



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con
Parkinson

Informe final de investigación previo a la obtención de título de
Licenciada en Enfermería

Autor:

Paola Jazmín Mata Inca

Tutora:

MsC. Andrea Cristina Torres Jara

Riobamba, Ecuador. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Paola Jazmín Mata Inca, con cédula de ciudadanía 0604047076, autora del trabajo de investigación titulado: **Accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, certifico que los aportes a la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Así mismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 06 de marzo del 2024



Paola Jazmín Mata Inca
C.I: 0604047076

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Accionar de Enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson, presentado por Paola Jazmín Mata Inca con cédula de identidad número 0604047076, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 08 de marzo de 2024.

MsC. María Belén Caibe Abril
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE
GRADO

Firma

PhD. Paola Maricela Machado Herrera
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE
GRADO

Firma

MsC. Luz María Lalón Ramos
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE
GRADO

Firma

MsC. Andrea Cristina Torres Jara
TUTORA

Firma

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson por Paola Jazmín Mata Inca, con cédula de identidad número 0604047076, bajo la tutoría de MsC. Andrea Cristina Torres Jara certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 08 de marzo de 2024.

Presidente del Tribunal de Grado
MsC. María Belén Caiibe Abril



Firma

Miembro del Tribunal de Grado
PhD. Paola Maricela Machado Herrera



Firma

Miembro del Tribunal de Grado
MsC. Luz María Lalón Ramos



Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 05 de marzo del 2024
Oficio N° 016 -2023-2S-TURNITIN -CID-2024

Magister. Paola Machado Herrera
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MSc. Andrea Cristina Torres Jara**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1714-RD-FCS-2022, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Titulo del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	1714-D-FCS-17-11-2022	Accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson	Mata Inca Paola Jazmín	9	x	

Atentamente,



PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

Con mucho amor e ilusión dedico este trabajo fruto de mi esfuerzo académico por entender la complejidad de la naturaleza humana a Dios por ser una fuente inagotable de amor.

A mi compañero de vida Luis, ya que, con tu amor, apoyo, paciencia y entrega a lo largo de este viaje académico, han sido la base principal para este logro. Gracias por ser un pilar de fortaleza, tu presencia en mi vida es un regalo invaluable, y este logro es nuestro.

A mis queridos hijos Sofía y Samir por ser mi inspiración y por darme el privilegio de ser su madre y su enfermera.

A mis queridos padres, por ser mi fortaleza día a día, y por tenerme presente en sus oraciones.

A cada una de mis amigas que conocí en el camino que fueron mis cómplices en cada tarea, lección o PAE, sin ustedes no habría sido lo mismo.

A mis familiares y demás amigos por el apoyo moral.

A los cuidadores del Parkinson porque no solo se necesitan conocimientos, se necesita amor.

Panal de miel son las palabras amables:
endulzan la vida y dan salud al cuerpo (Proverbios

16-24).

Paola

AGRADECIMIENTO

El tiempo de Dios es perfecto, hoy que inicio una nueva etapa de mi vida profesional en el campo de la salud agradezco a Dios, a mi compañero de vida y a mis padres por haberme inculcado esta vocación de servicio hacia los demás.

En especial quiero expresar mi agradecimiento a la MsC. Andrea Cristina Torres Jara, por su paciencia y los conocimientos brindados en el transcurso de la investigación que me han ayudado a plasmar un documento que singulariza los cuidados domiciliarios a pacientes con Parkinson. A mis queridos docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo, a la Carrera de Enfermería por sembrar en mí sólidos conocimientos que serán las directrices que guíen mi vida.

Paola

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE ANEXOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I.	12
1. INTRODUCCIÓN.	12
CAPÍTULO III.	27
3. METODOLOGÍA.	27
CAPITULO IV.	29
4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS.	29
CAPÍTULO V.	32
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	32
5.1 CONCLUSIONES.	32
5.2 RECOMENDACIONES.	33
BIBLIOGRAFÍA.	34

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: ALGORITMO DE BÚSQUEDA.....	38
ANEXO 2: TABLA CUIDADOS DOMICILIARIOS DE ACUERDO AL NANDA, NIC Y LA TEORÍA DE D. OREM, EN PACIENTES CON PARKINSON.....	39
ANEXO 3: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA EP	50
ANEXO 4: ESCALA UPDRS	51
ANEXO 5: ESCALA KATS.....	59
ANEXO 6: CLASIFICACIÓN DE HOEHN Y YAHR.....	60

RESUMEN

La presente investigación cuyo tema es “Accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson”, considera a la enfermedad como trastorno degenerativo que afecta al sistema nervioso central en especial a las neuronas que producen dopamina. El presente estudio se desarrolló bajo una revisión bibliográfica en el ámbito descriptivo analizando 53 artículos científicos de diferentes fuentes bibliográficas, libros, revistas, sitios web, blogs y artículos de relevancia académica y científica, que responde al objetivo principal para determinar el accionar de los cuidados de enfermería a pacientes con la Enfermedad de Parkinson (EP) mediante el uso de técnicas y herramientas. El accionar de enfermería inicia con el dialogo enfermera – paciente, en los estadios tempranos de la enfermedad valora el tratamiento del médico tratante, la condición actual del paciente, con los insumos y las necesidades del paciente se implementan acciones que son socializados al paciente y familiares en especial en el autocuidado, la ingesta de medicamentos, la alimentación, la actividad física, sin descuidar el estado emocional. La teoría de Dorothea Orem permite identificar las deficiencias de autocuidado que presentan los pacientes, al progresar la enfermedad la fuerza motora decae, provocando caídas y en consecuencia pérdida de autonomía, problemas como la depresión y la angustia inhibe a los pacientes en las actividades de la vida diaria como alimentarse, asearse e incluso dormir, los cuidados de enfermería domiciliarios se enfocan en evaluar el progreso de la enfermedad y establecer acciones dialogadas y de consentimiento previo que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: Enfermedad de Parkinson, Cuidados de enfermería, envejecimiento, tratamiento, levodopa.

ABSTRACT

The present research, whose topic is "Nursing action in home care for patients with Parkinson's," considers the disease a degenerative disorder that affects the central nervous system, especially the neurons that produce dopamine, with a higher frequency in men. That exceeds the age of 65 years in the initial stage are mild ailments that, as the disease progresses, the symptoms have a greater prevalence in motor and non-motor symptoms. The present study is developed under a bibliographic review in the descriptive field, analyzing 40 scientific articles from different bibliographic sources, including books, magazines, websites, blogs, and articles of academic and scientific relevance, which responds to the main objective of determining the actions of care. nursing to patients with PD using techniques and tools. Nursing actions begin with the nurse-patient dialogue. In the early stages of the disease, the treatment of the treating physician and the patient's current condition are assessed, and with the inputs and needs of the patient, actions are implemented that are socialized to the patient and family. especially in self-care, medication intake, diet, and physical activity, without neglecting the emotional state. Dorothe Orem's theory allows us to identify the self-care deficiencies that patients present. As the disease progresses, motor strength declines, causing falls and consequently a loss of autonomy. Problems such as depression and anxiety inhibit patients' activities. In daily activities such as feeding, washing, and even sleeping, home nursing care focuses on evaluating the progress of the disease and establishing actions through dialogue and prior consent that improve the quality of life of patients.

Keywords: Parkinson's disease, Nursing care, aging, treatment, levadopa.



MARIO NICOLAS
SALAZAR RAMOS

Revised by

Mario N. Salazar

CAPÍTULO I.

1. INTRODUCCIÓN.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2016, la prevalencia de la Enfermedad de Parkinson (EP) era de una persona por cada 100 personas mayores de 60 años, aproximadamente 6.3 millones de afectados en términos absolutos. La proyección poblacional de la enfermedad estimada para el 2030, la cifra se incrementará alrededor de 12 millones de personas que padecerán la enfermedad a nivel mundial. Años atrás la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2008 señaló que la combinación de pacientes con epilepsia, enfermedad de Parkinson y Alzheimer superaban el 6% de la carga global en las instituciones médicas.⁽¹⁾

El estudio EPINURO en Colombia destaca que a nivel mundial existe una prevalencia del 1% de casos en personas mayores de 65 años que presentan la EP, sin embargo, a nivel latinoamericano Chile tiene una tasa de incidencia del 19,9 % en aumento de esta patología y comparado con el resto de países como Uruguay, Colombia y Argentina que tienen un valor menor. En Ecuador, no existen datos actualizados y estadísticos que permitan tener una idea de la problemática actual, pero se considera la esperanza de vida de acuerdo al INEC de 74.5 años para hombres y 80 años para mujeres que por la edad la EP tiene incidencia.^(6,7)

Mientras que Villajero menciona que particularmente en América Latina y el Caribe actualmente viven aproximadamente 85 millones de adultos mayores. La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) en territorio ha crecido de manera muy significativa en los últimos años. Durante los años 1965-1970 la EVN tenía un promedio de 59 años, para el quinquenio 2015-2020 pasó a un promedio de casi 76 años. Para el año 2037 se avizora que el número de personas mayores superará por primera vez al de niños y niñas. Ante el incremento de la EVN, las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson tienen una mayor prevalencia en grupos de edad entre 65 y 90 años en hombres y mujeres.^(2,4)

Además, Moreno manifiesta que el trastorno neurológico de la EP se incrementa rápidamente a nivel mundial debido a una mejor esperanza de vida, servicios asistenciales de nutrición y salud; y, lo considera como una pandemia por el aumento de su incidencia, además aclara que en el año de 1990 existieron aproximadamente 2.3 millones de personas con Parkinson en el mundo y que para el año 2020 esta cifra se triplico a más de 6 millones de casos.⁽⁸⁾

El avance de la medicina y el acceso a una mejor nutrición contribuyen significativamente en un aumento constante en la esperanza de vida en muchas regiones a nivel mundial, lo que significa que las personas viven más tiempo. El envejecimiento está asociado a un mayor riesgo de enfermedades crónicas, discapacidades y necesidades de atención médica en el mediano y largo plazo.⁽⁴⁾ Así, el cuidado de ancianos y servicios

de apoyo requiere un enfoque más amplio y sostenible que permita enfrentar la responsabilidad de cuidar a sus adultos mayores.⁽²⁾

Por tal razón Olivari describe que la patología presenta síntomas como la bradicinesia, definida como la lentitud en la realización de movimientos además de la rigidez muscular, en un 75- 80% de pacientes a menudo se manifiesta con temblores en las manos durante el reposo. También puede afectar a otras partes del cuerpo, con la aparición de la inestabilidad postural y trastornos del equilibrio que incrementa el riesgo de caídas. Entre los signos de importancia está la pérdida de la movilidad, y síntomas psicológicos que produce una incapacidad y dependencia del paciente hacia su cuidador.⁽⁹⁾

Los síntomas motores en la progresión de la EP, acarrearán riesgos físicos y psico-emocionales, limitando la autonomía e integridad del paciente, las deficiencias motoras como la congelación de la marcha sumada a la debilidad muscular del segmento inferior, es un factor clave en las altas tasas de caídas, prevalencias que fluctúan entre el 40% y 70% , las caídas se constituyen en un factor agravante ante el desconocimiento de los cuidadores en la atención primaria y en el tiempo de respuesta del personal de emergencia médica que acude al llamado.⁽¹⁰⁾

Gonzales considera los signos no motores y destaca los trastornos del sueño debido a que los síntomas empeoran durante la noche, en cuanto a la alimentación la dificultad para tragar debido a que el esófago puede mover su contenido más lentamente, similar situación acontece con el intestino desarrollando estreñimiento provocado por la inactividad física y la administración de levodopa. Psicológicamente los pacientes con EP sufren de depresión, incluso antes de tener problemas de movilidad, los psicóticos (alucinaciones, delirios y paranoia) representan una pérdida de contacto con la realidad.⁽²²⁾

Es más los síntomas presentados y el nivel de riesgo de pacientes con EP ante situaciones cotidianas como la reacción ante una caída, las acciones que se deben realizar al momento de sufrir una crisis emocional, el abordaje que se debe implementar para los trastornos de la alimentación, la ingesta de medicamentos, el sueño y las actividades de la vida diaria, es necesario determinar las actividades o intervenciones de enfermería que logren atender las necesidades del paciente con EP en especial cuando surjan emergencias más aún cuando no se cuenta con la presencia del médico en el domicilio.^(11,12)

La OMS, considera la atención de enfermería son acciones que permiten supervisar y controlar las complicaciones que se producen durante los estadios de la enfermedad, siendo los síntomas motores los primeros que se manifiestan (rigidez muscular, inestabilidad postural, y los trastornos del equilibrio) provocando caídas que son las de mayor preocupación debido a la pérdida de autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria, el avance de la enfermedad trae consigo síntomas no motores como la

depresión, ansiedad, trastornos del sueño, dificultades cognitivas y problemas gastrointestinales que requieren de atención especializada.⁽¹²⁾

Prieto manifiesta en cuanto a la EP al ser considerado un trastorno neurodegenerativo gradual necesita de cuidados especiales dentro del hogar a través del rol del personal de enfermería, familiares y/o cuidadores. Los cuidados deben ser supervisados por el personal de enfermería, que de manera individualizada puedan adaptarse a las necesidades de cada paciente. Entre los cuidados para un paciente con EP se encuentra la ingesta de medicamentos, terapia física y ocupacional, alimentación, tareas cotidianas (caminar, levantarse, asearse, etc.) y por sobre todo evitar el riesgo de caídas, situación que agrava el cuadro de cuidados.^(3,13)

De acuerdo a la Federación Española del Parkinson, el 78.5% de las personas cuidadoras son familiares, el 83% son mujeres en su mayoría son esposas e hijas, denotando que la EP tenga mayor prevalencia en hombres, el abordaje de la enfermedad requiere conocimientos previos, capacitación y la intervención de personal calificado que guíe el cuidado y tratamiento, siendo un limitante los costos al momento de considerar la intervención de enfermería.^(7,13)

Por esta razón el cuidado de enfermería en pacientes con EP es muy importante ya que se debe aplicar actividades para facilitar la vida diaria y mantener un mejor estilo de vida de la persona afectada, tomando en cuenta una valoración holística, la planificación de intervenciones, detección de diagnósticos, ejecución de actividades y finalmente la valoración del avance o mejoría del paciente, tomando como prioridad la teoría de Dorothea Orem.

El trabajo de campo de D. Orem son reflexiones sobre las acciones que la enfermera debe realizar e intervenir bajo la premisa “*¿En qué estado se encuentra la persona cuando se decida que una enfermera o enfermeras deben intervenir?*” la respuesta se da cuando existe una “*incapacidad*” de los pacientes para que de forma autónoma y continuada en cantidad y calidad obtengan los cuidados. La teoría de déficit de autocuidado son acciones o tareas para *mantener la vida, y su estado de salud, desarrollo y bienestar* en la EP, cuando existe una deficiencia el accionar de enfermería (conocimiento, habilidades-destrezas y motivación) contribuye en satisfacer las necesidades del paciente.^(14,15)

El dialogo y la buena comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, son importantes ya que contribuye a mantener informados y capacitados a pacientes y familiares sobre la evolución de la enfermedad y las acciones que pueden mejorar su estado de bienestar. Por ello la necesidad de establecer vínculos mejoran el desempeño y la calidad del servicio de enfermería, aprovechan experiencias y procedimientos que sujetos al estadio de la enfermedad (edad, movilidad y estado emocional) del paciente favorece una mejor toma de decisiones en el tratamiento farmacológico, nutricional y rutina de ejercicios que complementan la terapia física.⁽¹⁷⁾

En el cuidado domiciliario de pacientes con EP, el riesgo de caídas se da por la agudización de los síntomas motores, la inestabilidad postural, los trastornos del equilibrio y la rigidez muscular, lo cual limita de manera progresiva su movilidad, la investigación pretende ser una fuente de recursos bibliográficos que permitan identificar los problemas, minimizar los riesgos brindando al paciente un estado de bienestar físico-emocional que promueva un estilo y calidad de vida mediante la gestión de la enfermedad individualizada y adaptada a las necesidades de cada paciente. ^(9,17)

Por lo expuesto los cuidados en el hogar deben ser planificados y socializados por el personal de enfermería al personal de cuidado y familiares del paciente, quienes durante el transcurso de la enfermedad deben proporcionar asistencia en tareas como comer, asearse, vestirse y desplazarse. Por lo cual, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la atención de estos pacientes, especialmente en el cuidado de aquellos con estadios avanzados de la EP, con el objetivo de garantizar su bienestar integral. ⁽¹⁸⁾

Para García el estudio de la EP demanda de información actualizada y sistematizada en un lenguaje claro y sencillo que permita identificar y reconocer de manera temprana los signos y síntomas motores y no motores, la prevalencia de la enfermedad de acuerdo a sexo, edad, herencia genética y como los agentes externos pueden constituirse en un factor de riesgo. Es indispensable conocer la relevancia del manejo farmacológico y clínico de los medicamentos en el tratamiento permitiendo constituir una base de conocimientos sólidos. ^(18,19)

La revisión bibliográfica de libros, documentos, publicaciones referentes a los cuidados de enfermería domiciliario de la EP, permiten identificar las necesidades de los pacientes y proponen intervenciones de enfermería con el fin de lograr resultados deseados en dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociológicas e independientes, garantizando la calidad de los cuidados. La Teoría de Dorothea Orem busca estandarizar la gestión del cuidado de personas con Parkinson, enfoca las recomendaciones en la adaptación del medio físico y de las personas en términos de su salud física, autoimagen, desempeño de roles y relaciones interpersonales. ^(15,20)

La investigación presenta al personal de enfermería, familiares y cuidadores de pacientes con EP; siendo un documento de información que, a través de una lectura crítica, comprendan el proceso de la enfermedad no se abrumen, acompañen y respalden a sus pacientes y seres queridos en momentos de mayor necesidad, permitiéndoles continuar con sus actividades cotidianas como la alimentación, el ejercicio, el trabajo, las interacciones sociales y el descanso. ⁽²¹⁾

Ante situaciones de emergencia, es indispensable tomar en cuenta el accionar y recomendaciones del personal de enfermería que fundamentado en su conocimiento y

experiencia identifican y minimizan los factores de riesgo domiciliarios y cuyas recomendaciones fortalecen la autonomía y calidad de vida de los pacientes con EP, sin dejar de lado el apoyo emocional de familiares que muchas veces cumplen con el rol de cuidadores. ⁽²²⁾

La triangulación de datos servirá de apoyo para la investigación recopilando información de varios autores, tomando en cuenta los aspectos relevantes de sus publicaciones tales como: concepto, análisis de criterios personales, tratamiento y cuidados de enfermería, que permitirá obtener un margen de ideas claras para concientizar de forma académica y práctica acerca de la importancia del personal de la salud para el cuidado de pacientes con enfermedad del Parkinson. ^(21,22)

Mediante la revisión bibliográfica de fuentes de información primarias (libros, artículos y organizaciones de salud) y secundarias (estudios de caso y sitios especializados) servirán como soporte para todo el personal de salud o cuidador que brinde apoyo a personas con la EP en sus domicilios, la detección oportuna de las necesidades que presenta el paciente, mediante la elaboración de diagnósticos e intervenciones de enfermería basadas en la taxonomía NANDA Y NIC. Por esta razón, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería de acuerdo a la Teoría de Dorothea Orem en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson? ^(24,25)

Por tal razón la presente investigación tiene como objetivo general determinar el accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson mediante una revisión bibliográfica que nos permita entender los objetivos específicos como: describir las causas, signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson; analizar la importancia de la intervención de enfermería en el cuidado domiciliario e identificar las acciones de enfermería de acuerdo a la Teoría de Dorothea Orem para el cuidado domiciliario de pacientes con Parkinson.

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe del año 2022 considera que la prevalencia de la enfermedad se ha duplicado en relación hace 25 años y las cifras se ha elevado debido a que muchas personas padecen la enfermedad de Parkinson en diversos estadios, causadas por condiciones degenerativas, lesiones vasculares, efectos de medicamentos en el cerebro, donde se incluyen además los factores ambientales siendo éstos últimos difíciles de entender e información respaldada por la evidencia indirecta recopilada en muchos estudios epidemiológicos a gran escala. ⁽²⁵⁾

La EP fue presentada por James Parkinson en el año de 1817 y establecida por Jean Martin Charcot. Se define como un trastorno que es causado por la degradación o muerte de cierto tipo de células en el cerebro que se encargan de producir dopamina y que la misma ayuda en la coordinación y producción de movimientos musculares en la persona. No se conoce específicamente el origen de esta patología, pero posiblemente depende de diferentes factores como la genética, sexo, modo de vida, el ambiente. ^(3,7,25)

Según Villajero y Olivari la prevalencia EP alcanza el 2% de la población a partir de los 60 a 65 años de edad, y entre los factores a considerar están: la situación demográfica, el acceso a los servicios de salud, la calidad de vida y condiciones socio-económicas de los adultos mayores y la inversión en salud por parte de los gobiernos, determinará un incremento o decremento de los casos al considerarse una enfermedad neurodegenerativa. ^(2,9,27)

En 1993, Friederich Lewy un reconocido patólogo encontró las inclusiones citoplasmáticas de alfa-si nucleína que se encuentran en las neuronas del motor dorsal del nervio vago y del basal de Meynert, este descubrimiento tomó el nombre de cuerpos de Lewy. En los últimos años se ha evidenciado una transmisión de célula a célula de la neurona alfa- si nucleína en otros seres vivos como animales y vegetales, esto considera una posibilidad de que la EP sea un trastorno similar a las enfermedades priónicas. ⁽²⁰⁾

Los estudios de la enfermedad coinciden en torno a la disminución de los niveles de dopamina en el cerebro y su afectación a los cuerpos de Lewy, presentan además como hipótesis para el surgimiento de la enfermedad: las causas genéticas y los detonantes medioambientales. En el primer caso existen muy pocos pacientes que han desarrollado la enfermedad por causa genética, siendo atribuible a ella entre el 6-8% de casos. Un número significativo de pacientes no posee familiares con esta patología. ^(24,25,31)

Gil destaca que el segundo caso los detonantes medioambientales son inductores a el desarrollo de la EP, considerando la exposición a ciertas toxinas que incrementan el riesgo de la aparición de la enfermedad. En muchos de los casos la presencia de los cuerpos de Lewy son indicadores de la manifestación clínica y dentro de ellos se encuentra la

sustancia denominada Alpha-synucleína una proteína natural de forma grumosa que las células no pueden eliminar.⁽³¹⁾

Sin embargo, García, menciona que en 1997 mediante una investigación genética en cuatro familias con pacientes EP, se identificó que por una mutación en el gen que codifica la alfa- si nucleína causa una herencia inmediata y dominante de la enfermedad de Parkinson y presenta una relación a los cuerpos de Lewy, por tal motivo; gracias a este gran descubrimiento los estudios analíticos fueron más específicos sobre la EP hasta la actualidad. Estudios realizados por Cabreira, menciona al Parkinson como una de las patologías más frecuentes señalando que la enfermedad se manifiesta en el organismo por una mutación genética entre el 5 y 10 % de los casos.^(18,20,26)

De acuerdo a la OMS, y la Sociedad Española de Neurología la EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente, después del Alzheimer, considerada como una patología crónica y progresiva de los niveles de dopamina causada por la degeneración neuronal en la sustancia negra del cerebro, provocando movimientos involuntarios de la persona que la padece, se considera una patología multifactorial debido a factores genéticos, medioambientales y los derivados del envejecimiento del ser humano.^(2,19,26)

Conga manifiesta que los signos y síntomas causados por la enfermedad de Parkinson generalmente afectan de diferente manera a cada persona, en la etapa inicial se presentan signos leves que pasan desapercibidos y periódicamente van aumentando con el pasar de los años. De manera gradual se presenta en un lado del cuerpo, por lo general en el rostro, periódicamente aumenta o se propaga deteriorando la salud del paciente, en otros casos se genera la primera sintomatología después de transcurrir un determinado tiempo que fue afectado con el primer síntoma.^(21,27)

Gonzales y García describen que los temblores son un signo característico al momento de estar en reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de la marcha. El principal tratamiento es con levodopa y dopaminérgicos, son medicamentos que ayudan como precursores de dopamina en la primera fase a corregir los síntomas motores, sin embargo, un tratamiento a largo plazo con dopamina puede ocasionar un vaivén en las manifestaciones motoras y discinesias, adicional con medida que transcurre el tiempo y la enfermedad pueden aparecer nuevos síntomas que no responden al tratamiento.^(22,28)

De la misma manera Marín y Buil comparte que el síntoma más frecuente en la enfermedad de Parkinson es la bradicinesia, es aquella que afecta al movimiento del cuerpo de manera progresiva en forma de lentificación dificultando las actividades principales del paciente como en la iniciación y ejecución de tareas que necesitan de movimientos consecutivos y simultáneos. En ocasiones esta característica se la puede relacionar con otras condiciones como la depresión y la espasticidad. Incluso se

manifiesta como disartria con monofonía e hipofonía, hiponimia o poca expresión facial como facies de jugador de póker.^(5,25)

La EP se manifiesta mediante síntomas motores clásicos los temblores que empiezan en una extremidad, a menudo en las manos o los dedos, movimientos involuntarios que no son controlados y generalmente cuando la persona se encuentra en reposo, el temblor postural o llamado reemergente, se manifiesta cuando el paciente extiende las manos sobre cualquier superficie. La rigidez, es el aumento de la resistencia durante los diferentes movimientos de las extremidades, es un signo que aparece de forma distal con dolor en las zonas más sensibles al movimiento el hombro, cuello y tronco, la pérdida de equilibrio o inestabilidad, causada por la pérdida de los reflejos posturales.^(5,20,23,24)

Buil y Cabreira declaran que a pesar de los avances de la ciencia y la tecnología las causas directas de le EP son muy poco conocidas, pero la generalidad de investigaciones apunta a la pérdida de neuronas dopaminérgicas y de la sustancia negra en los ganglios basales, la enfermedad desarrolla además la degeneración de otras zonas del cerebro que provoca la alteración neuronal serotoninérgicas y colinérgicas. Así, la enfermedad no solo afecta las vías motoras sino también a otras funciones no motoras como demencia, psicosis, ansiedad, insomnio, trastornos del ánimo y disfunción autónoma patrones conductuales poco valorados e incomprensidos que afectan directamente la calidad de vida del paciente.^(25,26)

Los síntomas no motores (SNM) como fatiga, dolor, alteraciones urinarias, pérdida de olfato, trastorno del sueño, depresión y ansiedad los presentan uno de cada cinco pacientes. La ausencia de la movilidad predispone a la pérdida de la autonomía del paciente por lo que se necesita de un gran esfuerzo, colaboración y ayuda del cuidador ya que ocupa un lugar fundamental en el proceso de apoyo diario del afectado en el domicilio. Esto hace que sea imprescindible el seguimiento en la administración de medicamentos, cambios de hábitos y rutinas tanto de ejercicios como de cuidado personal que se debe llevar a cabo en la casa.^(3,26, 27,28)

Los SNM, son menos conocidos y explorados según García y Chana, estos son varios y se producen, en parte, por acumulación de cuerpos de Lewy en regiones del sistema nervioso, distintas de la sustancia negra compacta, lo que puede producirse, incluso, antes de su detección en la sustancia negra, lo cual explica la aparición de manifestaciones no motoras previas al inicio de los síntomas cardinales de la enfermedad, ejercen un mayor riesgo para el deterioro continuo de la calidad de vida de un paciente la fatiga con trastorno de sueño, dolor en diferentes partes del cuerpo, depresión y la incontinencia urinaria, son síntomas que periódicamente afectan a la salud del paciente.^(28,29)

Con respecto a la valoración de estadíos de la EP, Parnetti y Bloem consideran que es importante que el personal de enfermería considere escalas de valoración al paciente, para identificar signos y síntomas en la evolución de la enfermedad, especialmente al momento

de brindar atención en el domicilio, la escala intermedia, la de Nuds, la UPDRS visibilizan y cuantifican las características en las actividades de la vida diaria como por ejemplo la autonomía que posee el paciente, la higiene, vestimenta, marcha, lenguaje, comunicación, alimentación entre otras; en donde mayor puntaje se obtenga mayor será el deterioro.^(38,39)

Las escalas son herramientas útiles tanto para el diagnóstico inicial como para el seguimiento a lo largo del tiempo, existen varias escalas de valoración utilizadas en la evaluación de los síntomas y la gravedad del Parkinson, la Escala Unificada de la EP (Unified Parkinson disease rating scale UPDRS): es una de las escalas más ampliamente utilizadas para evaluarla, se divide en varias subescalas que abordan diferentes aspectos de la enfermedad, como los síntomas motores, los síntomas no motores, el estado de ánimo y la calidad de vida, la escala permite una evaluación completa de los síntomas y la discapacidad de un paciente.^(30,40)

Para valorar la EP se encuentran, además: la escala de Hoen & Yahr utilizada para clasificar la progresión de la enfermedad según el grado de discapacidad y afectación motora. La Escala de Schwab & England utilizada para evaluar la capacidad funcional de un paciente en la vida diaria. Asigna un porcentaje que refleja la independencia funcional del paciente, donde el 100% indica independencia total y el 0% indica dependencia total. La Escala de Evaluación No Motora de la EP (NMSQuest), se centra en los síntomas no motores que pueden estar presentes en la enfermedad, como problemas de sueño, depresión, estreñimiento y otros síntomas no relacionados con el movimiento.^(30,38)

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) utilizada para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en pacientes, síntoma frecuente en personas que padecen la enfermedad. La Escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud en Parkinson (PDQ-39) mide la calidad de vida en pacientes a través de preguntas sobre la movilidad, las actividades de la vida diaria, las emociones, las relaciones sociales y otros aspectos de la vida. La Escala de Cognición en la Enfermedad de Parkinson (MoCA) valora la función cognitiva y la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson identifica problemas de memoria, atención y otras funciones cognitivas.^(36,37,40)

La Escala de Kats, también conocida como la Escala de Kats de Evaluación Funcional, es una herramienta de valoración utilizada en la atención médica y la atención a largo plazo para medir la capacidad funcional de pacientes con enfermedades crónicas o discapacidades. Esta escala es especialmente útil para evaluar la capacidad de los pacientes para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), lo que proporciona información sobre su nivel de independencia y necesidades de atención.^(40,41)

Para Real y Kalia la escala se compone de seis niveles que van desde 1 (totalmente independiente) hasta 6 (totalmente dependiente). Cada nivel se describe de la siguiente

manera: 1. Totalmente independiente: el paciente es capaz de realizar todas las actividades diarias sin ayuda, 2. requiere ayuda para algunas actividades, 3. Necesita ayuda regular para la mayoría de las actividades y tareas diarias. 4. Requiere ayuda constante: el paciente es dependiente. 5 Requiere atención total: El paciente está gravemente dependiente y necesita atención permanente. 6. Fallecido: categoría utilizada para pacientes fallecidos.^(40,41)

La evaluación de los criterios diagnósticos estandarizados (UKPDS) confirman el estado considerando la presencia de síntomas motores primarios, como bradicinesia y al menos uno de los siguientes síntomas: temblor en reposo, rigidez o inestabilidad postural. Es importante recordar que el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson puede ser un proceso complejo y llevar tiempo, ya que los síntomas pueden variar y simular con otras condiciones neurológicas. Por lo tanto, es fundamental contar con la evaluación especializada para un diagnóstico preciso y, que, en algunos casos, pueden ser necesarias evaluaciones a lo largo del tiempo para confirmar el diagnóstico.^(32,33)

Para García y Pérez el diagnóstico de la EP se basa en la valoración clínica de un médico, generalmente un neurólogo especializado en trastornos del movimiento, quien considera síntomas motores, autonómicos y mentales. No existe una prueba única para confirmar la enfermedad de Parkinson, por lo que el diagnóstico se realiza mediante la observación de la sintomatología y la exclusión de otras posibles causas de los síntomas similares. El proceso de diagnóstico se considera en etapas la cuales se evalúan de manera inicial a través de la historia clínica y un examen físico que recabará información sobre los síntomas y antecedentes médicos del paciente.^(32,33)

García, Pérez y Martínez determinan que posterior al diagnóstico de la EP, los criterios clínicos en la detección de la enfermedad y sus fases: prodrómica, fase inicial, fase media y avanzada se basa en tres categorías: criterios de apoyo, criterios de exclusión y banderas rojas. La fase prodrómica comprende un periodo promedio de 8-18 años es una etapa de inicio de los síntomas motores, que incluyen los trastornos de la conducta del sueño, constipación, disfunción genito-urinaria, hiposmia/anosmia, somnolencia diurna, depresión ansiedad, fatiga y apatía.^(32,33,34)

Las fases inicial, media y avanzada tienen una duración aproximada de entre 7 y 20 años, luego de la latencia diagnóstica la fase inicial presentan banderas rojas como la bradicinesia, y síntomas como la somnolencia diurna, un leve deterioro cognitivo y dolores neuropáticos, la fase media incrementa las banderas rojas como fluctuaciones motoras, discinesias, congelamiento de la marcha y caídas, e hipofonía; incluyendo síntomas como hipotensión ortostática, nicturia, urgencia urinaria y disfunción eréctil.^(32,33,34)

La fase avanzada de la EP, tiene mayores manifestaciones neurodegenerativas que dentro de los criterios de exclusión se encuentran la dermatitis seborreica, incontinencia urinaria,

disfagia, disartria, y sialorrea severa, presentando además demencia y alucinaciones visuales, las banderas rojas que se observan durante este periodo están la inestabilidad postural, deformidades axiales, deformidades articulares e incapacidad para movilizarse y caminar terminando en el encamamiento y postración. Los factores de curso de la enfermedad más benignos son: inicio temprano, predominio del temblor y sexo femenino.^(32,33,34)

Por otra parte, el tratamiento adecuado según Martínez se establece con marcadores biológicos que evalúan al paciente, se basa especialmente en síntomas clínicos que obstaculizan la detección de las fases más tempranas de la enfermedad. Los biomarcadores sanguíneos y la recolección de líquido cefalorraquídeo (LCR) presentando a detalle la fisiopatología del Parkinson, como “, las enzimas lisosomales, los marcadores de la patología amiloide y la cadena ligera del neurofilamento” que aportan resultados para el diagnóstico temprano.⁽³⁸⁾

Además, Arredondo y Martínez describen la clasificación Anatómica-Terapéutica química entre las alternativas farmacológicas que ayudan a la EP, convergen en dos grupos agentes anticolinérgicos (N04A) y agentes dopaminérgicos (N40B) que favorecen la mayor actividad de las neuronas dopaminérgicas y sus receptores respectivamente. El primer grupo incluye tres subgrupos químicos: aminas terciarias, éteres parecidos a los antihistamínicos y éteres de la tropina. El segundo caso existe cinco subgrupos dopa y derivados, agonistas, dopaminérgicos directos, inhibidores de la monoamino oxidasa B, derivados del adamantano y otros dopaminérgicos como los inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa.^(20,34)

Según Mayo Clinic el fármaco recomendado y de mayor frecuencia para la EP es la levodopa (L-DOPA), considerado como un tratamiento de primera línea ayuda a reducir o controlar los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson, como la rigidez muscular, la bradicinesia (movimientos lentos), la inestabilidad postural y los temblores. Esto puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente, tratamiento que se puede acompañar con intervenciones no farmacológicas como la actividad física, musicoterapia, intervenciones psicosociales, etc. Según Bloem no existe alguna terapia que enlentezca o detenga el avance de la enfermedad.⁽³⁹⁾

Real manifiesta que los agonistas es otro tratamiento farmacológico como el pramipexol o ropinirol, estos no tienen que ser modificados por enzimas del cerebro para activar los receptores de dopamina, otro método a tomar en cuenta es el anticolinérgico, es un fármaco cuya función principal es la de bloquear todos los efectos causados por la acetilcolina, que actúa de manera directa en el neurotransmisor involucrado en los mensajes del cerebro a los músculos, permitiendo el aumento de las actividades de las neuronas responsables del movimiento en los ganglios basales.⁽⁴⁰⁾

Existen 31 alternativas farmacológicas para tratar la EP que se enfoca en aliviar los síntomas motores y mejorar la calidad de vida de los pacientes, de acuerdo a los principios activos y combinaciones, útiles solamente para equilibrar los síntomas del trastorno motor ayudando a mejorar los niveles de dopamina en el cerebro, la regeneración dopaminérgica, controlando o revirtiendo las causalidades subyacentes de la enfermedad el tratamiento debe ser individualizado, ya que la respuesta a los medicamentos varía de una persona a otra. Además, a medida que la enfermedad progresa, es posible que se necesiten ajustes en la medicación para retrasar el progreso de la enfermedad.^(12,35)

En Ecuador la novena revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (2022) el biperideno (N04AA”), levodopa + carbidopa en combinación (N04BA02), en combinación (N04BA02) cabergolina (N04BC06) y selegilina (N04BD01), se encuentran en el mercado local y ayudan al tratamiento de la EP. El biperideno es una monoterapia anticolinérgica (amina -terciaria), utilizado para mejorar la función motora que combinada o con otros medicamentos antiparkinsonianos, su limitante principal y abandono del tratamiento se encuentra en los trastornos neuropsiquiátricos y cognitivos de mayor prevalencia en el adulto mayor.^(27,37)

La combinación de levodopa+carbidopa es uno de los pilares en el tratamiento farmacológico de la EP ante la evidencia de eficacia y seguridad. Las opciones para tratar la EP de manera temprana se incluyen la cabergolina y otros agonistas dopaminérgicos (bromocriptina y pergolida), con menores complicaciones como discinesias, distonía y fluctuaciones motoras.^(34,35,36)

Finalmente, en el grupo de medicamentos se encuentra la selegilina y la rasagilina inhibidores de la oxidasa B, útiles para tratamientos tempranos de la EP, sus efectos secundarios son más débiles. La asociación terapéutica con levodopa es más efectiva que la monoterapia, debiéndose considerar un aumento de los efectos secundarios de ésta en reacciones adversas no motoras como edema, somnolencia, constipación, mareo, alucinaciones y náuseas, provocando la interrupción y continuidad del tratamiento.^(36,37)

Rodríguez considera la cirugía como otra opción para tratar a los pacientes con la enfermedad de Parkinson, según Rodríguez, en este caso un tratamiento quirúrgico es una alternativa que puede ser practicada de forma segura entre los tratamientos se encuentra la talamotomía, la palidotomía y la estimulación cerebral profunda. La talamotomía es un proceso invasivo que permite aliviar algunas formas de temblor, se enfoca en la extirpación de una pequeña área del tálamo, aliviando y disminuyendo los temblores.⁽³⁶⁾

De la misma manera Rodríguez, Chaves y Parnetti coinciden con la palidotomía, que es un proceso quirúrgico que implica la inserción de una sonda o electrodo en el cerebro, guiado por imágenes de resonancia magnética o tomografía computarizada que destruye una pequeña parte del cerebro del paciente en la parte del globo pálido o conocido como globus pallidus, el palidum es una estructura basal gangliar ubicada en el cerebro que

desempeña un papel importante en la regulación del movimiento y la función motora, este tratamiento permite aliviar la disquinesia reduciendo la actividad cerebral en esa zona ayudando que los síntomas motores como el temblor y la rigidez sean leves.^(36,37,38)

Parnetti et al., al igual que Rodríguez manifiestan la estimulación cerebral profunda (ECP) como otro procedimiento que se utiliza en el tratamiento de varios trastornos neurológicos y psiquiátricos, con un enfoque particular en enfermedades del movimiento como la EP, el temblor esencial y la distonía. La ECP, un tratamiento médico que permite la estimulación en el núcleo subtalámico o el núcleo ventral intermedio del tálamo es mediante la implantación de electrodos en áreas específicas del cerebro y la entrega de pulsos eléctricos regulares para modular la actividad neuronal que bloquean las señales nerviosas anormales que se encuentran en el cerebro, reduciendo la sensación de temblores y movimientos involuntarios de la EP.^(36,38)

Estudios realizados por Allende, Clinic Medic y Parnetti hablan sobre la pandemia COVID-19 misma que evidencio la fragilidad del sistema sanitario; y, considerando el envejecimiento de la población, la migración del campo a la ciudad se espera que nuevamente exista una saturación de servicios de la salud públicos y privados. Ante la realidad en el corto y mediano plazo se vuelve imprescindible el fomento de cuidados en domicilio por parte de los profesionales de la salud, en especial la capacitación de enfermería en el cuidado de enfermedades neurodegenerativas que afecta a uno de los grupos de la tercera edad, que se encuentran en vulneración.^(17,27,38)

En cuanto a lo descrito anteriormente Navarro determina que el enfoque de los cuidados de enfermería inicia con la definición de la palabra "cuidado" que se refiere a la acción o proceso de proteger, preservar, mantener o atender algo o alguien con atención y precaución, con el objetivo de garantizar su bienestar, seguridad, integridad o buen estado. La gestión del cuidado es una acción propia del profesional de enfermería que realiza con otras personas para promover su salud, prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer.⁽⁴²⁾

El rol de enfermería en la sociedad tiene una transversalización en el ser humano desde que nace, crece, envejece y muere, mediante acciones, cuidados y recomendaciones que promuevan un buen vivir. En la actualidad la sociedad en su conjunto se enfrenta al envejecimiento paulatino de la población; y, debe existir la predisposición social y particularmente del personal de enfermería en prepararse ante los nuevos desafíos que trae consigo el envejecimiento ante la alta incidencia de enfermedades neurodegenerativas la capacitación en el cuidado domiciliario de pacientes con Alzheimer y Parkinson.^(23,44)

Así, los cuidados de enfermería para los pacientes con EP destacan el rol crucial de los profesionales de la enfermería y facilitando el autocuidado, cuando sea necesario y son procedimientos que requieren la supervisión de un profesional de la salud que asocie la

parte psicológica y emocional de la persona. Las intervenciones planificadas y adaptadas para el cuidado enfermero del EP se ejecutan de acuerdo con el diagnóstico y la evaluación desde la etapa inicial de la patología.^(18,45)

Por lo que se ha considerado la teoría de Dorothea Orem el "Déficit de autocuidado", al ser un marco conceptual en el campo de la enfermería que se centra en la importancia del autocuidado y la capacidad de una persona para satisfacer sus necesidades de cuidado de forma independiente, se fundamenta en la premisa de que cada individuo tiene la capacidad y la responsabilidad de cuidarse a sí mismo y de mantener su salud y bienestar. Sin embargo, en algunas circunstancias, las personas pueden experimentar un déficit en su capacidad de autocuidado por diversas razones, como enfermedades, discapacidades, lesiones o limitaciones temporales.^(42,43)

Raile, Parnetti y Custodio señalan los cuidados de enfermería para lograr la adaptación de las personas a su entorno tomando en cuenta la Teoría de los sistemas de Enfermería de Orem quien concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.^(15,38,43)

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: *"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"* refiere a las medidas tomadas para garantizar el bienestar y la recuperación de los pacientes, incluyendo la administración de tratamientos, el monitoreo constante de su condición, la prevención de complicaciones y la atención a las necesidades físicas y emocionales.^(38,42,43)

Rodríguez y Silva recomiendan identificar si el paciente tiene la capacidad de digerir, masticar y tragar por vía oral, en ocasiones fomentar el uso de dispositivos de asistencia personal para mejorar el movimiento y aumentar la fuerza muscular del paciente para crear una independencia, por último, brindar la información necesaria en conjunto de un plan dietético adecuado donde contribuya las calorías, proteínas y fibra necesaria para el organismo del paciente.^(36,44)

Los procesos de enfermería son planificados de acuerdo al estadio de la enfermedad considerando el estado anímico e individual del paciente, el plan es una herramienta que permite a la enfermera llevar un sistema organizado de manera presente y futura la ayuda en la atención, mediante las taxonomías del NANDA, NOC, NIC, dimensionando la nutrición, la medicación y el ejercicio físico moderado.^(24,25,27)

En el cuidado de las actividades diarias, la seguridad e higiene son importantes en los pacientes con Parkinson, por lo cual recomienda colocar una alfombra antideslizante en el suelo del baño, también debe haber una baranda de apoyo que permita al paciente levantarse fácilmente del inodoro, en el aseo y baño para mejor comodidad se recomienda instalar un asiento en la ducha. Considerando bañar al paciente todos los días ya que permite valorar e inspeccionar la piel buscando zonas de roce como codos, cabeza, talones o nalgas y verificar el grado de movilidad de las extremidades del cuerpo.^(5,28,44)

Promover la autonomía y calidad de vida del paciente mediante la terapia física promueve la fuerza muscular y la movilidad, para ello es necesario enseñar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento para mejorar la postura y la marcha, la acción de enfermería permite colaborar con fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales para proporcionar terapias específicas que ayuden a mejorar la movilidad, la independencia funcional y anímica del paciente.^(50,52)

Durante el baño y el aseo diario Bernardes requiere que el cuidador o enfermera debe estar pendiente de secar bien los pliegues del cuerpo del paciente, para evitar la humedad y que esto pueda producir irritación de la piel. En el momento de afeitarse se recomienda usar una máquina eléctrica para disminuir el riesgo de lesionar o lacerar la piel. Antes de vestir al paciente se debe esperar que la primera dosis de la medicación administrada en el día haga efecto, luego de esto se debe colocar ropa holgada y cómoda.⁽⁴⁵⁾

Se recomienda no administrar los medicamentos en conjunto con las comidas, especialmente en la ingesta de las proteínas. Usar platos de plástico y con estructura que permitan un agarre fijo. Se debe alimentar al paciente de manera lenta y llevando porciones pequeñas a la boca para evitar la acumulación de alimentos. Los pacientes que padecen este trastorno son propensos a sufrir accidentes en el hogar por eso es importante tener en cuenta la organización de los objetos que hay en casa y es conveniente que haya barras de apoyo en los pasillos y la ayuda fundamental de la enfermera.^(9,45)

La integridad del paciente en el cuidado domiciliario, es importante en su autonomía en áreas de permanencia, en el dormitorio del paciente recomendar se disponga de barandillas en la cama para evitar caídas y que esta tenga una altura adecuada para el paciente al momento de subir y bajar, considérese que el baño este cerca de la persona afectada para evitar largos recorridos. En el momento de descanso del paciente se debe observar la comodidad y que no existan lugares de roce en la piel para evitar úlceras por presión, así mismo como el cambio de posición cada 3 horas.^(8,9,46)

CAPÍTULO III.

3. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se desarrolló mediante una revisión bibliográfica de tipo documental y descriptivo, con el objetivo de determinar el accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson, tomando en cuenta la definición, signos, síntomas, tratamientos y cuidados domiciliarios de enfermería. La búsqueda de información fue realizada en base a publicaciones de revistas de alto impacto científico e indexadas como Elsevier, Scielo, Dialnet, Medline, Clinic Mayo, Google Académico y sitios oficiales como la OMS Y MSP.

Mediante la revisión documental utilizando búsquedas de información las fuentes primarias son los libros, artículos físicos y digitales de revistas, libros, sitios web, y como fuentes secundarias estudios de caso. Para la recolección de datos e información se empleó un algoritmo de búsqueda que inicia con la presentación del tema de estudio “Accionar de enfermería en el cuidado domiciliario a pacientes con Parkinson”, identificando las variables de investigación como son el accionar de enfermería en el cuidado domiciliario y la EP.

Entre las palabras clave a considerar están: cuidados de enfermería, Enfermedad de Parkinson, envejecimiento, enfermedades neurodegenerativas, sintomatología, factores de riesgo, niveles de dopamina, uso de levodopa, escala UPDRS, buscando la información en los principales motores de búsqueda que contribuyan al proceso de indagación.

Los motores de búsqueda contribuyeron con una extensa bibliografía de los cuales se consideraron 64 artículos científicos relevantes al estudio de la EP, permitieron abordar la temática, a través de la lectura crítica y comprensiva de los documentos observando, relevancia de la investigación, año de publicación, territorialidad y grupos de estudio que permitan conocer la relevancia investigativa evaluando el impacto y aporte de las publicaciones citadas en el accionar de enfermería domiciliario en pacientes con EP.

En una primera etapa se consideraron 64 publicaciones observado en un primer momento el año de publicación de las fuentes bibliográficas y que se encuentren en relación directa con el tema de estudio considerando criterios de inclusión y exclusión.

Así, los criterios de inclusión fueron la pertinencia de artículos científicos sobre la etiología de la enfermedad, la temporalidad tomando en cuenta la fecha de publicación de artículos científicos 2018-2022, además de la relevancia de artículos con mayores índices de citación, considerando el idioma artículos científicos en español, inglés, la atención en el contexto geográfico dentro de América Latina y Ecuador favorecieron en la inclusión de artículos científicos con información sobre EP y el accionar de enfermería en pacientes con Parkinson, cuidados domiciliarios, finalmente la disponibilidad académica y gratuidad del recurso.

Dentro de los criterios de exclusión se observaron la pertinencia de artículos científicos sobre otras enfermedades neurodegenerativas, las fechas de publicación descartando artículos desde 2000 al 2017, artículos con menores índices de citación, idiomas desconocidos que se encuentren en contextos geográficos diferentes como Asia o África, descartando además que existan costos por revisión y disponibilidad.

Los términos de búsqueda están en relación directa al tema como: “Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento”, “Caídas en la enfermedad de la EP: un panorama complejo y en evolución”, “Desafíos en el diagnóstico de la EP”, “Enfermedad de Parkinson: revisión clínica”, “Enfermedad de Parkinson y covid-19: una pandemia”, “La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería”, “Guía sobre la EP” “déficit de autocuidado” “Dorothea Orem”, “Cuidados domiciliarios para pacientes con Parkinson”, “escalas de valoración”, “UPDRS”. “escala Kats” artículos en idioma español en un 80% y en inglés un 20%.

Para este estudio se tomaron en cuenta 53 artículos de los cuales se han escogido de los siguientes repositorios: Elsevier (22), Scopus (14), Google Académico (10), Latindex (3), Scielo (3), Portal Guía de Salud (1), 34 de los cuales en idioma español y 6 en inglés, el aporte del motor de búsqueda Elsevier, brinda valiosa información, la rigurosidad académica del repositorio supone un alto grado de compendios académicos que aportan de manera significativa al estudio.

CAPITULO IV.

4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Prieto et al. considera a la EP como una enfermedad de evolución progresiva que cursa distintos aspectos en el que concuerdan Navarro y Castro no obstante destacan que puede variar de una persona a otra y asocian la pérdida de equilibrio o inestabilidad postural cuando la enfermedad periódicamente evoluciona a través del tiempo y Prieto et al., presenta la pérdida de reflejos posturales y la coordinación muscular como un avance de la enfermedad por la dificultad para mantenerse erguido, provocando una postura encorvada con problemas para mantener el centro de gravedad sobre los pies por lo que sugieren la colocación de barandillas en las gradas, cama y baño para evitar caídas.^(30,38)

Para Martínez, et al., Kalia y Lang la rigidez muscular, es el aumento de la resistencia o tensión durante los diferentes movimientos de las extremidades, es un signo que aparece de forma distal o proximal con dolor en las zonas más sensibles al movimiento por ejemplo el hombro, cuello y tronco, generando posturas incómodas en los pacientes que les permita mover los músculos y articulaciones de manera fluida. La rigidez dificulta los movimientos cotidianos y la pérdida de amplitud de movimiento que requieren flexibilidad y coordinación por lo que es importante el apoyo en la deambulación y realización de actividad física.^(37,45)

Según Olivari, et al., y Peñas et al., los síntomas no motores se producen, en parte, por acumulación de cuerpos de Lewy en regiones del sistema nervioso distintas de la sustancia negra compacta, lo que puede producirse, incluso, antes de su detección en la sustancia negra, concuerdan con los postulados de Pérez, et al, lo cual explica la aparición de manifestaciones no motoras previas al inicio de los síntomas cardinales de la enfermedad uno de cada cinco pacientes presenta síntomas no motores como fatiga, dolor, alteraciones urinarias, pérdida de olfato, trastorno del sueño, depresión y ansiedad, quienes recomiendan el acompañamiento y apoyo permanente del cuidador o enfermera.^(9,13,28)

Por otra parte, Gil y Martínez manifiestan que la asociación terapéutica con levodopa es más efectiva que la monoterapia, habiendo un aumento de los efectos secundarios como edema, somnolencia, constipación, mareo, alucinaciones y náuseas, provocando la interrupción y continuidad del tratamiento. La levodopa, considerada como un tratamiento de primera línea que se puede acompañar con intervenciones no farmacológicas brindadas por el personal de enfermería o cuidador como la actividad física, musicoterapia, intervenciones psicosociales, etc.^(25,46)

Los cuidados de enfermería en el Parkinson son necesarios para mejorar la calidad de vida de los pacientes y ayudarlos a sobrellevar los síntomas de esta enfermedad neurodegenerativa crónica, realizar una evaluación integral del paciente, que incluya la

valoración de la función motora, el equilibrio y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria (vestirse, movilizarse, utilizar el baño).^(48,49)

Investigaciones de García y Gonzales coinciden al presentar el principal tratamiento de la EP, siendo levodopa y dopaminérgicos (levodopa+carbidopa) como precursores de dopamina en la primera fase a corregir los síntomas motores, un tratamiento a largo plazo con dopamina es un vaivén en las manifestaciones motoras y discinesias, adicional con medida que transcurre el tiempo y la enfermedad pueden aparecer nuevos síntomas que no responden al método por lo que es importante la valoración del paciente antes, durante y después de la administración de medicamentos, la verificación y constancia del tratamiento para evitar el abandono del mismo y producir trastornos neuropsiquiátricos y cognitivos.^(18,22)

El estudio de Prieto et al., considera a la EP como una enfermedad de evolución progresiva que cursa distintos estadios, no obstante, puede variar de una persona a otra en donde para iniciar el tratamiento es necesario que el personal de enfermería desarrolle una evaluación que permita determinar el estado del paciente por medio de escalas que puede determinar la evolución de la enfermedad según la función motora como la escala de Hoehn y Yahr, y otras que evalúan la limitación y la calidad de vida del afectado por ejemplo la escala de Evaluación Unificada (UPDRS), escala de Nuds y escala de Webster.⁽¹³⁾

Además, que Allende, et al., y Prieto et al., encuentran coincidencias en el uso de la escala UPDRS como una herramienta multidimensional fiable para el trabajo de enfermería y que permite valorar al paciente y conocer la evolución de la enfermedad, especialmente al momento de brindar atención en el domicilio. El grupo de investigadores encabezados por Goetz, et al., destaca la utilidad de la escala UPDRS que estima las actividades de la vida diaria del paciente. Arredondo, et al., justifica el uso de la escala para medir el progreso (avance-retroceso) del tratamiento farmacológico, sintomatología motriz y estado psico-emocional del paciente.^(16,30,46)

En cuanto a la administración de medicamentos Allende, et al., y; Arredondo, et al., consideran no administrarlos en conjunto con las comidas, especialmente en la ingesta de las proteínas, los autores en sus recomendaciones mencionan que antes de vestir al paciente se debe esperar que la primera dosis de la medicación administrada en el día haga efecto, y se promueva el uso de ropa holgada y cómoda. Real, argumenta identificar si el paciente tiene la capacidad de digerir, masticar y tragar por vía oral considerando un plan dietético adecuado que contribuya con calorías, proteínas y fibra necesarios para el paciente.^(16,18,36)

Dentro de los cuidados de enfermería la alimentación juega un rol fundamental, en conjunto de un plan dietético adecuado donde contribuya las calorías, proteínas y fibra

necesarias para el organismo del paciente, Allende, et al., Arredondo, et al., (2018) y Marín, et al., valoran determinar si el paciente tiene la capacidad o no de masticar, tragar y digerir por vía oral, incluyendo la necesidad de usar platos plásticos y con estructura que permitan un agarre fijo. Alimentar al paciente con EP requiere de paciencia acción que es de manera lenta y llevando porciones pequeñas a la boca para evitar la acumulación de alimento y posibles atragantamientos.^(5,18,16)

Desde la línea propositiva de Allende, et al., y Arredondo, et al., reconocen que la seguridad e higiene diaria es importante recomiendan en ocasiones fomentar el uso de dispositivos de asistencia personal (bastones, y andadores) para mejorar el movimiento y aumentar la fuerza muscular del paciente para crear una independencia, en cuanto a la higiene colocar una alfombra antideslizante en el suelo del baño, también debe haber una baranda de apoyo que permita al paciente levantarse fácilmente del inodoro y para que el ducharse sea más cómodo y fácil se debe colocar un asiento en la ducha.^(16,18,43)

Arredondo, et al., aconseja el baño diario que permita valorar e inspeccionar la piel buscando zonas de roce en la piel para evitar úlceras por presión en codos, cabeza, talones o nalgas. El cuidador o enfermera debe estar pendiente de secar bien los pliegues del cuerpo del paciente luego de ducharlo, para evitar la humedad y que esto pueda producir irritación de la piel. En pacientes varones al momento de afeitarse se recomienda usar una máquina eléctrica para disminuir el riesgo de lesionar o lacerar la piel.⁽²⁰⁾

Allende, et al., Arredondo, et al., y Marín, et al., coinciden que la movilidad es importante para los pacientes que padecen este trastorno debido a que son propensos a sufrir accidentes en el hogar por lo cual es importante tener en cuenta la organización de los objetos en casa y la conveniencia de instalar barras de apoyo en el baño, escaleras, pasillos o lugares de mayor permanencia que promuevan la autonomía. Se cuente con barandillas en la cama y que ésta tenga una altura adecuada para que el paciente pueda subir y bajar con normalidad y así evitar al máximo riesgo de caídas. El baño este cerca del dormitorio para evitar largas distancias.^(16,18,36)

CAPÍTULO V.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La EP se produce por los bajos niveles de dopamina en el cerebro, es altamente variable y los síntomas progresan lentamente con el tiempo, afectando con mayor prevalencia a personas de la tercera edad de sexo masculino, la enfermedad se caracteriza por una variedad de síntomas motores (temblores en reposo, bradicinesia, rigidez muscular, problemas de equilibrio y postura), no motores (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, problemas de la función cognitiva, dificultades en la deglución, trastornos autonómicos) y cambios en la función autonómica.

Los cuidados de enfermería en la EP deben adaptarse a sus necesidades individuales y al progreso de la enfermedad, la importancia del trabajo interdisciplinario y una comunicación efectiva (enfermera-paciente-cuidador) son esenciales para brindar la mejor atención posible a estos pacientes. Mediante la capacitación y conocimiento de la enfermedad permitirá educar y concientizar al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad sus síntomas y su progresión, proporcionando información sobre la administración de medicamentos, sus posibles efectos secundarios además de incluir una planificación del ejercicio, la nutrición y otros aspectos del autocuidado.

La teoría de autocuidado de Dorothea Orem se centra en el papel del individuo en el cuidado de su propia salud y bienestar, la importancia de los cuidados personales y el apoyo fundamental del accionar de enfermería en el domicilio, tomando en cuenta que el ser humano es capaz de reflexionar sobre sí mismo y su entorno para sobrellevar la enfermedad mediante la autonomía, la seguridad, alimentación y el ejercicio físico moderado logrando una mejor calidad de vida en el transcurso de la enfermedad.

5.2 RECOMENDACIONES

Para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson se recomienda que los cuidados deben ser individualizados, y la enfermera es la encargada de controlar y evaluar la medicación prescrita, así como de realizar ajustes según sea necesario. Además, la medicación es solo una parte del manejo integral de la EP, que también puede incluir terapia física, ocupacional y del habla, cambios en el estilo de vida, apoyo emocional e intervenciones quirúrgicas de ser el caso.

Durante el cuidado domiciliario un papel esencial es la atención integral de las personas con Parkinson, ya que se enfoca en mejorar la calidad de vida, la seguridad y la autonomía de los pacientes en su entorno familiar. Es recomendable trabajar en colaboración con profesionales de la salud y cuidadores capacitados en el bienestar de las personas afectadas por esta enfermedad neurodegenerativa.

Promover el autocuidado, con un enfoque holístico en la atención al paciente, de acuerdo al enfoque de Dorothea Orem, destaca la importancia de la seguridad del paciente, esto permite que el accionar de enfermería en el cuidado domiciliario se encamine en promover el acondicionamiento del hogar que permita: instalar pasamanos en las escaleras y pasillos, eliminar obstáculos que puedan causar tropiezos, implementar iluminación en toda la casa para evitar caídas en la oscuridad, colocar antideslizantes en la bañera o ducha para facilitar la vida del paciente con EP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Córdor I, Atencvio J, Contreras C. Características Clínico Epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson en un Hospital Nacional de la sierra peruana. [Online].; 2019 [cited 2023 10 31. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a04v19n4.pdf>.
2. Villarejo A, Eimil M, Llamas S, Llanero M, López C, Prieto C. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social. Elsevier. 2017 Oct; 36(1).
3. Federación Médica Española del Parkinson. Portal guía de la salud. [Online].; 2020 [cited 2022 junio 24. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/gpc_546_parkinson_iacs_paciente.pdf.
4. Leone A, Couselo D. Envejecimiento poblacional y políticas de cuidado: tensiones en torno a la formulación de políticas sociales. Itinerarios de Trabajo Social. 2022 Jan.
5. Marín M, Carmona H, Ibarra M, Gámez M. Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2018 marzo; 50(1).
6. Ordoñez A. Chile lidera el ranking latinoamericano de cuidados de Parkinson. Revista Medica de Chile. 2019;(147).
7. Montalvo J, Montalvo S, Alvear A, Intriago E, Mercado D, Moreira V. Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson: EstudioPuerta-Puerta en la Provincia de Manabí-Ecuador. Prevalence of Parkinson's Disease: Door-to-door Study in Manabi-Ecuador. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2019; 26(1).
8. Moreno C, Bernal O, Barrios G, Cerquera S. Acta Neurológica Colombiana. [Online].; 2022 [cited 2022 junio 25. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v36s1/2422-4022-anco-36-s1-39.pdf>.
9. Olivari M, Marín M, Utrilla A, Jimeno C, Omedas P, García M, et al. Zonahospitalaria.com. [Online].; 2020 [cited 2022 junio 24. Available from: <https://zonahospitalaria.com/cuidados-de-enfermeria-a-pacientes-con-parkinson/>.
10. Silva S, Águila D, Palma C, Pavez G, Moreno A, Riquelme D. Efectos del Ejercicio Físico en el Riesgo de Caída de Personas con Enfermedad de Parkinson: Una Revisión Sistemática.. Revista de Educación Física y Calidad de Vida. 2022 Dec; 1(1-18).
11. González H. Enfermedad de Parkinson. Manual MSD. 2022 Feb.
12. Federación Española de Parkinson. Portal guía de salud. [Online].; 2020 [cited 2022 junio 24. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/gpc_546_parkinson_iacs_paciente.pdf.
13. Prieto J, Alcalde T, López L, Pérez P, Martín L, Fernández C. Scielo -Parkinson. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 28. Available from:

https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2019/07/FEP.CGCOF_.SEN_.SEMERGEN.-Guia-parkinson-profesionales.pdf.

14. Peñas E, Galvez M, Marín M, Pérez-Olivares M. El libro blanco del Parkinson en España: aproximación, análisis y propuesta de futuro. Madrid: Ed. Real patronato sobre Discapacidad; 2018.
15. Raile M. Modelos y teorías de enfermería Barcelona: Ed. Elsevier.; 2022.
16. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. Gaceta Médica Espirituana. [Online].; 2019 [cited 2023 10 04. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009.
17. Allende R, Macías J, Porcel A. Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 25. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100853/1/CultCuid_55-78-84.pdf.
18. García C, Jiménez L, Blanco E, Navarro M, Calleja M. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. Scielo. 2018 diciembre; 29(4).
19. OMS. Parkinson disease: a public health approach: technical brief Ginebra; 2022.
20. Arredondo, K.; Zerón, R.; Rodríguez, M.; Cervantes, A. Breve recorrido histórico de la enfermedad de Parkinson. Gaceta Medica de México. 2018 junio; 154.
21. Canga A., Esandi N.. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 Ago [citado 2023 Nov 17] ; 39(2): 319-322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11376627201600020016&lng=es.
22. Gonzales F. Análisis y Gestión. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastre [Internet]. Uniovi.es. [citado el 17 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/17315/TFM_Lidia%20Freire.pdf;jsessionid=5F826AC192E8A49A363C7200F591A8DF?sequence=6
23. NANDA. Diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC 2021 2023. NANDA. 2021. [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Oct 30]; 24(3): e4198. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/nanda-nic-noc-9788413822426.html>
24. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. Sexta edición. España: Elsevier;2018 [citado en agosto de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
25. Buil M, Cuartero M, Cuello A, Náger V, Lacuey E, Blasco N. El Parkinson y la fisioterapia, artículo monográfico. MedSalud. 2021 Aug.

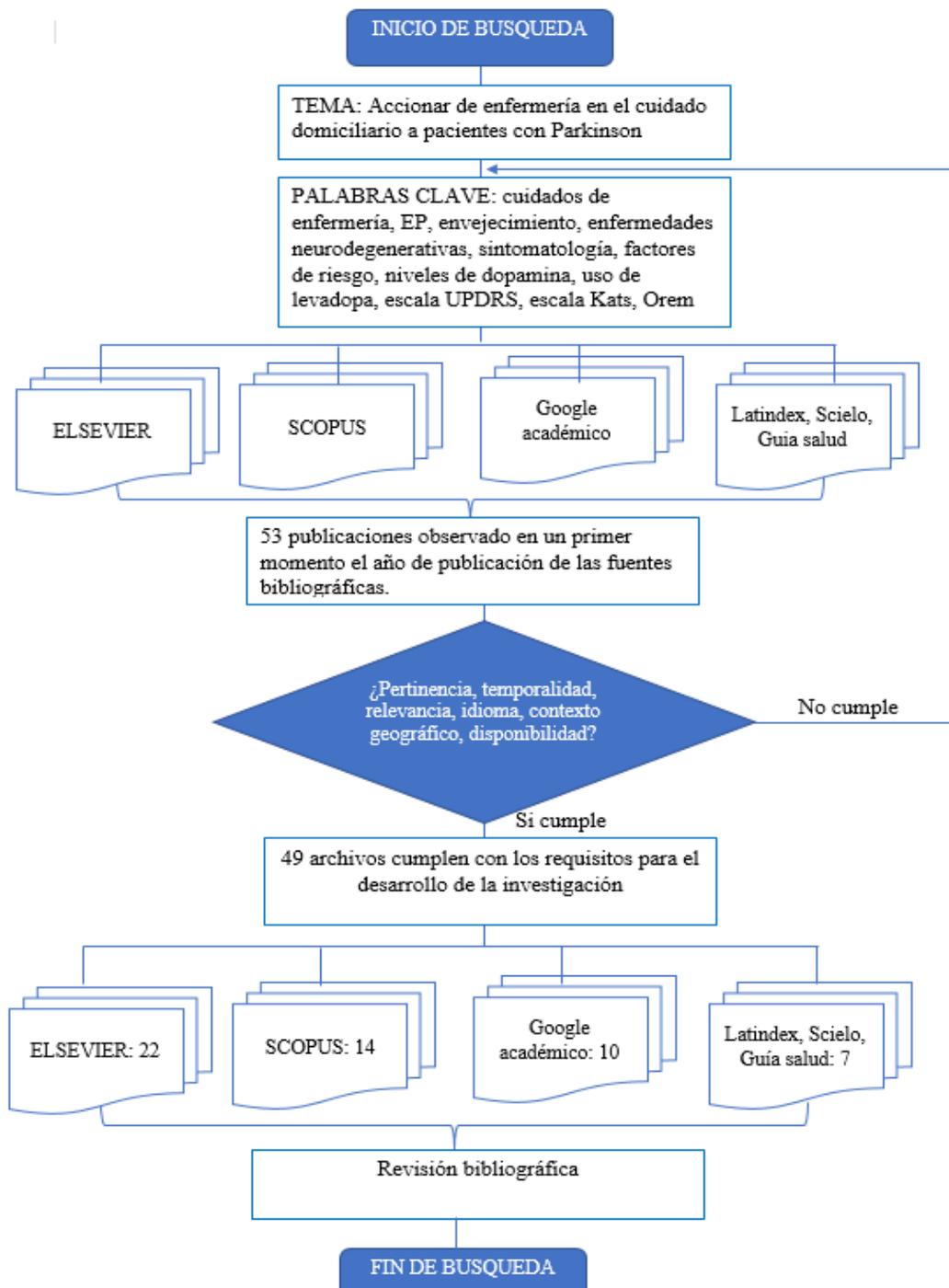
26. Cabreira V, Massano J. National Library of Medicine. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31625879/>.
27. Clinic M. Mayo Clinic Press. [Online].; 2020 [cited 2022 julio 02. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes/syc-20376055>.
28. García F. ScienceDirect. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300435>.
29. Chaná, P.; Albuquerque, D. Manual de orientación del Parkinson. In Parkinson; 2018; Chile. p. 12.
30. Clinic PdM. Mayo Clinic. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 28. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/lewy-body-dementia/diagnosis-treatment/drc-20352030>.
31. Gil C, Martínez A. El Parkinson Madrid: Ed. Fuencarral; 2019.
32. García, C.; Jiménez, L.; Blanco, E.; Navarro, M.; Calleja, M. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. Scielo. 2018 diciembre; 29(4).
33. Pérez E, Aguilera O, I. N, Colina E. Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. Scielo. 2018 Jun;(21).
34. Martínez, E.; Cervantes, A.; Rodríguez, M. Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Neurociencia. 2018 noviembre; 11(06).
35. Mayo Clinic. (2015) Parkinson's Disease. Causes. Traducción personal. Obtenido el 29. [Online].; 2018 [cited 2023 04 05. Available from: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/parkinsons-disease/basics/causes/con-20028488>.
36. Rodríguez P. Diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. 2020 Oct;(e285).
37. Chaves K, Padilla D, Vargas R. La enfermedad de Parkinson. Revista Médica Sinérgica. 2022 Feb; 7(2).
38. Parnetti L, Gaetani L, Eusebi P, Paciotti S, Hansson O, El-Agnaf O, et al. PubMed. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30981640/>.
39. Bloem B, Okun M, Klein C. PubMed. [Online].; 2021 [cited 2022 junio 28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33848468/>.
40. Real S. Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad de Parkinson. Tesis. Santander: Universidad de Catambria; 2019.
41. Kalia L, Lang A. Parkinson's disease. Lancet. 2018.
42. Navarro Y, Castro M. Enfermería Global. [Online].; 2020 [cited 2023 10 04. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004.

43. Custodio N, Hernández G, Montesinos R, Bardales Y, Mejía K, Aldinio V. Scielo-Perú. [Online].; 2018 [cited 2022 11 11. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972018000200007&script=sci_arttext&tlng=pt.
44. Silva J, Boery R. Efectividad de una intervención de apoyo para cuidadores familiares y sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares.. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2021; 29.
45. Bernardes T, Santana E, Coutinho G, Camisasca L, Araújo G:PF, Araújo D. Caracterización Clínico-Epidemiológica del anciano en una institución de larga duración. Enferm Foco. 2021; 12(3).
46. Cordova U. Repositorio Digital. [Online].; 2020 [cited 2023 10 03. Available from: <https://enfermeria.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/15/2020/10/Gestion-del-Cuidado-Enfermero.pdf>.
47. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Scielo. 2020.
48. Chand Raza RANUAS. PubMed. [Online].; 2019 [cited 2022 junio 28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30980848/>.
49. Martínez R, Gasca C, Sánchez A, Obeso A. Scielo. [Online].; 2018 [cited 2023 06 20. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864016300372>.
50. Goetz, C. Movement Disorders. [Online].; 2019 [cited 2023 08 12. Available from: https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/PDFs/MDS-UPDRS_Spanish_FINAL.pdf.
51. Baron M,GP,MM,GN,BN. Cuidados enfermeros en adaptación al rol de cuidadores informales de personas con enfermedad de Parkinson. SEDENE Elsevier- España. 2021 Jul; 57.
52. Palafox.C. La genética de la Enfermedad de Parkinson. Revista de Ciencias de la Salud. 2021.
53. Vázquez L, Madrigal L, Madiero A, Valdés Y. Caracterización de los pacientes con Enfermedad de Parkinson. Scielo. 2021 Septiembre; 15(3).

ANEXOS

Anexo 1: Algoritmo de búsqueda



Fuente: Capítulo Metodología III

Realizado por: Paola Mata Inca

Anexo 2: Tabla Cuidados domiciliarios de acuerdo al NANDA, NIC y la Teoría de D. Orem, en pacientes con Parkinson

CUIDADOS DOMICILIARIOS DE ACUERDO AL NANDA Y NIC Y LA TEORÍA DE D. OREM, EN PACIENTES CON PARKINSON					
AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	CATEGORÍA	SEMEJANZAS	CUIDADOS	DIAGNOSTICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	APORTES DEL ESTUDIANTE
Navarro, Ordoñez y Peñas et al.	Conductual	<p>Los autores coinciden en la importancia del control y vigilancia de la conducta del paciente, para evitar que entre en estado de depresión o estrés.</p> <p>Ellos manifiestan que los pacientes con EP en ocasiones su autoestima suele variar por la incapacidad de realizar actividades de la vida diaria.</p>	<p>Acompañamiento permanente cuanto el paciente presente episodios de estrés o depresión.</p> <p>Realizar actividades de relajación como musicoterapia, aromaterapia o yoga.</p>	<p>00069 Afrontamiento individual ineficaz R/C enfermedad crónica M/P expresión verbal de incapacidad para afrontar la situación o solicitar ayuda.</p> <p>Valorar el grado de depresión</p> <p>Involucrar al paciente en las actividades.</p> <p>Valorar la situación actual y adaptación de la persona.</p>	<p>El personal de enfermería es parte fundamental en el acompañamiento del paciente, la educación a los familiares a crear un vínculo más cercano con la persona es esencial para que el paciente se sienta seguro y confiado.</p>

				<p>Escuchar atentamente al paciente.</p> <p>Ayudar al paciente a adquirir los métodos adecuados para la resolución de problemas.</p>	
<p>Martínez E, et al. Kalia L, Lang A.</p>	<p>Seguridad</p> <p>y</p> <p>Movilidad</p>	<p>Los autores concuerdan con que uno de los signos que se presenta en la EP es la rigidez muscular que aparece de forma distal o proximal con dolor en hombros, cuello y tronco limitando la movilidad de músculos y articulaciones.</p>	<p>Es importante el apoyo en la deambulación y realización de actividad física de acuerdo a la necesidad y capacidad del paciente.</p> <p>Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento para mejorar la postura y la marcha.</p>	<p>00085 Deterioro de la movilidad R/C DISMINUCIÓN de la fuerza y la resistencia secundaria a enfermedad del sistema nervioso: Parkinson M/P alteración de la capacidad para moverse dentro de su entorno.</p> <p>Favorecer la movilidad y el movimiento optimo.</p> <p>Aumentar la movilidad de las extremidades.</p> <p>Determinar el tipo de ejercicios adecuado para la</p>	<p>El cuidado del baño requiere medidas de seguridad específicas para prevenir caídas y lesiones, así como la adaptación de la rutina de baño a las necesidades individuales del paciente.</p> <p>Trabajar en conjunto con un equipo de atención médica y considerar la asistencia de un cuidador o familiar puede ser fundamental</p>

<p>Prieto J. et al. Navarro Y. y Castro M.</p>		<p>Según manifiestan los autores la EP puede variar de una persona a otra, presentando perdida del equilibrio, problemas en mantener el centro de gravedad, dificultad para mantenerse erguido o postura encorvada.</p>	<p>Colocación de barandas en las paredes, gradas, baños y cama como fuente de apoyo para la deambulación y prevenir riesgos de caídas.</p> <p>Dependiendo el estadio de la EP en el paciente, el acompañamiento permanente del personal de enfermería es esencial.</p> <p>Educar al paciente con las medidas de seguridad personal para evitar caídas.</p>	<p>persona ya sea activo o pasivo.</p>	<p>para garantizar un baño seguro y cómodo.</p> <p>Considerar la seguridad integral del paciente, tomando en cuenta movilidad (instalación de barras de apoyo), iluminación y eliminación de objetos.</p>
--	--	---	--	--	---

			Al realizar ejercicios se debe incrementar la movilidad de las extremidades.		
Pérez, et al., Goetz, Buil, et al.	Actividad / Ejercicio	Los autores manifiestan que la valoración al paciente es por medio de escalas que puede determinar la evolución de la enfermedad la Evaluación Unificada (UPDRS). Además, consideran al ejercicio físico como una terapia ocupacional benéfica para el paciente.		00085 Deterioro de la movilidad física R/C disminución del control muscular M/P inestabilidad postural 0180 Mejorar la movilidad La caminata, el uso de una bicicleta estacionaria, la natación y la jardinería son ejercicios que ayudan a mantener la movilidad articular Los ejercicios de estiramiento (estirar-sostener- relajar) y de amplitud de movimiento	La terapia física no puede curar la enfermedad, puede ofrecer una serie de beneficios significativos que mejoran la calidad de vida y el bienestar de las personas con EP. Es importante destacar que el tipo y la intensidad del ejercicio deben adaptarse a las necesidades y capacidades individuales de cada persona al iniciar un programa de ejercicios, es recomendable

				<p>favorecen la flexibilidad articular.</p> <p>Realizar intervenciones para mejorar la postura y el movimiento en pacientes como son la reducción postural global y el entrenamiento de la marcha cuesta abajo en tapiz rodante</p> <p>Los ejercicios posturales son importantes para contrarrestar la tendencia de la cabeza y el cuello a desviarse al frente y hacia abajo.</p>	<p>consultar con un médico o fisioterapeuta especializado que brinde orientación específica y garantice la seguridad durante la actividad física.</p>
Prieto, et al., Pérez, et al., Goetz.	Seguridad e higiene	Los autores concluyen que la evolución progresiva de la Enfermedad de Parkinson cursa distintos estados, varían de una persona a otra y asocian la	<p>La higiene diaria acompañada de una adecuada vestimenta facilita la estancia y deambulación de la persona.</p> <p>La colocación de barandas en la ducha y baño facilitan</p>	00109 Déficit de autocuidado: vestido R/C debilidad M/P deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa	El proceso de vestirse puede presentar desafíos para las personas con EP debido a los síntomas motores, como la lentitud de movimientos y la

		<p>pérdida de equilibrio o inestabilidad postural evolucionando a través del tiempo lo que dificulta o limita el cambio adecuado de vestimenta e higiene.</p>	<p>la independencia del paciente además que evita riesgo de caídas.</p> <p>El uso de jabones adecuados para el tipo de piel que evite irritaciones es esencial.</p> <p>Impulsar al paciente a bañarse o asearse solo y el apoyo constante del cuidador favorecen a la independencia del mismo.</p> <p>Valoración constante de la piel, específicamente al momento del secado evitando áreas húmedas que provoquen úlceras, irritación y mal olor.</p>	<p>1802: Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal</p> <p>-Identificar capacidades en la identificación de prendas de vestir</p> <p>Vestir</p> <p>-Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.</p> <p>-Observar la capacidad del paciente para vestirse.</p> <p>-Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo</p> <p>0222 terapia de ejercicios equilibrio</p> <p>-Valora los factores que influyen en el miedo a caerse</p> <p>-Adaptar el ambiente</p>	<p>rigidez muscular. El cuidado de enfermería al vestirse se basa en la adaptación, la paciencia y la planificación, con las estrategias adecuadas y, en algunos casos, la ayuda de un cuidador, es posible simplificar el proceso de vestimenta y mantener la independencia en la medida de lo posible.</p>
--	--	---	---	--	--

				<p>-Proporcionar dispositivos de ayuda como apoyo al paciente para realizar los ejercicios.</p> <p>00108 Déficit de autocuidado: baño R/C deterioro musculoesquelético M/P deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo</p>	
Arredondo, et al., Allende, et al., García.	Seguridad y eliminación	Según los autores concuerdan con la seguridad e higiene diaria que fomenta el uso de dispositivos de asistencia personal (bastones, y andadores) para mejorar el movimiento y aumentar la fuerza muscular del paciente para crear una independencia.	<p>Colocar barandillas de apoyo en las escaleras o pasillos para que el paciente pueda deambular solo hacia el sanitario y que a su vez ayuda al paciente a sentarse y levantarse del inodoro.</p> <p>El lugar debe estar bien iluminado, eliminando obstáculos y cables que puedan ser peligrosos en la transito y uso del inodoro.</p>	<p>00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro R/C deterioro de la movilidad M/P deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro</p> <p>1804: Ayuda con el autocuidado: micción/defecación.</p> <p>-Ayudar al paciente en el inodoro.</p>	Es importante que el personal de enfermería o cuidador establezca una rutina para ir al baño, que sea consistente y siga un orden específico, puede ayudar a reducir la confusión y el estrés. Se recomienda instalar barras de apoyo resistentes cerca del inodoro, tanto en el

		Además, que permite el uso del inodoro y aumenta la deambulación y movilidad del cuerpo.	Evitar alfombras o suelos deslizantes. Colocar los accesorios necesarios al alcance del paciente.	-Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación. 6482 Manejo ambiental -Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva, y el historial de conducta Eliminar factores de peligro del ambiente. -Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.	lado de la pared como en el lado opuesto que proporcionen puntos de apoyo.
Real., Allende, et al., y; Arredondo, et al.	Ingesta	Los autores coinciden en la importancia de una alimentación adecuada en pacientes con EP. A su vez consideran que los medicamentos no se	Se debe tener en cuenta las interacciones entre los medicamentos y las recomendaciones específicas para la toma de medicamentos con el fin de optimizar su eficacia.	Déficit de autocuidado: alimentación R/C deterioro neuromuscular M/P deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca.	La alimentación es un aspecto importante en el manejo de la EP., una dieta adecuada puede ayudar a controlar los síntomas, mejorar la calidad de

		<p>deben administrar en conjunto con las comidas, especialmente en la ingesta de las proteínas.</p> <p>Además de identificar si el paciente tiene la capacidad de digerir, masticar y tragar por vía oral considerando un plan dietético adecuado.</p>	<p>Con el apoyo del nutricionista, establecer una dieta equilibrada y acorde al requerimiento calórico del paciente.</p>	<p>1803 Ayuda con el autocuidado: Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación. -Animar a los cuidadores/familia a que alimenten al paciente. -Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente <p>00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C incapacidad para ingerir los alimentos M/P peso corporal inferior en un 20% respecto al rango de peso ideal</p>	<p>vida y contribuir a un bienestar general. Mediante un régimen alimenticio equilibrado. Lograr el consumo de frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras y grasas saludables, proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud en general.</p> <p>Una dieta equilibrada contribuye a la salud cardiovascular del paciente.</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>1160 Monitorización nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorear la ingesta calórica y dietética -Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda -Identificar los cambios recientes de apetito y actividad <p>1120 Terapia Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Completar una valoración nutricional si procede -Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. 	
--	--	--	--	--	--

				-Instruir al paciente y a la familia sobre la dieta prescrita.	
--	--	--	--	--	--

Fuente: Capítulo IV, Diagnósticos NANDA, NIC.

Realizado por: Paola Inca Mata

Anexo 3: Criterios diagnósticos de la EP

Criterios obligatorios (definen al Parkinsonismo)
<ul style="list-style-type: none"> • Bradicinesia con temblor de reposo, rigidez o ambos
Criterios de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> • Temblor de reposo de una extremidad • Una mejoría dramática con la terapia dopaminérgica (p. ej.: con L-dopa/carbidopa al inicio, al aumentar la dosis, fluctuaciones on/off) • Las discinesias inducidas por L-dopa • Pérdida olfativa (anosmia o hiposmia) o denervación simpática cardíaca en la centello grafía del miocardio con yodo-123 meta-yodo-bencil-guanidina (MIBG)
Criterios de exclusión (criterios de exclusión absolutos)
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de beneficio observable a una dosis suficiente de L-dopa (≥ 600 mg/día), a pesar de tener una gravedad moderada de la enfermedad • Uso actual o reciente (dentro de 6-12 meses) de bloqueadores dopaminérgicos o un agente depletante de la dopamina, en una dosis y curso de tiempo consistente con parkinsonismo inducido • Signos cerebelosos (ataxia, dismetría, nistagmo sostenido evocado por la mirada, sacadas hiperométricas) • Variante conductual de la demencia frontotemporal o afasia primaria progresiva en los primeros 5 años • Parálisis supranuclear de la mirada vertical (incapacidad para mover voluntariamente los ojos, a pesar de la preservación de los movimientos oculares reflejos) o lentitud selectiva de las sacadas verticales hacia abajo • Parkinsonismo limitado a extremidades inferiores >3 años • Déficit cortical inequívoco, incluyendo afasia progresiva (lenguaje deteriorado), apraxia ideomotora de la extremidad (deterioro de las habilidades motoras aprendidas), o pérdida sensitiva cortical (agrafoestesia o estereognosia) • Imágenes funcionales normales de la dopamina presináptica (transportador de dopamina) cuando es posible hacer el estudio • Documentación de una causa alternativa de parkinsonismo (p. ej.: hidrocefalia, encefalitis, traumatismo, toxinas, trastornos vasculares)
Banderas rojas (criterios de exclusión relativos)
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro rápido de la marcha requiriendo el uso de silla de ruedas en 5 años (excepto que se relacione la estabilidad con el tratamiento) • Déficits bulbares tempranos graves (disfonía severa o deterioro significativo de la deglución en 1/año) por deterioro del balance • Distonía temprana y grave en las manos, pies o el cuello (anterocolis) dentro de los primeros 10 años • Ausencia de síntomas no motores para >5 años de duración de la enfermedad (hiposmia, constipación, urgencia urinaria, ortostasis sintomática, insomnio de

<p>mantenimiento, somnolencia diurna excesiva, trastorno de la conducta del sueño de movimientos oculares rápidos, depresión, ansiedad, alucinaciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad piramidal o hiperreflexia muscular (se excluye la asimetría ligera en la extremidad más afectada y el signo de Babinski aislado) • Parkinsonismo simétrico (ausencia de predominio de un lado al inicio o en el examen objetivo)
--

Fuente: Diagnóstico y tratamiento médico de la EP (Rodríguez 2020)

Anexo 4: Escala UPDRS

UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (UPDRS)

I. ESTADO MENTAL. COMPORTAMIENTO Y ESTADO DE ÁNIMO
<p>1. ALTERACIÓN DEL INTELECTO</p> <p>0 = Nula.</p> <p>1 = Leve, falta de memoria evidente, con recuerdo parcial de los acontecimientos, sin otras dificultades.</p> <p>2 = Pérdida moderada de memoria, con desorientación y dificultad moderada para la resolución de problemas más complejos. Alteración funcional discreta, pero evidente en el hogar, con necesidad de recordarle ocasionalmente las cosas.</p> <p>3 = Pérdida grave de memoria con desorientación temporal y, con frecuencia, espacial. La capacidad de resolver problemas está muy alterada.</p> <p>4 = Pérdida grave de memoria, conservando solamente la orientación personal. Incapacidad para elaborar juicios o resolver problemas. Requiere mucha ayuda para mantener el cuidado personal. No puede quedar solo.</p>
<p>2. TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO (Por demencia o por intoxicación por fármacos):</p> <p>0 = No hay.</p> <p>1 = Ensueños vívidos</p> <p>2 = Alucinaciones «benignas», conservando la capacidad de discernir.</p> <p>3 = Alucinaciones o delirios de ocasionales a frecuentes. Sin capacidad de discernir. Pueden interferir con las actividades diarias.</p> <p>4 = Alucinaciones o delirios persistentes o psicosis florida. Incapaz de cuidar de sí mismo.</p>
<p>3. DEPRESIÓN</p> <p>0 = No hay.</p> <p>1 = Períodos de tristeza o sentimientos de culpa mayores de lo normal, aunque nunca mantenidos durante días o semanas.</p> <p>2 = Depresión mantenida (1 semana o más).</p> <p>3 = Depresión mantenida con síntomas vegetativos (insomnio, anorexia, pérdida de peso, pérdida de interés).</p>

4 = Alucinaciones o delirio persistentes o psicosis florida. Incapaz de cuidar de sí mismo
4. MOTIVACIÓN – INICIATIVA
0 = Normal. 1 = Menos puntaje de lo habitual; más pasivo 2 = Pérdida de iniciativa o desinterés en cuanto a actividades opcionales (no rutinarias). 3 = Pérdida de iniciativa o desinterés en las actividades de cada día (rutinarias). 4 = Aislado, apartado, pérdida total de la motivación
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA SUBESCALA I: / 16
II. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
5. LENGUAJE
0 = Normal 1 = Discretamente alterado. No hay dificultad para entender. 2 = Moderadamente alterado. A veces hay que pedirle que repita algo. 3 = Muy alterado. Hay que pedirle con frecuencia que repita. 4 = Ininteligible la mayor parte del tiempo
6. SALIVACIÓN
0 = Normal. 1 = Exceso de saliva en la boca, discreto pero evidente; puede haber babeo durante la noche. 2 = Moderado exceso de saliva; puede haber mínimo babeo. 3 = Marcado exceso de saliva con cierto grado de babeo. 4 = Marcado babeo; requiere constantemente gasa o pañuelo.
7. DEGLUCIÓN
0 = Normal. 1 = Rara vez se atraganta. 2 = Se atraganta ocasionalmente. 3 = Requiere dieta blanda. 4 = Requiere alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía.
8. ESCRITURA
0 = Normal. 1 = Discretamente lenta o pequeña. 2 = Moderadamente lenta o pequeña; todas las palabras son legibles 3 = Muy alterada; no son legibles todas las palabras 4 = La mayoría de las palabras son ilegibles
9. CORTAR ALIMENTOS Y MANEJAR CUBIERTOS
0 = Normal. 1 = Algo lento y torpe, pero no necesita ayuda. 2 = Puede cortar la mayoría de los alimentos, aunque con torpeza y lentitud, necesita cierta ayuda. 3 = Le tienen que cortar los alimentos, pero aún puede alimentarse con lentitud. 4 = Necesita ser alimentado.

10. VESTIDO
<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Algo lento, pero no requiere ayuda.</p> <p>2 = Requiere ayuda en ocasiones para abotonarse, introducir los brazos por las mangas.</p> <p>3 = Requiere bastante ayuda, puede hacer algunas cosas solo.</p> <p>4 = Incapacitado</p>
11. HIGIENE
<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Algo lento, pero no necesita ayuda.</p> <p>2 = Necesita ayuda para ducharse o bañarse, o es muy lento en las actividades higiénicas.</p> <p>3 = Requieren ayuda para lavarse, cepillarse los dientes, peinarse, ir al retrete.</p> <p>4 = Sonda de Foley u otras ayudas mecánicas.</p>
12. DAR VUELTAS EN LA CAMA Y AJUSTAR LA ROPA DE CAMA
<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Algo lento y torpe, pero no precisa ayuda.</p> <p>2 = Puede voltearse solo o ajustar las sábanas, pero con gran dificultad.</p> <p>3 = Puede iniciar la acción, pero no puede volverse o ajustar las sábanas solo.</p> <p>4 = Incapacitado.</p>
13. CAÍDAS (Sin relación con el fenómeno de “congelación”)
<p>0 = Ninguna.</p> <p>1 = Rara vez.</p> <p>2 = Se cae ocasionalmente (menos de una vez al día).</p> <p>3 = Se cae un promedio de una vez al día.</p> <p>4 = Se cae más de una vez al día</p>
14. “CONGELACIÓN” AL CAMINAR
<p>0 = No hay</p> <p>1 = Rara vez aparece “congelación” al caminar, puede haber titubeo al inicio.</p> <p>2 = “Congelación” ocasional al caminar.</p> <p>3 = “Congelación” frecuente. A veces se cae por causa de este fenómeno.</p> <p>4 = Caídas frecuentes por “congelación”.</p>
15. CAMINAR
<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Leve dificultad. Puede no balancear los brazos o puede tender a arrastrar las piernas.</p> <p>2 = Dificultad moderada, pero requiere poca o ninguna ayuda.</p> <p>3 = Trastorno grave de la marcha que requiere ayuda.</p> <p>4 = No puede caminar, incluso con ayuda.</p>
16. TEMBLOR
<p>0 = Ausente</p> <p>1 = Discreto, infrecuentemente presente. No resulta molesto para el paciente.</p> <p>2 = Moderado, molesto para el paciente.</p> <p>3 = Intenso, interfiere con muchas actividades.</p>

4 = Marcado, interfiere con la mayoría de las actividades
17. SÍNTOMAS SENSORIALES RELACIONADOS CON EL PARKINSONISMO
0 = Normal. 1 = Ocasionalmente tiene entumecimiento, hormigueo o dolorimiento discreto. 2 = Con frecuencia tiene entumecimiento, hormigueo o dolorimiento discreto, no resulta penoso. 3 = Frecuentes sensaciones dolorosas. 4 = Dolor extremo.
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA SUBESCALA II: /52
III. EXPLORACIÓN DE ASPECTOS MOTORES
18. LENGUAJE
0 = Normal. 1 = Pérdida discreta de expresión 2 = Monótono, farfullado, pero comprensible, moderadamente alterado. 3 = Muy alterado, difícil de comprender. 4 = Ininteligible.
19. EXPRESIÓN FACIAL
0 = Normal. 1 = Mínima hiponimia, podría ser una cara inexpresiva (“cara de póker”) normal. 2 = Disminución discreta, pero claramente anormal, de la expresión facial. 3 = Hiponimia moderada, labios separados la mayor parte del tiempo. 4 = Cara de “máscara” o expresión fija con pérdida acusada o completa de la expresión facial, labios separados más de 6mm.
20. TEMBLOR DE REPOSO EN MMSS
0 = Ausente. 1 = Discreto e infrecuentemente presente. 2 = Discreto en amplitud y persistente, o de amplitud moderada pero presente sólo de forma intermitente. 3 = De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo 4 = De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo
21. TEMBLOR EN MMI
0 = Ausente. 1 = Discreto e infrecuentemente presente. 2 = Discreto en amplitud y persistente, o de amplitud moderada pero presente sólo de forma intermitente. 3 = De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo 4 = De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo
22. TEMBLOR DE ACCIÓN O POSTURAL DE LAS MANOS
0 = Ausente. 1 = Leve, presente con la acción. 2 = De amplitud moderada, presente con la acción.

<p>3 = De amplitud moderada al mantener la postura en el aire, así como con la acción. 4 = De gran amplitud, interfiere la alimentación</p>
<p>23. RIGIDEZ AXIAL (Valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado)</p>
<p>0 = Ausente 1 = Discreto o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo de otro tipo. 2 = Discreta a moderada. 3 = Intensa, pero consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud. 4 = Muy intensa, la amplitud del movimiento se logra con dificultad.</p>
<p>24. RIGIDEZ EN MMSS (Valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado. No considerar la rigidez “en rueda dentada”)</p>
<p>0 = Ausente 1 = Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo de otro tipo. 2 = Discreta a moderada. 3 = Intensa, pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud. 4 = Muy intensa, la amplitud del movimiento se consigue con dificultad.</p>
<p>25. RIGIDEZ EN MMII (Valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado. No considerar la rigidez “en rueda dentada”)</p>
<p>0 = Ausente 1 = Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo de otro tipo. 2 = Discreta a moderada. 3 = Intensa, pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud. 4 = Muy intensa, la amplitud del movimiento se consigue con dificultad.</p>
<p>26. GOLPETEO DE LOS DEDOS (El paciente golpea el pulgar con el índice en rápida sucesión y con la mayor amplitud posible; realizar con cada mano por separado)</p>
<p>0 = Normal (15/5segundos). 1 = Enlentecimiento discreto y/o reducción de la amplitud (11-15/5segundos). 2 = Moderadamente alterado. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento (7-10/5segundos). 3 = Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento (3-6/5segundos). 4 = Apenas puede realizar la acción (0-2/5segundos).</p>
<p>27. MOVIMIENTOS ALTERNANTES CON LAS MANOS (El paciente abre y cierra las manos en rápida sucesión con la mayor amplitud posible)</p>
<p>0 = Normal.</p>

<p>1 = Enlentecimiento discreto y/o reducción de la amplitud.</p> <p>2 = Moderadamente alterado. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento.</p> <p>3 = Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento.</p> <p>4 = Apenas puede realizar la acción</p>
<p>28. MOVIMIENTOS RÁPIDOS ALTERNANTES DE MMSS (movimientos de pronación supinación de las manos, en sentido vertical, con la mayor amplitud posible y simultáneamente con ambas manos)</p>
<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Enlentecimiento discreto y/o reducción de la amplitud</p> <p>2 = Moderadamente alterado. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento.</p> <p>3 = Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento.</p> <p>4 = Apenas puede realizar la acción.</p>
<p>29. AGILIDAD CON LOS MMII (El paciente golpea con el talón en rápida sucesión levantando el pie entero del suelo; la amplitud del movimiento debe ser alrededor de 7,5cm)</p>
<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Enlentecimiento discreto y/o reducción de la amplitud.</p> <p>2 = Moderadamente alterado. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento.</p> <p>3 = Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento.</p> <p>4 = Apenas puede realizar la acción</p>
<p>30. LEVANTARSE DE LA SILLA (El paciente intenta levantarse de una silla de madera o metal de respaldo recto, con los brazos cruzados ante el pecho)</p>
<p>0 = Normal</p> <p>1 = Lento, o puede necesitar más de un intento.</p> <p>2 = Tiene que impulsarse con los brazos en la silla.</p> <p>3 = Tiende a caer hacia atrás y puede tener que intentarlo más de una vez, pero puede conseguirlo sin ayuda.</p> <p>4 = Incapaz de levantarse sin ayuda.</p>
<p>31. POSTURAL</p>
<p>0 = Erecta normal</p> <p>1 = Postura no muy erecta, discretamente encorvada; podría ser normal en una persona mayor.</p> <p>2 = Postura moderadamente encorvada, claramente anormal. Puede inclinarse discretamente a un lado.</p> <p>3 = Postura muy encorvada, con cifosis. Puede inclinarse moderadamente a un lado.</p>

4 = Flexión marcada con alteración postural extrema
32. MARCHA
0 = Normal 1 = Camina lentamente, puede arrastrar los pies, con pasos cortos, pero sin festinación ni propulsión. 2 = Camina con dificultad, pero no requiere ayuda o muy escasa. Puede haber festinación, pasos cortos o propulsionados. 3 = Trastornos graves de la marcha que requieren ayuda. 4 = No puede caminar, incluso con ayuda.
33. ESTABILIDAD POSTURAL (Respuesta al desplazamiento súbito posterior producido por un tirón de los hombros mientras el paciente permanece en bipedestación con los ojos abiertos y los pies discretamente separados. El paciente está avisado).
0 = Normal 1 = Retropulsión, pero se recupera sin ayuda 2 = Ausencia de respuesta postural se caería si no le sujetara el examinador. 3 = Muy inestable, tiende a perder el equilibrio espontáneamente. 4 = Incapaz de permanecer en pie sin ayuda.
34. BRADIQUINESIA E HIPOQUINESIA (Combina lentitud, titubeo, disminución del braceo, pequeña amplitud y pobreza de movimiento en general)
0 = No hay 1 = Mínima lentitud que da al movimiento un carácter deliberado, podría ser normal en algunas personas. Amplitud posiblemente reducida. 2 = Lentitud y pobreza de movimientos en grado leve, que es claramente anormal. Como alternativa, cierto grado de reducción en la amplitud. 3 = Lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos moderada. 4 = Lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos marcada.
PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA III: /68
IV. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO
A) DISCINESIAS
35. DURACIÓN ¿Qué proporción del día vigila están presentes las discinesias?
0 = Ninguna 1 = 1-25% del día 2 = 26-50% del día 3 = 51-75% del día 4 = 76-100% del día
36. INCAPACIDAD ¿Hasta qué punto son incapacitantes las discinesias?
0 = No incapacitan en absoluto. 1 = Discretamente incapacitantes.

2 = Moderadamente incapacitantes. 3 = Importantemente incapacitantes. 4 = Completamente incapacitantes
37. DISCINESIAS DOLOROSAS ¿Son dolorosas las discinesias?
0 = No son dolorosas. 1 = Discretamente. 2 = Moderadamente. 3 = Importantemente. 4 = Marcadamente.
38. PRESENCIA DE DISTONÍA MATUTINA
0 = No 1 = Sí
B) FLUCTUACIONES CLÍNICAS
39. ¿Hay PERÍODOS OFF PREDECIBLES en relación temporal con las dosis de medicación?
0 = No 1 = Sí
40. ¿Hay PERÍODOS OFF IMPREDECIBLES en relación temporal con las dosis de medicación?
0 = No 1 = Sí
41. ¿Hay PERÍODOS OFF DE INSTAURACIÓN SÚBITA?
0 = No 1 = Sí
42. ¿Qué PROPORCIÓN DEL DÍA vigila está el paciente en OFF, de promedio?
0 = Ninguna 1 = 1-25% del día 2 = 26-50% del día 3 = 51-75% del día 4 = 76-100% del día
C) OTRAS COMPLICACIONES
43. ¿TIENE EL PACIENTE ANOREXIA, NAUSEAS O VÓMITOS?
0 = No 1 = Sí
44. ¿TIENE EL PACIENTE TRASTORNOS DEL SUEÑO? (P.E. insomnio o hipersomnias)
0 = No 1 = Sí
45. ¿TIENE EL PACIENTE ORTOSTATISMO SINTOMÁTICO?
0 = No 1 = Sí

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA IV: /23

UPDRS TOTAL: /159

Fuente: Escala UPDRS (Baron 2021)

Realizado por: Paola Mata Inca

Anexo 5: Escala KATS

Escala de valoración para el Adulto Mayor

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MÓVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE:
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.	
CLASIFICACIÓN	
A Independiente en todas las actividades	
B Independiente en todas las actividades, salvo una	
C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional	
F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional	
G Dependiente en las seis funciones	

Fuente: Escala KATS (Silva y Boery 2021)

Realizado por: Paola Mata Inca

Anexo 6: Clasificación de Hoehn y Yahr

Clasificación de Hoehn y Yahr

Estadio 1	Enfermedad exclusivamente unilateral. Sin afectación funcional o con mínima afectación.
Estadio 2	Afectación bilateral o axial (línea media). Sin alteración del equilibrio.
Estadio 3	Enfermedad bilateral. Discapacidad leve a moderada. Alteración de los reflejos posturales.
Estadio 4	Enfermedad gravemente discapacitante. Aún capaz de caminar o de permanecer en pie sin ayuda.
Estadio 5	Confinamiento en cama o en silla de ruedas si no tiene ayuda

Hoehn MM, Yahr MD. *Parkinsonism: onset, progression and mortality.* Neurology 1967;17:427-442.