicas y por lo tanto al diagnóstico de la enfermedad.

Otros estudios sugieren también, la hipersomnia diurna, la alteración en la visión de los colores, la apatía, la fatiga y el dolor de origen “central” como posibles síntomas pre motor. Es por ello que la existencia de este periodo prodrómico es importante a nivel terapéutico ya que podría aportar una potencial ventana temporal para terapias modificadoras de la progresión en el momento en el que estén disponibles, y así prevenir o retrasar el desarrollo de la enfermedad.

A pesar de su relevancia, los síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson son frecuentemente poco reconocidos, probablemente porque la consulta médica se centra fundamentalmente en las manifestaciones motoras, pero también

porque el profesional sanitario puede no ser consciente de que estos síntomas son propios de la enfermedad. (17)

2.1.5 Estadíos de la Enfermedad de Parkinson

Los neurólogos Margaret Hoehn y Melvin Yahr establecieron en 1967 cinco estadios clásicos de progresión de la afección, aunque sólo hacen referencia a los problemas motores. Otras corrientes, sin embargo, prefieren sintetizar la enfermedad de Parkinson en tres únicos niveles: inicial (que englobaría los estadios I y II de la escala Hoehn y Yahr), de plena evolución (nivel II de dicha escala) y avanzado (el III, IV y V).

A. Fase inicial En el primer estadio de la enfermedad de Parkinson, la mayoría de personas pueden realizar sin ayuda muchas de las actividades que conforman la vida cotidiana. Por lo general, en esta primera etapa se pueden seguir manteniendo las obligaciones laborales y las relaciones sociales. Aunque los síntomas son leves y unilaterales (se manifiestan en un lado del cuerpo), no hay que desdeñar esta etapa, ya que se conforma decisiva en el desarrollo de la enfermedad (resulta clave, ya se ha recalcado, un tratamiento adecuado puesto que en las primeras fases es cuando mayor eficacia presenta).

Estadío I

- ✓ Expresión facial normal
- ✓ Postura erecta
- ✓ Posible temblor en una extremidad

- ✓ Dificultades motilidad fina
- ✓ Rigidez y bradiquinesia a la exploración cuidadosa
- ✓ Disminución del braceo al caminar, arrastrando un poco los pies

Estadío II

- ✓ Alteración de la expresión facial. (Disminución del Parpadeo)
- ✓ Postura en ligera flexión
- ✓ Enlentecimiento para realizar las actividades de la vida diaria
- ✓ Síntomas depresivos
- ✓ Posibilidad de efectos secundarios de los medicamentos

B. Fase intermedia Ambas fases son grados moderados de la enfermedad. La progresión de la misma empieza a entorpecer el día a día de la persona, tanto en su actividad socio - laboral como en los pequeños gestos y hábitos cotidianos. Puede necesitar ayuda para ponerse una chaqueta, entrar y salir de la bañera, afeitarse, cortar la carne o levantarse de la cama. En estas etapas, la rigidez y la bradicinesia son marcadas, el temblor ya es manifiesto, al caminar se arrastra una pierna y el braceo desaparece. Sin embargo, los reflejos posturales todavía se conservan y no suelen producirse aún episodios de congelación de la marcha.

Estadío III y IV

- ✓ Dificultades al caminar: se acorta el paso, dificultades en los giros
- ✓ Dificultades en el equilibrio: caídas, dificultad para pararse
- ✓ Sensación de fatiga. Dolores
- ✓ Dificultades comunicativas
- ✓ Síntomas de disfunción autonómica

- ✓ Síntomas de relación con los fármacos:

Fenómenos on - off: miedo e inseguridad

Discinesias.

Problemas conductuales: insomnio, alucinaciones.

C. Fase avanzada Esta fase viene acompañada de una importante disminución en las capacidades de las personas con la enfermedad. Aunque durante algunos momentos del día se encuentran menos limitados (lo que se denomina “periodos on”), predominan aquellos en los que se tiene un difícil control de los síntomas motores (los llamados “periodos off”). Cuando la pérdida de independencia alcanza un punto en el que, para llevar a cabo acciones de la vida cotidiana como vestirse o asearse, la persona necesita de la ayuda de un cuidador, es cuando hablamos de que la persona con párkinson ha entrado en la fase avanzada. Aparte de estos casos, existen otros síntomas que son definitivos para diagnosticar párkinson avanzado, como son la disfagia severa, la demencia o las caídas recurrentes. (18)

Estadío V

- ✓ No todos los pacientes llegan a este estadio
- ✓ Dependientes y aumento progresivo del tiempo off.
- ✓ Gran parte del tiempo sentado o en cama
- ✓ Trastornos del lenguaje acentuados
- ✓ Desarrollo de contracturas
- ✓ Posibilidad de úlceras de decúbito. Infecciones urinarias, Disfagia progresiva.

2.1.6 Clasificación de La Escala de Hoehn y Yahr

La escala de Hoehn y Yahr es una clasificación por estadios que se utiliza en la Enfermedad de Parkinson. Entre sus ventajas se incluye que es de fácil aplicación y que se relaciona con el deterioro motor y la calidad de vida. Entre sus desventajas destaca que incluye pocas variables: unilateral, bilateral y alteraciones del equilibrio. Según estos autores existen varios estadios evolutivos en la enfermedad de parkinson. (18)

Escala de Hoehn - Yahr para la severidad de la Enfermedad de Parkinson	
estadio 0	Ausencia de signos patológicos.
estadio 1	Los síntomas parkinsonianos afectan sólo a un lado del cuerpo.
estadio 2	Afectación de los dos lados del cuerpo sin trastorno del equilibrio.
estadio 3	Alteración bilateral leve o moderada, con cierta inestabilidad postural. El paciente es físicamente independiente.
estadio 4	Incapacidad grave: es capaz de caminar o de permanecer de pie sin ayuda.
estadio 5	El paciente necesita ayuda para todo. Permanece en cama o sentado.

(19)

2.1.7 Tratamiento Rehabilitador

La Fisioterapia es muy útil para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson ya que puede ayudarle a mejorar la movilidad y favorecer las actividades de la vida diaria, su independencia y su integración en la vida social y familiar, mediante el desarrollo de ejercicios físicos enfocados al mantenimiento de las capacidades motoras, afectadas por la enfermedad de Parkinson. (20)

La fisioterapia para hacer frente a la enfermedad del Parkinson comprende diferentes técnicas de tratamiento, principalmente trata de ejercicios activos y rehabilitación de la movilidad.

Los diferentes tipos de ejercicios empleados por los especialistas son muy variados: ejercicios de facilitación neuromuscular propioceptiva, estiramiento de extremidades y de columna, ejercicios de equilibrio, ejercicios para el área facial, ejercicios para la comunicación corporal, oral y gestual, etc.

Estos ejercicios deben presentar los siguientes matices:

Los ejercicios que buscan mejorar la respiración en el enfermo, están orientados a aumentar la movilidad de la caja torácica; así como mejorar el volumen respiratorio, disminuir la frecuencia respiratoria y corregir el control del habla.

Existen ejercicios orientados a disminuir la rigidez en el paciente. Estos ejercicios están encaminados a aumentar la flexibilidad y elasticidad del tejido blando, aliviar el dolor y mejorar la movilidad articular.

Otros ejercicios están centrados en la mejora de la postura y el equilibrio del paciente. Este tipo de ejercicios pueden ser: circuitos de psicomotricidad, ejercicios de equilibrio, ejercicios de control postural, etc.

De igual manera, se llevan a cabo ejercicios para mejorar la inexpresividad facial; así como para mejorar la coordinación realizando ejercicios variados, ejercicios dirigidos a facilitar la marcha y también encaminados a facilitar los cambios posturales.

Durante el periodo de comienzo de la enfermedad la utilidad de la fisioterapia es escasa, ya que los signos clínicos son leves y la discapacidad es moderada.

Durante el periodo de máximo rendimiento motor del enfermo o periodo on, se emplean ejercicios encaminados a mejorar la autonomía personal.

En el periodo off, periodo en el cual el paciente tan sólo se puede mover lentamente o no se puede mover del todo, los fisioterapeutas efectúan cambios posturales en el enfermo, ejercicios respiratorios, y ejercicios simétricos de extremidades; hasta llegar a la fase de sedestación donde se trabaja el control postural y el equilibrio. En la última fase de la enfermedad, el enfermo de Parkinson se encuentre en la cama con un gran deterioro funcional, orgánico y psíquico. En esta fase terminal se efectúa: fisioterapia respiratoria, movilizaciones pasivas para los arcos articulares, las retracciones, el tropismo y la circulación; también se realizan cambios posturales y una relajación general del enfermo. (21)

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

B. Post 2011, incluye 129 pacientes con diagnóstico de novo de Enfermedad de Parkinson y con seguimiento durante 3 años mostró una progresión de 3 puntos por año en la UPDRS III (escala unificada de la enfermedad de Parkinson) para deterioro motor. En este, el sexo femenino se relaciona con disminución en la velocidad de la progresión del deterioro motor y de la calidad de vida, la edad mayor al inicio de la Enfermedad de Parkinson y mayor duración de la enfermedad se relaciona con mayor deterioro motor, y los síntomas considerados no dopaminérgicos, por responder poco a la levodopa (levantarse de una silla, postura, estabilidad postural y marcha), se relacionaron con mayor discapacidad y menor calidad de vida. (22)

Mutch y cols., realizó en 267 pacientes de la comunidad un estudio donde sólo un 7% había recibido fisioterapia, mientras que en una encuesta a 72 pacientes que concurrían a una clínica de trastornos del movimiento, un 29% había consultado a un fisioterapeuta (Clarke 1995). Por último, en una encuesta a los miembros de la Sociedad de la enfermedad de Parkinson del Reino Unido (Parkinson's Disease Society), entre 1693 pacientes que respondieron, sólo el 27% había sido evaluado o tratado por un fisioterapeuta (Yarrow 1999). Estas bajas tasas de derivación no concuerdan con la mayoría de las guías para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson publicadas. Entre las posibles causas de esta situación se incluyen las dificultades en la interpretación de los estudios debido a su metodología inadecuada, la sensación de la falta de eficacia de esta intervención, y el acceso limitado, consecuencia de la gran demanda de servicios de fisioterapia de la población general. Esta revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios evaluará el efecto de intervenciones de fisioterapia versus placebo o ningún tratamiento en pacientes con enfermedad de Parkinson. (23)

La Doctora Collene G. Canning llevó a cabo un estudio donde compararon el efecto de un programa supervisado de ejercicios de 30 a 60 minutos diarios tres veces por semana y durante 6 meses frente a la atención estándar en 231 pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson.

Los resultados mostraron que, además de una mejora de la calidad de vida en todos los participantes, el programa de ejercicios se asoció con una reducción del 70% de la tasa de caídas en pacientes con Parkinson leve.

En consecuencia, como explica la doctora Canning, “nuestros hallazgos sugieren que los programas de ejercicios supervisados y destinados a reducir las caídas en las pacientes con Parkinson se deben iniciar en las fases tempranas de la enfermedad”.

Además, los pacientes participantes en el programa de ejercicios obtuvieron mejores resultados en las pruebas de capacidad de movimiento y equilibrio, mostraban menos miedo a las caídas y afirmaron presentar un mejor estado de ánimo general y una mayor calidad de vida. (24)

Área de Bienestar Social del Ayto. De Basauri en el proyecto de Concienciación Social sobre la Enfermedad de Parkinson, la Asociación Parkinson Bizkaia – ASPARBI quiere difundir, divulgar y sensibilizar al colectivo de personas afectadas, familias y sociedad en general sobre la gran importancia que tienen las terapias rehabilitadoras como tratamiento complementario al tratamiento farmacológico.(25)

Tan, Williams, & Kelly, 2014 nos dice que los pacientes diagnosticados con parkinsonismo deben recibir necesariamente tratamientos no solo de índole neurofarmacológico, sino también tratamientos no farmacológicos y ecológicos que les permita a individuos con enfermedad de Parkinson readaptar sus proyectos de vida, y modificar sus prácticas habituales, con el objeto de incrementar la calidad de vida.(26)

La Asociación Europea de la Enfermedad de Parkinson; las manifestaciones que más socavan la calidad de vida de las personas con párkinson son los

trastornos motores (94%), seguidos de los síntomas depresivos (84%), los trastornos cognitivos (65%) y los problemas del sueño (40%), todos ellos repercuten fuertemente sobre la calidad de vida. A este respecto, la Encuesta EPOCA22 (Encuesta sobre el Párkinson Observando la Calidad Asistencial), realizada por la FEP en 2012, observa que, a pesar de que el temblor es un síntoma muy común de la enfermedad, el más molesto e incapacitante para el 61% de las personas encuestadas son las dificultades en la marcha, seguido de la bradiscinesia (lentitud en los movimientos), tal y como destacan el 59% de las mismas. (27)

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación responde al tipo de diseño no experimental, de corte transversal o transeccionales, ya que, la recolección de los datos es en un único momento.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Población

La población está conformada por 50 pacientes con enfermedad de Parkinson en estadio I y II de Hoehn y Yahr que acudieron al AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. JULIO – DICIEMBRE 2016. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE.

3.3.2 Muestra

La investigación se realiza a toda la población de Parkinson que pertenece a dicho servicio, es decir la muestra es la población a quienes se les ejecutó el consentimiento informado y la encuesta. El tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula para estudios descriptivos, que se emplean las variables cualitativas.

Criterios de inclusión:

Los Pacientes con Parkinson deben cumplir los siguientes requisitos para poder participar en el estudio:

- Pacientes con diagnóstico que son atendidos en el AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE. ESSALUD TRUJILLO.
- Pacientes con manifestaciones clínicas como bradicinesia, rigidez muscular, temblor en reposo, inestabilidad postural.
- Pacientes con la enfermedad de Parkinson en cualquier estadio.
- Pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de Parkinson

Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión por los cuales los pacientes con Parkinson no pueden ser incluidos en el estudio son:

- Pacientes que no sean del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE.
- Pacientes que sean menores de 50 años
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Enfermedad de Parkinson	Signos y síntomas		Estadios de Hoehn y Yahr
		Estadio I	
		Estadio II	
		Estadio III	
		Estadio IV	
		Estadio V	
Calidad De Vida Relacionada A La Salud CVRS	Función física	Limitaciones del rol por problemas físicos	Cuestionario de calidad de vida SF - 36
		Vitalidad	
		Salud mental	
	Bienestar emocional	Limitación por problemas emocionales	
		Precepción de la salud general	

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnicas

Las técnicas que se utilizan en la presente investigación son:

- **Observación;** proceso sensorio-mental que, con o sin ayuda de aparatos, hechos o fenómenos.

- **Entrevista personal;** se realiza mediante la comunicación oral, que nos permitió conocer en primer lugar datos del paciente.

- **Escala de medición del tipo ordinal;** se hace uso porque los datos son numéricos.

- **Estadística;** se utiliza durante el proceso de análisis inferencial, y poder encontrar significatividad en los resultados.

3.5.2 Instrumento:

Cuestionario SF - 36: La calidad de vida relacionada a la salud se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 desarrollado por Ware y Sherbourne (1992), en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, en términos positivos y negativos, y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general. Permite comparar el impacto de diversas enfermedades, detecta los beneficios de diversos tratamientos en la salud y valora el estado de salud de pacientes individuales en términos de su funcionamiento físico y psicológico (Vilagut et al, 2005). Traducido y adaptado al español siguió el protocolo utilizado por los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción y retro traducción de la versión original para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA). Luego de su traducción, Alonso, Prieto y Antó (1995) realizaron estudios pilotos con la prueba.

El SF-36 es un instrumento auto aplicado que contiene 36 ítems con una escala Likert de cinco puntos. Este evalúa la C.V a través de las siguientes dimensiones: Funcionamiento Físico, Rol Físico, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social,

Rol Emocional, Salud Mental y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

3.5.3 Procedimientos:

- Se solicita permiso al director del HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE - ESSALUD, para desarrollar el estudio de investigación, por medio de una solicitud, adjuntando los requisitos.

- Se explica detalladamente el proceso y objetivo del desarrollo del estudio, a los pacientes que sean parte de la investigación.

- Los pacientes debieron firmar el consentimiento informado habiéndose dado a conocer los fines y actividades del estudio (Anexo 01).

- Se utiliza el Cuestionario SF - 36 para la detección y análisis de los trastornos musculoesqueléticos en el grupo de estudio. (Anexo 02).

- Una vez recolectados los datos que se van a estudiar. Finalmente los resultados se procesan de manera apropiada estadísticamente.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el estudio y análisis de los datos de la presente investigación se realiza un análisis cualitativo de los resultados obtenidos; la estadística inferencial SPSS 20 ayuda a describir mejor los resultados.

4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

4.1. RESULTADOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

EDAD DE LA MUESTRA

Tabla N° 01: Edad de la muestra

Media	64.8
Moda	61
Desviación estándar	6,37
Mínimo	58
Máximo	72

La muestra formada por 50 pacientes con enfermedad de Parkinson del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE, presentó una edad promedio de 64.8 años, con una desviación estándar o típica de 6,37 y un rango de edad que iba desde los 58 a 72 años.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Tabla N° 02: Prevalencia del sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Masculino	45	90,0
Femenino	5	10,0
Total	50	100,0

Del total de la muestra de 50 pacientes con enfermedad de Parkinson del AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE, 45 fueron masculino y 5 fueron del sexo femenino.

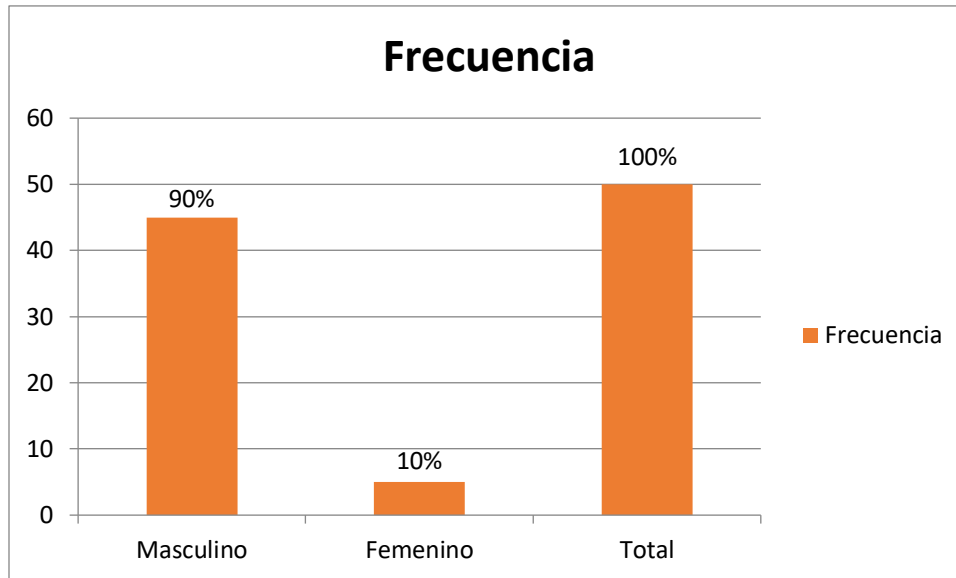


Figura N°01: Distribución por sexo

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 01

4.1.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.2.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA SALUD

Tabla N°03. Variable de calidad de vida relacionada a la salud

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	15	30%
	Regular	26	52%
	Bueno	9	18%
	Total	50	100%

En la tabla 3. Se observa que de los 50 pacientes afectados con enfermedad de Parkinson, se presentó una frecuencia de 15 pacientes que presentan un estado de salud malo, 26 con un estado de salud regular y 9 con un estado de salud bueno.

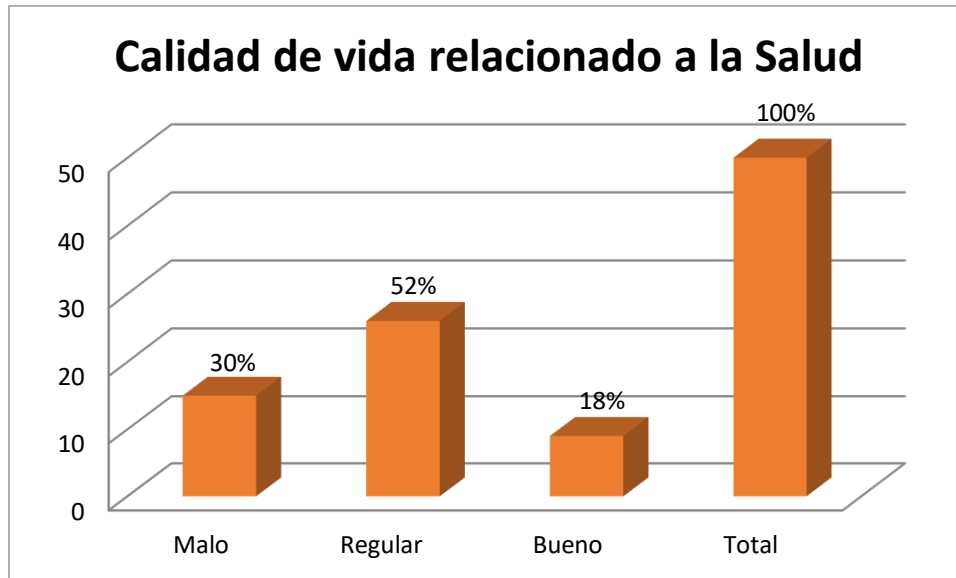


Figura N°02. Variable de calidad de vida relacionada a la salud

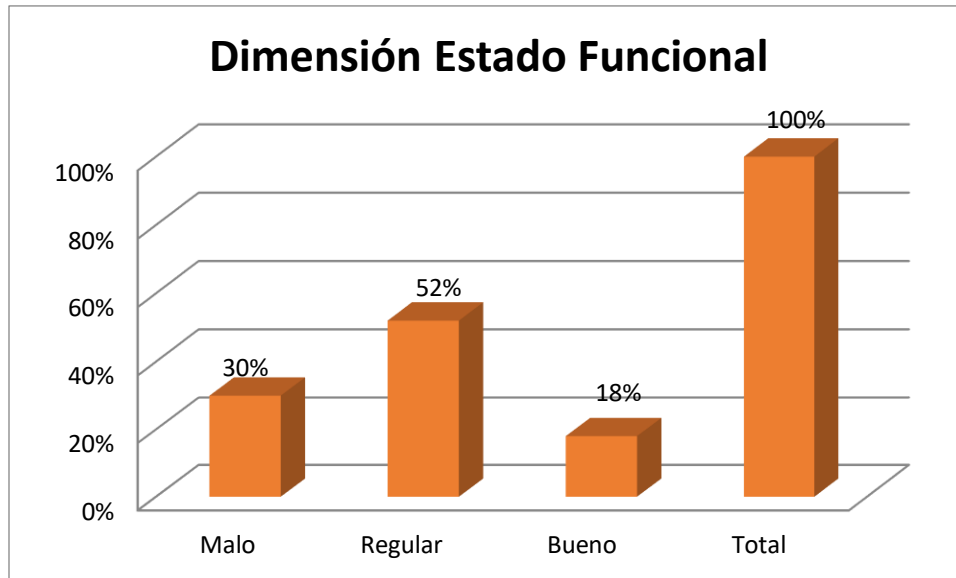
Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 02

DIMENSIÓN ESTADO FUNCIONAL

Tabla N° 04: Dimensión estado funcional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	12	30%
	Regular	28	52%
	Bueno	10	18%
	Total	50	100%

En la tabla 4. Se observa que de los 50 pacientes Parkinsonianos, presentaron una frecuencia de 12 pacientes con un estado funcional malo, 28 un estado funcional regular y 10 bueno como estado funcional.



.Figura N° 03: Dimensión estado funcional

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 03

DIMENSION BIENESTAR EMOCIONAL

Tabla N°05: Dimensión Bienestar Emocional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	7	14%
	Regular	31	62%
	Bueno	12	24%
	Total	50	100%

En la tabla 5. Se observa que de los 50 pacientes de Parkinson, una frecuencia de 7 pacientes presentó un estado de bienestar emocional malo, 31 con un estado de bienestar emocional regular y 12 con un estado de bienestar emocional bueno.

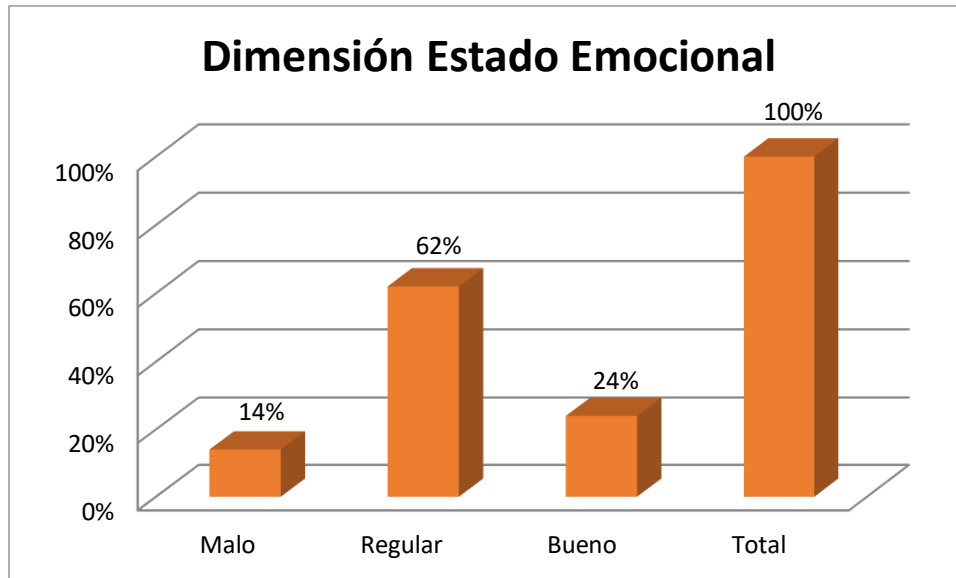


Figura N°04: Dimensión Bienestar Emocional

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N°04

4.3. Discusiones de Resultados

Sonia Silva Marcón, en su investigación “Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad”.2012; la muestra estudiada está constituida de 40 individuos con enfermedad de Parkinson, siendo la mayoría del sexo masculino (25), con edad media de $65,1 \pm 9,9$ años, lo que es inferior la edad media de las mujeres ($66,0 \pm 11,6$). La edad media en la que los participantes del estudio recibieron el diagnóstico fue de $57,2 \pm 11,7$ años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de $8,4 \pm 3,7$ años. En nuestra investigación mediante la valoración de la edad utilizando el Cuestionario de calidad de vida SF – 36 los pacientes del AREA DE MEDICINA

FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE – ESSALUD TRUJILLO, presentó una edad promedio de 64.8 años, con una desviación estándar o típica de 6,37 y un rango de edad que iba desde los 58 a 72 años.

Manuel Hernández Salazar, en su estudio “Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda”.2007; la percepción de la calidad de vida y de la condición de discapacidad de un grupo de personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali estuvo representada por 25 mujeres y 32 hombres, lo que es consecuente con algunos estudios que reportan mayor prevalencia de la enfermedad en hombres que en mujeres; en nuestro estudio los pacientes con enfermedad de Parkinson DEL AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE, 90% fueron masculino y 10 % fueron del sexo femenino.

4.4. CONCLUSIONES

1. La calidad de vida del HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE – ESSALUD TRUJILLO DEL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN presenta un 30% (15 pacientes) que presenta un estado de salud malo, un 52% (26 pacientes) en estado de salud regular y 18 % (9 pacientes) con un estado de salud bueno. TRUJILLO – JULIO – DICIEMBRE 2016.
2. La dimensión del estado funcional de los pacientes HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE DEL AREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 encontramos 12 pacientes (30%) con un estado funcional malo, 28 pacientes (52%) con un estado funcional regular y 10 pacientes (18 %) con un estado funcional bueno.
3. La dimensión del bienestar emocional del HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE DEL ÁREA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, JULIO – DICIEMBRE 2016 determina que 14% (7 pacientes) presentaron un estado de bienestar emocional malo, 62% (31 pacientes) con un estado de bienestar emocional regular y 24 % (12 pacientes) con un estado de bienestar emocional bueno.

4.4. RECOMENDACIONES

1. Considerando que la enfermedad de Parkinson es una patología progresiva, nos permite dar cuenta de la progresión de la enfermedad y sus manifestaciones en los individuos que la padecen, por tal motivo se recomienda la realización de más estudios que nos permita estudiar una condición de salud tan compleja y tomar mejores decisiones de su seguimiento y manejo.
2. Es importante mediante la realización de investigaciones, que se usen otras escalas que permitan conocer problemas específicos de la población con enfermedad de Parkinson como la depresión, pues es un aspecto que la literatura refiere como factor de gran impacto en la condición de discapacidad y calidad de vida de las personas.
3. Propiciar la interacción espontánea y la empatía, junta con estimular la amistad y colaboración entre todos los pacientes.
4. Se debería valorar el estadio de la población, para que nos permitirá realizar intervenciones direccionadas y adecuadas para ralentizar los efectos de la enfermedad de Parkinson.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camacho C. Los Tiempos. [En línea].; 2016 [visto 16 de Julio 2017. Disponible en: <http://www.lostiempos.com/tendencias/salud/20160413/enfermedad-parkinson>.
2. mllamas. Ministerio de Educación y Ciencias. [En línea].; 2017 [visto 10 de Setiembre 2016. Disponible en: https://www.mec.gov.py/cms_v2/recursos/6826-el-dia-mundial-del-parkinson.
3. Time CES. El Pais. [En línea].; 2017 [visto 09 de Mayo 2016. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/04/11/actualidad/1460364352_492391.html.
4. NIH. Español. [En línea].; 2016 [visto 12 de Marzo 2016. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm.
5. Aracelly Castro Toro (1) OFB(. scielo.org.co. [En línea].; 2014 [visto 11 de Abril 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n4/v30n4a10.pdf>.
6. Sida Mnd. diresacusco.gob.pe. [En línea].; 2014 [visto 12 de Abril 2016. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Neurolog%C3%ADa/guia.Neurosida.oO.pdf>.
7. Salud GdCMd. Guía Clínica ENFERMEDAD DE PARKINSON. Interpretativo. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2010. Report No.: 47.
8. Dávila P, Rubí E, Mateo Echanagorría MA. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. 2008th ed. Secretaría de Estado de Política Social FyAalDyID, editor. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2008.

9. Sanitaria CdSVdHdlA. Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson. Tesis. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Ciencias de la Salud; 2012. Report No.: 42.003-2012.
10. Parra N, Fernández J, Martínez Ó. Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. Revista Chilena de Neuropsicología. 2014 Mayo; 09(33).
11. Cortina DSH. Enfermedad de Parkinson y su rehabilitación. 2016. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermedad_de_parkinson.pdf.
12. Sanitaria CdSVdHdlA. Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson. Tesis. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Ciencias de la Salud; 2012. Report No.: 42.003-2012.
13. Jerez P. Enfermedad de parkinson en estadios iniciales. 2009. <http://parkinsonjerez.blogspot.pe/2014/06/enfermedad-de-parkinson-en-estadios.html>.
14. Dr. Jaume Kulisevsky Bojarski SdNHdISCiSP. sld.cu. [En línea].; 2015 [visto 14 de Abril 2016 [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/enfermedad_de_parkinson.pdf]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/enfermedad_de_parkinson.pdf.
15. DR. RAÚL MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ. (1) DCGSC(DÁSF(DJÁ. ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. Tesis. Madrid: Hospital Universitario HM Puerta del Sur, Ciencias de la Salud; 2016. Report No.: [2016; 27(3) 363-379].
16. Domingo EP. El Libro Blanco del párkinson en España. Aproximación, análisis y propuesta de futuro. Primera edición ed. Ministerio de Sanidad SSeI, editor. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2015.
17. Domingo EP. El Libro Blanco del párkinson en España. Aproximación, análisis y propuesta de futuro. Primera edición ed. Ministerio de Sanidad SSeI, editor. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2015.

18. neurología Cd. Consulta de neurología. [En línea].; 2015 [visto 29 de Enero 2016. Disponible en: <https://consultadeneurologia.com/enfermedad-de-parkinson/escala-de-hoehn-y-yahr/>].
19. Magazine D. Doctor's Magazine. [En línea].; 2011 [visto 02 de Febrero 2016. Disponible en: <https://doctorsmagazine.wordpress.com/2011/11/25/escala-de-hoehn-yahr-para-la-severidad-de-la-enfermedad-de-parkinson/>].
20. ASPARBI APB. Vida Solidaria. [En línea].; 2010 [visto 09 de Setiembre 2016. Disponible en: <http://blogs.vidasolidaria.com/asparbi/2010/09/09/tratamientos-terapeuticos-la-enfermedad-parkinson/>].
21. ASPARBI APB. Vida Solidaria. [En línea].; 2010 [visto 17 de Octubre 2016. Disponible en: <http://blogs.vidasolidaria.com/asparbi/2010/09/09/tratamientos-terapeuticos-la-enfermedad-parkinson/>].
22. Medic I. Info Medic. [En línea].; 2011 [visto 21 de Marzo 2016. Disponible en: <https://infomedicespecializado.wordpress.com/2011/11/07/fisioterapia-en-la-enfermedad-del-parkinson/>].
23. Aracelly Castro Toro (1) OFB(. scielo.org.co. [En línea].; 2014 [visto 15 de Marzo 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n4/v30n4a10.pdf>].
24. Update-Software. files.sld.cu. [En línea].; 2008 [visto 20 de Junio 2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/rehabilitacion-neuro/files/2010/05/fisioterapia-en-pacientes-con-enfermedad-de-parkinson.pdf>].
25. Pacientes S. Somos Pacientes. [En línea].; 2015 [visto 12 de Marzo 2016. Disponible en: <https://www.somospacientes.com/noticias/avances/el-ejercicio-mejora-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes-de-parkinson>].
26. Parra N, Fernández J, Martínez Ó. Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. Revista Chilena de Neuropsicología. 2014 Mayo; 9(33).

27. Beatriz Eugenia Botero de Mejía MEPM. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Tesis. Manizales: Universidad de Caldas, Ciencias de la Salud; 2007. Report No.: 12.

28. Lezaun JJY. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. 2006th ed. Secretaría de Estado de Servicios Sociales FyD, editor. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 1:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....fui invitado(a) a participar voluntariamente a la investigación **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN ESTADÍO I Y II DE HOEHN Y YAHR DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. JULIO – DICIEMBRE 2016 DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE. ESSALUD TRUJILLO**” por la bachiller **LESLIE ANALÍ RAMÍREZ CHOTÓN**, de la **Universidad Alas Peruanas**. Filial-Trujillo.

Yo certifico que he leído y me han explicado el objetivo de la investigación que se realizara en el Hospital Víctor Lazarte y los beneficios si participo en el estudio, me han hecho saber que mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Fui informado que se realizará el estudio a pacientes con diagnóstico de Parkinson en estadio I y II de Hoehn y Yahr, además que se realizará una evaluación tipo cuestionario, si decido retirarme no tendré ningún tipo de sanción o pérdida de mis sesiones programadas y que mi nombre no aparecerá en ningún informe.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional puede comunicarse con:

N° de Historia Clínica:..... Sexo..... DNI.....

Lugar de Nacimiento:..... F. de Nacimiento:.....

Dirección:.....

Firma.....

ANEXO N° 2:

CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36

VERSION ESPAÑOLA 1.4

INSTRUCCIONES: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Ud. Y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales, conteste cada pregunta tal como se indica.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA:

1. En general usted diría que su salud es:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena |
| <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Mala | |

2. ¿Cómo diría que su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año.
- Algo mejor ahora que hace un año.
- Más o menos igual que hace un año.
- Algo peor que hace un año.
- Mucho peor ahora que hace un año.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE UD. PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho. | <input type="checkbox"/> Sí, me limita poco. |
| <input type="checkbox"/> No, me limita nada. | |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho. | <input type="checkbox"/> Sí, me limita poco. |
| <input type="checkbox"/> No, me limita nada. | |

5. Su salud actual ¿le limita para coger o llevar la bolsa de compra?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho. | <input type="checkbox"/> Sí, me limita poco. |
|---|--|

- No, me limita nada.
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos de escalera?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso de escalera?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
9. Su salud actual, ¿le limita caminar 1 km o más?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
10. Su salud actual, ¿le limita caminar varias manzanas o metros?
- Sí, me limita mucho. Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
11. Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.
12. Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?
- Sí, me limita mucho.
- Sí, me limita poco.
- No, me limita nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS LIMITACIONES DE SU ROL SOCIAL A CAUSA DE PROBLEMAS FÍSICOS O PROBLEMAS EMOCIONALES.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Sí No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades, a causa de su salud física?
- Sí No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o actividades (le costó más de lo normal) a causa de su salud física?
- Sí No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?
- Sí No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado a sus actividades, a causa de su salud física?
- Sí No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas como de costumbre, a causa de un problema emocional?
- Sí No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física han afectado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas?
- Nada poco
 Regular bastante
 Mucho
21. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto sus problemas emocionales han afectado sus actividades sociales habituales con familia, amigos, vecinos u otras personas?
- Nada poco
 Regular bastante

Mucho

22. ¿hasta qué punto su estado actual ha dificultado su trabajo habitual y actividades del hogar?

Nada

poco

Regular

bastante

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Siempre

casi siempre

Muchas veces

algunas veces

nunca

24. ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Siempre

casi siempre

Muchas veces

algunas veces

nunca

25. ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo?

Siempre

casi siempre

Muchas veces

algunas veces

nunca

26. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

Siempre

casi siempre

Muchas veces

algunas veces

Nunca

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

Siempre

casi siempre

Muchas veces

algunas veces

nunca

28. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

Siempre

casi siempre

Muchas veces

algunas veces

nunca

29. ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Nunca | |

30. ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |

31. ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |

32. ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> casi siempre |
| <input type="checkbox"/> Muchas veces | <input type="checkbox"/> algunas veces |
| <input type="checkbox"/> nunca | |

POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |

36. Mi salud es excelente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Totalmente cierta | <input type="checkbox"/> bastante cierta |
| <input type="checkbox"/> bastante falsa | <input type="checkbox"/> Totalmente falsa |

