

**INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO
“SAN GABRIEL”**



CARRERA: ENFERMERÍA

TÍTULO

**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO
EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MÉDICO CRUZ
ROJA, EN LA CIUDAD DE AMBATO, PROVINCIA TUNGURAHUA. ENERO –
MARZO 2021”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
“TECNÓLOGO SUPERIOR EN ENFERMERÍA”**

AUTOR:

GIOVANNY RAMIRO CUENCA CATA

TUTORA:

LIC. KATHERINE MISHEL VELOZ PEÑAHERRERA

RIOBAMBA- ECUADOR

AGOSTO - 2021

CERTIFICACIÓN

Certifico que el estudiante **GIOVANNY RAMIRO CUENCA CATA** con el N° de Cédula **1803258142** ha elaborado bajo mi asesoría el trabajo de Investigación titulado:

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MÉDICO CRUZ ROJA, EN LA CIUDAD DE AMBATO, PROVINCIA TUNGURAHUA. ENERO – MARZO 2021”

Por tanto, autorizo la presentación para la calificación respectiva.

LIC. KATHERINE MISHEL VELOZ PEÑAHERRERA

Docente ISTSGA

“El presente Trabajo de Investigación constituye un requisito previo para la obtención del Título de **Tecnología Superior en Enfermería**”



"Yo, **GIOVANNY RAMIRO CUENCA CATA** con N° de Cédula **1803258142** declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que se han llegado es de mi absoluta responsabilidad."

GIOVANNY RAMIRO CUENCA CATA

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "SAN GABRIEL"
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGA SUPERIOR
EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MÉDICO CRUZ ROJA, EN LA CIUDAD DE AMBATO, PROVINCIA TUNGURAHUA. ENERO – MARZO 2021”

APROBADO POR:

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Lic. Katherine Veloz

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL: Lic. Rocío Vallejo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL: Dra. Mirella Vera

MIEMBRO DEL TRIBUNAL: Lic. Liliana Yungan

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

NOMBRES	FECHA	FIRMAS
Lic. Katherine Veloz		
Lic. Liliana Yungan		
Dra. Mirella Vera		
Lic. Rocío Vallejo		
Nota de Trabajo de Investigación		

DEDICATORIA

Al cumplir una meta más en mi vida me es grato dedicar el trabajo de tesis, principalmente a mi madre María Celinda Cata Núñez por estar conmigo, por enseñarme a crecer, por apoyarme y guiarme, por ser los cimientos que me ayudaron a llegar hasta aquí.

Está dedicado a mi familia, y mis hijos, que son parte fundamental de mis estudios, fueron los que me dieron grandes lecciones y los principales protagonistas de este 'sueño hecho realidad'.

Giovanny

AGRADECIMIENTO

El valor de agradecer es inalcanzable, por eso principalmente agradezco a Dios pues él nos guía en todos nuestros actos en la vida y sin su voluntad no se lograrían los objetivos planteados. a las personas que día a día impulsaron a que cumpla mi sueño y dejar de lado en muchas ocasiones a la familia para llegar a la meta planteada, por eso agradezco a mi madre, esposa e hijos a los profesores por tenerme paciencia e impartirme sus conocimientos, a mis compañeros y a las autoridades por abrirme las puertas para poder estudiar en tan prestigiosa institución, en especial al Centro Médico Cruz Roja Tungurahua y su personal por la apertura brindada.

Giovanny

CONTENIDO

RESUMEN	XI
SUMMARY	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO REFERENCIAL	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 HIPÓTESIS	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
1.4 OBJETIVOS	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
MARCO TEÓRICO	9
2.1 NORMATIVA VIGENTE DE PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR	9
2.1.1 Normativas en pacientes con Discapacidad	9
2.1.2 Derechos de las personas con Discapacidad	10
2.1.3 Análisis de la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	11
2.3 CICLO DE VIDA EN EL SER HUMANO	11
2.3.1 Etapas de la vida adulta	12
2.3.2 Envejecimiento humano	13
2.3.3 Vejez	13
2.3.4 Comprender el envejecimiento	13
2.3.5 Cambios fisiológicos durante el envejecimiento	14
2.4 ENFERMEDADES PREVALENTES EN EL ADULTO MAYOR	15
2.5 EL PARKINSON	16
2.5.1 Etiología	17
2.5.2 Fisiopatología del Parkinson	17
2.5.3 Factores de riesgo	18
2.5.4 Clínica	18
Síntomas motores cardinales	19
2.5.5 Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson	24
2.5.6 Anatomía Patológica	24
2.5.7 Personas afectadas	25

2.5.8	Curso de la Enfermedad	25
2.5.9	Etapas de la Enfermedad	26
2.5.10	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	27
2.5.11	TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	29
2.5.12	MEDICINA ALTERNATIVA.....	30
2.5.13	Escala de Berg.....	32
2.5.14	Calidad de Vida del Adulto Mayor	34
2.5.15	Necesidades del Autocuidado	35
2.5.16	Intervención De Enfermería En El Paciente Con Parkinson	37
2.5.17	Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor con Parkinson.	38
CAPÍTULO III		41
MARCO METODOLÓGICO		41
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.3	DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN O MUESTRA	41
3.4	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	42
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
CAPÍTULO IV.....		43
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		43
CAPÍTULO V.....		52
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA		52
CONCLUSIONES		74
RECOMENDACIONES		75
BIBLIOGRAFÍA.....		76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Hombres	41
Tabla 2. Mujeres	42
Tabla 3: ¿Conoce en qué consiste la enfermedad que usted padece?	43
Tabla 4: ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron Parkinson?	44
Tabla 5: ¿Cuenta con apoyo familiar para sus cuidados?	45
Tabla 6: ¿Si puede realizar por sí mismo todas las actividades de su diario vivir?	46
Tabla 7: ¿Ha presentado caídas o algún traumatismo en el transcurso de su enfermedad?.....	47
Tabla 8: ¿Sabe cómo prevenir caídas u otros traumatismos debido al deterioro de la movilidad que presenta?	48
Tabla 9: ¿Cómo se siente emocionalmente?	49
Tabla 10 Escala de Berg.....	50
Tabla 11 Interpretación de la escala de Berg	51
Tabla 13 GUÍA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA PACIENTES CON PÁRKINSON.....	54

RESUMEN

La enfermedad del Parkinson es considerada como la segunda enfermedad neurodegenerativa a nivel mundial después del Alzheimer y en el Ecuador no se han realizado estudios investigativos sobre esta patología especialmente en el proceso enfermero.

La presente investigación se realizó con el propósito de promover el autocuidado del adulto mayor a través de la intervención de enfermería para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

El tipo y diseño de investigación aplicado fue el descriptivo deductivo con una población de 12 adultos mayores de diferente sexo, comprendidos desde los 60 años en adelante pertenecientes al centro médico de la Cruz Roja de Ambato, en la que se utilizó los siguientes instrumentos de estudio: acta de consentimiento informado para obtener la autorización de la participación voluntaria en el estudio de caso, test de Berg para identificar el nivel de movilidad, ficha de registro de datos que ayuda a recopilar información de antecedentes patológicos personales y la entrevista que ayudará a identificar el nivel de afectación de la enfermedad del Parkinson en el paciente.

Los resultados obtenidos después de la aplicación de las entrevistas reflejan que los pacientes necesitan ayuda para movilizarse y realizar sus actividades cotidianas, su patología se ve agravada debido al desconocimiento y poca importancia que su familia les presta, adicional se evidenció que solo la mitad de pacientes encuestados con Parkinson acuden al control médico regularmente, lo que podría acelerar el proceso neurodegenerativo de su patología.

Se realizó visitas domiciliarias y charlas educativas en el centro médico Cruz Roja Tungurahua, en donde se evidenció las falencias que existe en tratar la patología de una manera adecuada por lo que se recomienda autoeducación para los pacientes con EP.

Palabras clave: Parkinson, adulto mayor, intervención de enfermería, autocuidado.

SUMMARY

Parkinson's disease is considered the second neurodegenerative disease worldwide after Alzheimer's and in Ecuador no research studies have been carried out on this pathology, especially in the nursing process.

The present investigation was carried out with the purpose of promoting self-care of the elderly through nursing intervention to contribute to the improvement of their quality of life.

The type and design of applied research was the descriptive deductive one with a population of 12 older adults of different sex, understood from 60 years onwards belonging to the Ambato Red Cross medical center, in which the following study instruments were used : informed consent act to obtain authorization for voluntary participation in the case study, Berg test to identify the level of mobility, data record sheet that helps to collect information on personal pathological history and the interview that will help identify the level of involvement of Parkinson's disease in the patient.

The results obtained after the application of the interviews reflect that the patients need help to mobilize and carry out their daily activities, their pathology is aggravated due to the ignorance and little importance that their family gives them, additionally it was evidenced that only half of the patients respondents with Parkinson's go to medical control regularly, which could accelerate the neurodegenerative process of their pathology.

Home visits and educational talks were carried out at the Tungurahua Red Cross medical center, where the shortcomings that exist in treating the pathology in an adequate way were evidenced, which is why self-education is recommended for patients with PD.

Key words: Parkinson's, elderly, nursing intervention, self-care.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia al Parkinson definiéndose como una enfermedad neurodegenerativa progresiva que por lo general afecta a los adultos mayores. La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo crónico producido por la destrucción de las neuronas dopaminérgicas que se encuentran en una región del cerebro llamada ganglios basales. Estos circuitos neuronales en concreto, intervienen en el control de los movimientos dentro del sistema nervioso central y al haber una destrucción neuronal, la concentración del neurotransmisor dopamina disminuye, provocando una sintomatología principalmente motora (relacionada con el movimiento). Suele afectar a personas mayores de 60 años (1).

Por lo tanto, el Parkinson se caracteriza por ser una enfermedad neurodegenerativa, con la presencia de síntomas principalmente en el sistema motor como los temblores en las extremidades, bradicinesia, alteraciones del estado de ánimo, cambio de estilo de vida, por lo que necesita de ayuda para la realización de actividades cotidianas o en muchas ocasiones puede llegar a un estado depresivo y de esta manera se convierte en una persona dependiente.

Los causales del Parkinson aún son desconocidos, y no se han encontrado mayores estudios en el país, por ende, lleva a que el estudio sea de mayor interés, tanto para el personal de salud, sus familiares y para el paciente.

Las personas que padecen esta enfermedad en una etapa avanzada tienden a aislarse por todos los daños o actos involuntarios que causan con su incapacidad y se sienten no útiles a la sociedad.

El presente informe ha sido organizado por capítulos, los cuales se detallan a continuación:

Capítulo I: incluye el planteamiento del problema donde se detalla la problemática principal de la investigación, la hipótesis que se corresponde con el objetivo general planteado, la justificación que contiene la razón por la que se desarrolla la investigación, y los objetivos de la investigación planteados para dar solución al problema de la investigación.

Capítulo II: conformado por el marco teórico que contiene la base teórica que ayuda a comprender y evaluar la información que se tiene acerca del tema investigado.

Capítulo III: abarca todo lo que concierne del marco metodológico en donde se detalla el diseño, tipo, técnicas e instrumentos que se utilizaron para el desarrollo de la investigación, incluye las variables, recursos utilizados y el cronograma de actividades.

Capítulo IV: incluye el análisis y discusión de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos definidos para el desarrollo del estudio.

Anexos: Incluye datos recolectados en la investigación como evidencias fotográficas, instrumentos investigativos, aplicación del test de Berg.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo crónico producido por la destrucción de las neuronas dopaminérgicas que se encuentran en una región del cerebro llamada ganglios basales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad de Parkinson afecta a 1 de cada 100 personas mayores de 60 años. Actualmente, hay unos 7 millones de personas con esta enfermedad en el mundo y la OMS prevé que para el 2030 llegarán a ser más de 12 millones (1).

Esta enfermedad se presenta en personas de edad avanzada, sin diferencias en cuanto a sexo, raza o clase socioeconómica, y su diagnóstico definitivo se determina por el método clínico; no obstante, se ha referido una diferencia de 50 % menos de afectados en la raza negra respecto a la blanca. Después de la enfermedad de Alzheimer, la EP es la segunda entidad neurodegenerativa y progresiva más diagnosticada. La pérdida gradual de la funcionalidad es su principal característica, lo que conduce al aislamiento social por parte de los afectados (2).

En el Ecuador en el año 2017, se realizó por primera vez un estudio epidemiológico transversal puerta a puerta en el país sobre la EP, encontrándose una prevalencia de 243 casos por 100.000 habitantes, acorde con las estadísticas mundiales (100-600 por 100.000 habitantes) y confirmándose su predominio, al igual que en otras investigaciones, en mayores de 61 años, y siendo más frecuente en hombres que en mujeres (5).

El Patronato Provincial de Tungurahua, realizó en el 2018 Protocolos y Ejercicios Mentales a 160 adultos mayores de diferentes sectores de la provincia a través de la campaña de prevención de Parkinson y Alzheimer; y de acuerdo al informe médico; 25 casos fueron diagnosticados con Parkinson (8).

En el centro médico Cruz Roja Tungurahua mensualmente se brinda atención aproximadamente a 680 pacientes de toda la provincia y de esta población se identificó a los adultos mayores que padecen enfermedad del Parkinson.

El tratamiento de la EP, en su etapa inicial, se basa en una terapia multidisciplinaria no farmacológica y farmacológica. Las intervenciones de enfermería no farmacológicas son esenciales, como la educación, el soporte emocional, el ejercicio físico y la nutrición, ya que son los pilares principales en esta primera fase. Sin olvidar la importancia que tiene la coordinación y el constante feedback entre el personal sanitario y el paciente. La intervención de enfermería, para el tratamiento farmacológico, consiste en educar, fomentar el autocuidado y el buen uso de los fármacos para conseguir una adherencia terapéutica adecuada (6).

El autocuidado para la EP es trabajo fundamental de enfermería ya que identificará el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de las funciones físicas, fisiológicas y emocionales del paciente. La meta primordial es ayudar a prevenir accidentes, de tal forma que se cubran los requerimientos y necesidades del paciente en el autocuidado y se limiten las complicaciones en la salud. Detectaron a 12 pacientes con Parkinson dándonos como incidencia que de cada 100 pacientes atendidos en el centro médico 2 pacientes padecen esta patología. El problema identificado parte del análisis de la incidencia del Parkinson en los usuarios de la Cruz Roja Tungurahua, debido a que según la OMS de cada 100 adultos mayores solo 1 padece de Parkinson (9), sin embargo, en el estudio realizado por el patronato provincial en Tungurahua de 160 pacientes adultos mayores 25 fueron diagnosticados con Parkinson (7).

En el centro médico Cruz Roja Tungurahua en base a los resultados obtenidos mediante una encuesta aplicada por parte del investigador a los pacientes con Parkinson que se atienden en este centro, se identificó que de los 12 pacientes encuestados 6 pacientes desconocen en qué consiste su patología, los pacientes que tienen de 60 a 68 años de edad manifestaron que fueron diagnosticados con esta patología hace menos de 5 años, y los pacientes de 73 años a 88 años manifestaron haber sido diagnosticados con Parkinson hace más de 10 años, 5 pacientes manifestaron que no tienen apoyo familiar para cuidar de su enfermedad, 4 pacientes manifestaron que necesitan ayuda para realizar actividades de su diario

vivir, 7 pacientes encuestados manifestaron haber tenido caídas desde el diagnóstico de su enfermedad, 9 pacientes manifestaron no tener conocimiento de cómo prevenir caídas a causa del deterioro de la movilidad, y los 12 pacientes encuestados manifestaron poseer emociones negativas a consecuencia de su patología.

1.2 HIPÓTESIS

La intervención de enfermería para promover el autocuidado en el adulto mayor con Parkinson del centro médico Cruz Roja de la ciudad de Ambato contribuirá en el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los pacientes que hoy día conviven con la enfermedad de Parkinson necesitan una serie de cuidados que pueden ser brindados desde diferentes frentes de atención como la familia, el personal de salud y es fundamental el autocuidado, pero muchas veces desconocen la manera adecuada de garantizar estas medidas.

La presente investigación pretende orientar al paciente con Enfermedad de Parkinson y a su familia sobre las medidas de autocuidado que deben adoptar para mejorar la calidad de vida del paciente. Mediante las actividades planificadas el paciente contará con las herramientas necesarias para cuidar de su salud y prevenir las complicaciones propias de la enfermedad. Para el desarrollo de este estudio se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para dar salida a los objetivos planteados.

Los beneficiarios directos de esta investigación serán los adultos mayores con Enfermedad de Parkinson estudiados, y los beneficiarios indirectos serán la familia, la comunidad y el personal de salud de manera general, al poder reducir la incidencia de las complicaciones propias de esta enfermedad y la asistencia de los pacientes a los centros de salud por este motivo.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un plan de intervención de enfermería en la promoción del autocuidado de los pacientes adultos mayores con Parkinson que se atienden en el centro médico Cruz Roja Tungurahua de la ciudad de Ambato, que promueva el mejoramiento de su calidad de vida.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de dependencia de los pacientes con Parkinson de la Cruz Roja Tungurahua mediante la aplicación del Test de Berg para identificar las necesidades de autocuidado de los mismos.
- Diseñar una guía para capacitar a los pacientes con Parkinson y sus familiares en las estrategias de autocuidado.
- Ejecutar un plan de intervención de enfermería en la promoción del autocuidado del paciente con Parkinson mediante la socialización de la guía diseñada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 NORMATIVA VIGENTE DE PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR

La Comisión Especializada Permanente de los Derechos Colectivos, Comunitarios y la Interculturalidad de la Asamblea Nacional presento un proyecto de Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores con el objetivo de promover, regular y garantizar la plena vigencia y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, con estricta observancia al principio de atención prioritaria y especializada consagrado en nuestra Constitución de la República, instrumentos internacionales de Derechos Humanos y leyes conexas, con un enfoque de género, generacional e intercultural (7).

A lo largo de la historia las personas adultas han sido identificadas como un grupo social que requiere atención integral y especializada, es por ello que deben hallarse protegidos no solo por la normativa internacional, sino por la estatal, a fin de erradicar cualquier tipo de acción que vaya encaminada a atentar en contra de sus derechos. Es importante conocer las necesidades de este grupo social y buscar la progresividad de sus derechos no solo enfocándose en la seguridad social; que sin duda alguna es un aspecto muy importante como lo es la jubilación universal; pero no hay que dejar a un lado otros derechos fundamentales como lo es el derecho a la salud, trabajo, educación, vivienda, igualdad y sobre todo a la no discriminación de este grupo social de atención prioritaria (7).

2.1.1 Normativas en pacientes con Discapacidad

Art. 1.- De la persona con discapacidad.- Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una

proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional (8).

Art. 2.- De la persona con deficiencia o condición incapacitante. - Se entenderá por persona con deficiencia o condición incapacitante, aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, en los términos que establece la Ley, y que, aun siendo sometidas a tratamientos clínicos o quirúrgicos, su evolución y pronóstico es previsiblemente desfavorable en un plazo mayor de un (1) año de evolución, sin que llegue a ser permanente (8),

2.1.2 Derechos de las personas con Discapacidad

Artículo 24 Educación. - Los Estados Partes deben velar por que las personas con discapacidad tengan acceso en condiciones de igualdad a una educación inclusiva y a un proceso de aprendizaje durante toda la vida, que incluya el acceso a instituciones de enseñanza primaria, secundaria, terciaria y profesional. Ello comprende facilitar el acceso a modos de comunicación alternativos, realizando ajustes razonables y capacitando a profesionales en la educación de personas con discapacidad (9).

Artículo 25 Salud. - Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad a una atención de salud de la misma calidad y a los mismos servicios de salud que los demás, y los Estados Partes deben adoptar todas las medidas apropiadas para velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. La atención de salud se prestará sobre la base de un consentimiento libre e informado (9).

Artículo 26 Habilitación y rehabilitación. - Los Estados Partes deben velar por que las personas con discapacidad puedan lograr la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida: física, mental, social y vocacional (9).

Artículo 27 Trabajo y empleo. - Los Estados Partes deben promover el ejercicio del derecho al trabajo y adoptar medidas pertinentes, entre otras cosas, para promover el empleo en el sector privado y velar por que se realicen ajustes

razonables en el lugar de trabajo. Los Estados Partes deben emplear a personas con discapacidad en el sector público (9).

2.1.3 Análisis de la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Con esta ley se pretende garantizar la protección de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación. Reconociendo el deber fundamental de Estado de crear políticas y programas que promuevan la inclusión de las personas adultas mayores, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y estableciendo un marco normativo que permita el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores. Buscando eliminar toda forma de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de la edad, en contra de este grupo social (7).

La presente ley, considera como una persona adulta mayor aquella que ha cumplido los 65 años de edad. Por lo tanto, con esta normativa se implementa un Registro Nacional de Personas Adultas Mayores que será dirigido por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, donde se detallará los nombres, apellidos, fecha de nacimiento, ubicación geográfica, identificación étnica – cultural, estado de salud, situación de movilidad, condición y tipo de vivienda, condiciones de su entorno familiar (7).

Además de llevar un registro de aquellas personas naturales, personas jurídicas e instituciones públicas que se dediquen a la atención o cuidado de personas adultas mayores, donde para su funcionamiento requerirán de un permiso otorgado por la autoridad competente designada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, conforme lo señale el Reglamento de esta Ley siempre garantizando la transparencia de la información y la accesibilidad a servicios de calidad para las personas adultas mayores (7).

2.3 CICLO DE VIDA EN EL SER HUMANO

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5

años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más) (10).

Acercarse al envejecimiento considerando el ciclo vital permite reconocer la heterogeneidad de las personas mayores y cómo ésta aumenta con el tiempo. Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. Por ejemplo, un envejecimiento activo es la consecuencia de potenciar las oportunidades de salud, participación y seguridad a lo largo del ciclo de vida buscando un mayor bienestar físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades (10).

2.3.1 Etapas de la vida adulta

1ª etapa: Comienzo de la edad adulta, (Desde el final de la adolescencia hasta los 25 años): Se caracteriza por el comienzo de la mayoría de edad. Nuestra sociedad actual ha retrasado varias responsabilidades, esto es, permanecen más tiempo dependiendo de los padres ya sea por estar en periodo de formación o a la búsqueda del primer empleo (13).

2ª etapa: Edad adulta media. (De los 25 a los 40 años): Las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar un cónyuge. Se consolidan los roles sociales y profesionales. Se da una relativa estabilidad a nivel material y en el campo de las relaciones sociales. Empieza un ligero declive de las funciones físicas (13).

3ª etapa: Edad madura. (De los 40 a los 55 años): Se mantienen los roles sociales y profesionales. Los hijos comienzan a independizarse y algunas mujeres se incorporan al mundo del trabajo al disminuir las responsabilidades familiares. Hay disminución de las actividades sexuales y de las facultades físicas (13).

4ª etapa: Edad de pre-jubilación. (De los 55 a los 65 años): Los intereses se vuelven menos intensos. Se observa en algunos casos cierta despreocupación por los asuntos profesionales. Empiezan a valorarse actividades de ocio desligadas de la vida profesional. Sigue en declive la capacidad física (13).

5ª etapa: Edad de la jubilación. (Después de los 65): Se acentúa el deterioro físico. La despreocupación general va aumentando, las personas conceden mayor importancia a las relaciones de parentesco directo y se van acentuando las relaciones de dependencia. Los avances tecnológicos han alargado la “esperanza de vida”. La sociedad va asumiendo obligaciones con las personas mayores que anteriormente eran asumidas por la familia. También se van creando actividades de ocio adecuadas a las personas de la “tercera edad” (13).

2.3.2 Envejecimiento humano

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo (11).

2.3.3 Vejez

Representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas (11).

2.3.4 Comprender el envejecimiento

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (12).

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable (12).

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (12).

2.3.5 Cambios fisiológicos durante el envejecimiento

La población envejece en forma acelerada, y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es una herramienta importante para enfrentar las demandas biomédicas y sociales de ese grupo etario (15). Por eso debemos definir los principales cambios morfológicos y funcionales en los sistemas cardiovascular, renal, nervioso central, muscular y metabolismo de la glucosa asociados a la edad. (15) Algunos cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento:

	Cambios morfológicos	Cambios funcionales
Cardiovascular	<p>Aumento de matriz colágena en túnica media</p> <p>Pérdida de fibras elastina</p> <p>Hipertrofia cardíaca: Engrosamiento septum</p> <p>Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular</p>	<p>Rigidez vascular y cardíaca</p> <p>Mayor disfunción endotelial</p> <p>Volumen expulsivo conservado</p> <p>Mayor riesgo de arritmias</p>
Renal	<p>Adelgazamiento corteza renal</p>	<p>Menor capacidad para concentrar orina</p>

	Cambios morfológicos	Cambios funcionales
	Esclerosis arterias glomerulares Engrosamiento membrana basal glomerular	Menores niveles renina y aldosterona Menor hidroxilación vitamina D
Nervioso Central	Menor masa cerebral Aumento líquido cefalorraquídeo Mínima pérdida neuronal, focalizada Cambios no generalizados de arborización neuronal	Menor focalización actividad neuronal Menor velocidad procesamiento Disminución memoria de trabajo Menor destreza motora
Muscular	Pérdida de masa muscular Infiltración grasa	Disminución fuerza Caídas -Fragilidad
Metabolismo Glucosa	Aumento de grasa visceral Infiltración grasa de tejidos Menor masa de células beta	Mayor Producción adipokinas y factores inflamatorios Mayor resistencia insulínica y diabetes (15)

2.4 ENFERMEDADES PREVALENTES EN EL ADULTO MAYOR

- Hipertensión arterial. Generalmente relacionada a la obesidad y al consumo exagerado de sal. Puede prevenirse y controlarse con un estilo de vida saludable (14).

- Enfermedad del corazón. Grupo grande de enfermedades definitivamente relacionadas a un estilo de vida no saludable (14).
- Diabetes. Si bien es cierto que tiene un fuerte componente genético, su desarrollo y complicaciones están mayormente relacionados a la obesidad (14).
- Cáncer. Los más frecuentes y letales: pulmón, colon o intestino grueso y melanoma maligno de la piel están relacionados al consumo de tabaco, a una alimentación no saludable y a la sobre exposición a la luz del sol respectivamente (14).
- Derrames cerebrales. Al igual que las enfermedades del corazón, están directamente ligados a la presión alta, al uso del cigarrillo y a la obesidad. (14)
- Bronquitis crónica y enfisema pulmonar. El uso del cigarrillo es la primera causa (14).
- Enfermedad renal crónica. Usualmente causada por la presión arterial y la diabetes (14).
- Arritmias cardiacas. Causadas generalmente por la arterioesclerosis, relacionada a una alimentación no saludable y a la falta de ejercicio (14).
- Insuficiencia cardiaca crónica. Nuevamente, causada por una alimentación no saludable y un estilo de vida sedentario (14).
- Osteoporosis. Si bien es cierto que la gran mayoría de casos son consecuencia del envejecimiento y la pérdida de protección de las hormonas femeninas después de la menopausia, pueden tener su raíz en una alimentación deficiente y en la falta de actividad física (14).
- Artritis y dolor de cintura crónico. Frecuentemente relacionadas al exceso de peso (14).

2.5 EL PARKINSON

El Parkinson es una enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo multi sistémico que afecta al sistema nervioso central lo que provoca la aparición de síntomas motores y no motores. Es crónica y afecta de diferente manera a cada persona que la padece, la evolución puede ser muy lenta en algunos pacientes y en otros puede evolucionar más rápidamente. No es una enfermedad fatal, lo que significa que el afectado no va a fallecer a causa del párkinson. Los síntomas

motores más frecuentes son el temblor, la rigidez, la lentitud de movimientos y la inestabilidad postural, entre otros. Además de la alteración motora, otras regiones del sistema nervioso y otros neurotransmisores diferentes a la dopamina están también involucrados en la enfermedad, añadiendo otros síntomas diversos a los síntomas motores típicos, conocidos como síntomas no motores. Con frecuencia aparecen años antes que los síntomas motores, se los conoce como “síntomas premotores”. Los más conocidos son: depresión, reducción del olfato, estreñimiento y trastorno de conducta del sueño REM (ensoñaciones muy vívidas) (15).

2.5.1 Etiología

A pesar de todos los avances de la neurología, hoy en día se desconoce la etiología o causa de la enfermedad de Parkinson, por lo que también se desconoce cómo prevenirla. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y más del 70 por ciento de las personas diagnosticadas de párkinson supera los 65 años de edad. Sin embargo, no es una enfermedad exclusivamente de personas de edad avanzada ya que el 30 por ciento de los diagnosticados es menor de 65 años (15).

2.5.2 Fisiopatología del Parkinson

La base fisiológica de la enfermedad de Parkinson es la disfunción del sistema de los ganglios de la base (GB) debido a la depleción de dopamina, su principal modulador. Los trabajos que trazaron las primeras líneas del modelo actual de los GB vieron luz a finales de los años ochenta. Los GB son núcleos subcorticales que incluyen el núcleo estriado (caudado y putamen), núcleo subtalámico (NST) y el globo pálido externo (Gpe) e interno (Gpi), con sus conexiones con la SNpc, la sustancia negra pars reticulata (SNr) y el núcleo ventro-lateral del tálamo. Estos núcleos están interconectados anatómicamente y funcionalmente y, mediante proyecciones al tálamo y tronco cerebral (desde su output principal, el complejo Gpi/SNr), constituyen una intrincada red córtico-subcortical. Los GB están anatómicamente segregados en tres circuitos: motor, límbico y asociativo o cognitivo. La porción dorso-lateral de los GB constituye el circuito motor proyectando sobre el córtex motor primario y área motora suplementaria, la porción ventromedial de los núcleos, forma el circuito límbico y conecta con áreas límbicas

corticales, y la porción anatómicamente localizada entre ambas proyecta sobre el córtex prefrontal formando el circuito asociativo. (18)

2.5.3 Factores de riesgo

El componente genético es uno de los principales factores riesgos de esta enfermedad. Si existe algún antecedente familiar de Parkinson es necesario que, de tanto en tanto, visites al médico para ver si hay algún indicio de que puedas tenerla también.

La edad y el sexo son otros factores que debemos tener en cuenta. La mayoría de enfermos de Parkinson desarrollan la enfermedad a partir de los 60 años, pero el riesgo aumenta a medida que pasa el tiempo. Los hombres tienen mucho más riesgo a desarrollar la enfermedad que las mujeres.

Las lesiones craneales como traumatismos o golpes repetidos en la cabeza pueden causar la aparición de la enfermedad del Parkinson. También ciertos virus y algunos medicamentos relacionados con enfermedades psiquiátricas pueden contribuir a su aparición y desarrollo.

La exposición a pesticidas, carbono, contaminantes químicos o hierro, el tabaquismo y el consumo de café o de agua de bebedores también pueden infectar a la persona con esta enfermedad mental. (19)

2.5.4 Clínica

El proceso neurodegenerativo es lento y, por tanto, suele llevar varios años de evolución antes de que el paciente sea consciente de los problemas que le produce. Este retardo en identificar los síntomas es variable según la clínica de inicio, menor si comienza con temblor, signo estéticamente manifiesto, y mayor si es con bradicinesia, sobre todo en extremidades izquierdas en personas diestras. Los síntomas cardinales de la EP, típicamente asimétricos desde el inicio y durante toda la evolución, son: bradicinesia/acinesia, temblor en reposo de 4-6 Hz, rigidez e inestabilidad postural (rara en la EP temprana). Constituyen el apoyo diagnóstico fundamental, y en mayor o menor grado responden a tratamiento con levodopa. Pero en la EP son muchos más los síntomas que presenta el paciente y es de gran

importancia estar familiarizados con ellos, ya que en ocasiones son incluso más marcados, o a veces más limitantes/invalidantes que los síntomas motores clásicos. Aunque constituyen grupos de síntomas bien definidos, de forma general nos referimos a ellos como síntomas no-motores, para diferenciar-los de los clásicos y bien conocidos síntomas motores. El tipo y cantidad de síntomas, así como su severidad, varía de unos pacientes a otros. Algunos de estos síntomas son más frecuentes al inicio, incluso son manifiestos antes del diagnóstico, otros en cambio aparecen a lo largo de la evolución. En ocasiones sólo son evidentes para el paciente fluctuante (respuesta intermite a los fármacos, ver más adelante el apartado sobre tratamiento), y se resuelven con el efecto de los fármacos dopaminérgicos. Por último, algunos aparecerán antes o después con los años de evolución de la enfermedad. No obstante, es difícil predecir en un paciente concreto qué conjunto de síntomas va a presentar y cómo va a progresar su evolución clínica, por lo que es imprescindible estar muy alerta y realizar interrogatorios muy completos que permitan definir todo el espectro sintomático en cada paciente (16). El espectro de síntomas en la EP es el siguiente:

Síntomas motores cardinales

- Temblor.
- Bradicinesia: lentitud.
- Rigidez.
- Marcha: lenta, torpe, congelación, dificultad mayor en espacios estrechos, arrastre de pies, dificultad para el inicio.
- Reducción o ausencia de braceo al andar.
- Inestabilidad postural (nunca precoz en la EP) (16).

Otros síntomas motores

- Cráneos faciales:
 - Ausencia de expresión facial.
 - Reducción de la frecuencia del parpadeo.
- Trastornos del habla: reducción del volumen de la voz, entonación y vocalización (hipo-fonía, disartria hipocinética, palilalia —repetición de frase o palabra con rapidez en aumento).
- Dificultad para tragar (disfagia).

- Aumento de salivación/babeo (sialorrea).
- Visuales:
 - Visión borrosa.
 - Sensibilidad a contrastes alterada.
 - Sacadas hipométricas.
 - Reflejo oculo vestibular alterado.
 - Limitación de mirada hacia arriba y convergencia.
 - Apraxia de la apertura de párpados.
- Musculo esqueléticos:
 - Micrografía.
 - Distonía.
 - Mioclonus.
 - Cifosis.
 - Escoliosis.
 - Camptocormia.
- Dificultad para levantarse de una silla.
- Dificultad para moverse/dar la vuelta en la cama.
- Enlentecimiento de todas las actividades diarias.
- Debilidad.
- Cansancio, fatiga (16).

Síntomas no-motores

- Sensitivos:
 - Disminución del sentido del olfato (identificación, discriminación y detección).
 - Calambres dolorosos en piernas.
 - Acorchamiento en extremidades.
 - Dolor de diferentes características y localización.
 - Molestias torácicas.
 - Inquietud.
- Cognitivos/psiquiátricos:
 - Depresión.
 - Ansiedad.

- Cambios de humor.
- Ataques de pánico.
- Cansancio, astenia.
- Confusión.
- Lentitud del pensamiento.
- Alteración cognitiva, demencia subcortical.
- Alucinaciones (visuales > auditivas).
- Delirios.
- Psicosis.
- Trastorno de control de impulsos.
- Autonómicos:
 - Sensación de frío/calor.
 - Aumento de sudoración.
 - Hipotensión al cambiar de postura (ortostatismo).
 - Molestias abdominales.
 - Disfagia.
 - Aumento de salivación/babeo (sialorrea).
 - Estreñimiento.
 - Aumento de frecuencia/urgencia urinaria.
 - Disfunción eréctil/impotencia, en el hombre.
 - Sequedad, tirantez vaginal e incapacidad para alcanzar el orgasmo en mujeres.
- Trastornos del sueño:
 - Dificultad para conciliarlo.
 - Fragmentación.
 - Despertar precoz.
 - Síndrome de piernas inquietas.
 - Movimientos periódicos de extremidades durante el sueño.
 - Trastorno del sueño de fase REM (movimientos intensos relacionado con un aumento de tono muscular durante la fase REM. Actúan sus sueños o realizan vocalizaciones).
 - Excesiva somnolencia diurna.
 - Ataques de sueño (15).

Los síntomas asociados a la enfermedad de Parkinson se clasifican:

Sensoriales, donde distingue:

- Pérdida del olfato: El proceso neurodegenerativo afecta las zonas responsables del olor, en fases muy iniciales, La hiposmia está presente en casi todos los pacientes con EP, y hasta un tercio puede manifestar “no sentir olor” (anosmia). En algunas ocasiones esto se traduce en disminución del sabor de los alimentos. Aparece incluso muchos años antes de los síntomas motores y de forma gradual, por lo que el paciente no se percatará sino progresivamente (19).
- Alteraciones de la visión: Dificultad para detectar colores, problemas en la visión de cerca, sequedad en los ojos y la más frecuente, la visión doble. Se produce por la lentitud de movimiento y descoordinación de los músculos que mueven los ojos o por alteraciones en la retina. La agudeza visual (monocular o binocular, corregida y no corregida) de los pacientes con enfermedad de Parkinson puede ser peor que la de la población general. En no pocas ocasiones aparece visión doble (diplopía), un síntoma extraordinariamente molesto que no responde por lo general al tratamiento que se da para los síntomas motores de la enfermedad (19).

Síntomas Gastrointestinales

- Babeo: la hipersialorrea, o caída de saliva por los lados de la boca y mentón. La saliva se acumula en la boca porque el paciente la mueve menos, traga menos o lo hace peor (19).
- Disfagia: estos problemas para tragar se producen debido a la falta de coordinación en el acto motor de tragar, coordinado por boca, lengua, paladar, faringe y laringe (19).
- Cambios de peso inexplicables: tanto ganancia como pérdida. No se sabe bien por qué pasa, pero en personas con párkinson avanzado, sucede incluso con una dieta correcta (19).

- Estreñimiento: tres o menos deposiciones por semana, o grandes esfuerzos para defecar. Se debe a una degeneración de los nervios que mueven el intestino. Algunos tratamientos de la enfermedad de párkinson incrementan el estreñimiento (19).
- Náuseas y vómitos: a veces se asocian con dolor de estómago o sensación de hinchazón. Se suelen relacionar con el inicio o aumento de la dosis de levodopa o agonistas dopaminérgicos, también con el trabajo más lento del estómago (19).
- Estreñimiento: Aunque existe una larga lista de tratamientos para el estreñimiento de la EP, sólo el macrogol ha mostrado ser eficaz. Otra opción es añadir domperidona, y en situaciones graves se puede dar eritromicina. Hay que tener en cuenta que los AD no mejoran el estreñimiento y que al igual que el omeprazol, pueden empeorarlo (19).
- Pérdida de peso: No hay un tratamiento específico para la pérdida de peso debida a la EP. Si a pesar de estar comiendo lo suficiente sigue perdiendo peso, se le pueden prescribir batidos o suplementos calóricos (19).
- Difusión de vejiga urinaria: Algunos síntomas pueden mejorar con levodopa o AD de acción más prolongada (19).
- Disfunción sexual: Si la hipotensión arterial está agravada por los medicamentos dopaminérgicos, la recomendación es añadir domperidona (19).

Problemas asociados

- Dolores de tipo muscular o articular.
- Fatiga, agotamiento fácil, cansancio crónico.
- Estreñimiento.
- Falta de control de la orina (incontinencia).
- Problemas sexuales: generalmente falta de deseo sexual, impotencia o frigidez, aunque también se puede dar justo lo contrario: excitación excesiva de deseos sexuales o eyaculación retardada o retrógrada.

- Trastornos depresivos y aislamiento social.
- Sudoración excesiva y crisis de seborrea.
- Trastornos respiratorios.
- Trastornos de la deglución (se traga mal y solo semi-líquidos).
- Trastornos oculares: sequedad de ojos, picor, visión doble, falta de enfoque visual.
- Enlentecimiento de las funciones psíquicas (bradifrenia).
- Los síntomas no motores de la enfermedad se encuadran en los trastornos de sueño, la lentitud generalizada, la apatía, el cansancio, la ansiedad, la depresión, los trastornos de conducta, el estreñimiento, la hipotensión, la dermatitis seborreica, los trastornos en la micción y la sialorrea (exceso de salivación) (15).

2.5.5 Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson

El diagnóstico de la EP en vida es un diagnóstico de sospecha clínica. El diagnóstico “definitivo” precisa de la confirmación de los hallazgos neuropatológicos característicos, es decir, pérdida neuronal a nivel de la SNC y la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy, y solo puede hacerse una vez que el sujeto ha fallecido. No obstante, los criterios clínicos más empleados son los del Banco de Cerebros del Reino Unido y permiten definir con una precisión elevada, cercana al 75-95%, que realmente se trata de una enfermedad de Parkinson (17).

2.5.6 Anatomía Patológica

- La lesión fundamental de la EP recae en la parte compacta de la sustancia negra (SN), que forma parte de los ganglios basales (GB).
- Los GB están formados por el cuerpo estriado (constituido por el caudado y putamen, que son contiguos), globo pálido (GP), sustancia negra (SN), núcleo subtalámico de Luys (NST), y tálamo óptico (TO), que no se incluye estrictamente como GB, pero tiene íntimas conexiones con estas estructuras.
- El GP y el putamen forman el núcleo lenticular.

- La SN está situada en el mesencéfalo; su rasgo histológico distintivo y específico es la existencia de gránulos de pigmento (melanina) esparcidos por el protoplasma de las grandes neuronas.
- La SN se compone de dos partes, una posterior muy oscura, en la que las neuronas con melanina se encuentran en gran cantidad y están juntas (pars compacta) y otra anterior, más clara, que ocupa mayor espacio y con muchas menos neuronas (pars reticulada).
- En la EP se produce una desaparición progresiva de la neurona dopaminérgica del sistema nigroestriado, con despigmentación y consecuente gliosis, mientras que en las neuronas supervivientes se ven los cuerpos de Lewy (CL).
- La degeneración axonal de las células nigricas en el estriado explica la disminución de la DA en el estriado y el fallo de la transmisión dopaminérgica.
- Los GB tienen como función el mantenimiento de la postura del cuerpo y de las extremidades, la producción de movimientos espontáneos (como parpadeo) y automáticos que acompañan a un acto motor voluntario (como el balanceo de brazos al andar). Se sabe que existen fibras de la corteza motora que van a estos GB y fibras desde los GB a la corteza motora (19).

2.5.7 Personas afectadas

Afecta prácticamente por igual a hombres que a mujeres. Existe en todas las razas y todos los continentes, con ligeras variaciones. En España se calcula que puede haber cerca de 150.000 personas afectadas por párkinson. Cada año, surgen aproximadamente 20 nuevos casos de enfermos de párkinson de cada 100.000 habitantes. A partir de los 65 años de edad, el número de afectados aumenta de tal manera que alcanza el 2 por ciento, es decir, que en un grupo de 100 personas mayores de 65 años dos de ellas padecerán esta dolencia (15).

2.5.8 Curso de la Enfermedad

La velocidad de progresión de la enfermedad es muy variable según qué pacientes. Aunque el Parkinson es una patología progresiva, con la medicación antiparkinsoniana adecuada a cada caso y las terapias de rehabilitación

complementarias, se puede frenar el ritmo de avance (velocidad) y la intensidad (molestia) de los síntomas razonablemente. La calidad de vida cotidiana puede ser satisfactoria durante muchos años. En general, las formas rígido-acinéticas son más molestas y menos controlables que las formas temblorosas del párkinson (18).

2.5.9 Etapas de la Enfermedad

Hohen y Yhar establecieron los 5 niveles (“estadíos”) clásicos de progresión de la enfermedad de Parkinson. Hay que hacer hincapié de nuevo en que ni mucho menos todos los pacientes que la sufren van a evolucionar hasta los últimos niveles:

- Estadío 1: Síntomas leves, afectan solo a una mitad del cuerpo.
- Estadío 2: Síntomas ya bilaterales, sin trastorno del equilibrio.
- Estadío 3: Inestabilidad postural, síntomas notables, pero el paciente es físicamente independiente.
- Estadío 4: Incapacidad grave, aunque el paciente aún puede llegar a andar o estar de pie sin ayuda.
- Estadío 5: Necesita ayuda para todo. Pasa el tiempo sentado o en la cama (18).

Solamente el 15 por ciento de los afectados de párkinson llega a padecer un grado de deterioro motor tan grave que necesite ayuda constante para hacer cualquier actividad, dependa de otras personas y se pase la mayor parte del tiempo en una silla o en la cama, sin poder moverse en absoluto por sí mismo. Si la cifra le parece muy alta y le atemoriza, dele la vuelta: el 85 por ciento de los pacientes de párkinson no terminarán en silla de ruedas.

Datos de Interés

- El Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa en prevalencia e incidencia después del Alzheimer.
- Se calcula que surgen entre 20 y 25 nuevos casos de enfermos de Parkinson por cada 100.000 habitantes.
- Se estima que hay un 30 por ciento de afectados sin diagnosticar.
- Actualmente, hasta un 20 por ciento de los pacientes con enfermedad de Parkinson ha sido diagnosticado antes de los 40 años

- El 70 por ciento de las personas diagnosticadas supera los 65 años, pero el 15 por ciento tiene entre 45 y 65 años. El otro 15 por ciento es menor de 45 años.
- El 10 por ciento de los afectados pueden beneficiarse de la cirugía.
- Una encuesta de la Asociación Europea de la Enfermedad de Parkinson refleja que los síntomas depresivos son casi tan frecuentes (84 por ciento) como los trastornos motores (94 por ciento), seguidos de los trastornos cognitivos (65 por ciento) y problemas del sueño (40 por ciento).
- Hoy en día se ignora la etiología de la enfermedad, es decir, sus causas, por lo que tampoco se sabe cómo prevenirla (18).

2.5.10 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen varios tipos de medicación contra la enfermedad de Parkinson, pero su disponibilidad varía de un país a otro. Los medicamentos más comunes son: levodopa, agonistas de la dopamina, inhibidores de catecol-O-metiltransferasa (COMT) e inhibidores de la monoamino oxidasa B (MAO-B). Dado que la enfermedad de Parkinson afecta a cada persona de manera diferente, no existe un tratamiento óptimo, único y será necesario y llevar a cabo revisiones periódicas y ajustes a medida que varíen los síntomas (18).

En pacientes menores de 65 años y que tienen poca incapacidad (estadios I y II de Hoehn y Yahr), se podría iniciar un periodo de tratamiento en monoterapia con IMAO o agonistas dopaminérgicos, de preferencia los no ergolínicos por el perfil de efectos secundarios, además de rehabilitación física y ocupacional según sea el caso. Esto, buscando estabilizar o mejorar los síntomas durante un tiempo, que puede ser de meses o años, y retrasar el inicio de levodopa hasta que el agonista no controle satisfactoriamente la enfermedad. La gran mayoría de los pacientes requerirá adicionar levodopa a su terapia según la progresión de la enfermedad. En pacientes mayores de 65 años y en todos aquellos con discapacidad moderada a severa, de acuerdo con criterio clínico, y que requieran mejoría rápida de los síntomas, debería comenzarse el tratamiento con levodopa, que se debe titular hasta la dosis mínima efectiva y tolerada en cada paciente. En los primeros años de tratamiento se requieren tres o más tomas diarias. Según la respuesta al

tratamiento, una vez estabilizado el paciente, se puede adicionar un agonista dopaminérgico, lo que permitirá un ahorro en las dosis de levodopa. En ocasiones, hay necesidad de adicionar bloqueadores periféricos de la dopamina para mejorar la tolerancia a la levodopa (domperidona). Según la evidencia clínica, se recomienda seguir con el siguiente esquema de tratamiento inicial (19).

Medicamentos

Los medicamentos pueden ayudarte a controlar problemas para caminar, relacionados con el movimiento y temblores. Estos medicamentos aumentan o reemplazan la dopamina (20).

Carbidopa-levodopa. La levodopa, el medicamento más eficaz contra la enfermedad de Parkinson, es una sustancia química natural que ingresa al cerebro y se convierte en dopamina (20).

Infusión de carbidopa-levodopa. La Duopa es un medicamento de marca compuesto por carbidopa y levodopa. Sin embargo, se administra a través de una sonda de alimentación que suministra el medicamento en forma de gel directamente al intestino delgado (20).

La Duopa se administra a pacientes en etapas más avanzadas de la enfermedad de Parkinson, que todavía responden a la carbidopa y la levodopa, pero cuya respuesta tiene muchas fluctuaciones. Debido a que la Duopa se administra de manera continua, los niveles en sangre de los dos medicamentos se mantienen constantes (20).

Agonistas de la dopamina. A diferencia de la levodopa, los agonistas de la dopamina no se transforman en dopamina. En cambio, imitan los efectos de la dopamina en el cerebro (20).

Inhibidores de la enzima monoamino oxidasa tipo B (MAO-B). Estos medicamentos son la selegilina (Eldepryl, Zelapar), la rasagilina (Azilect) y la safinamida (Xadago). Ayudan a evitar la disolución de la dopamina en el cerebro, ya que inhiben la enzima monoamino oxidasa tipo B (MAO-B). Esta enzima metaboliza la dopamina en el cerebro. Los efectos secundarios pueden incluir náuseas o insomnio (20).

Inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa (COMT). La entacapona (Comtan) es el principal medicamento de esta clase. Este medicamento prolonga

moderadamente el efecto del tratamiento con levodopa, dado que bloquea una enzima que disuelve la dopamina (20).

Anticolinérgicos. Estos medicamentos se usaron durante muchos años para ayudar a controlar el temblor asociado a la enfermedad de Parkinson. Hay varios medicamentos anticolinérgicos disponibles, como la benztropina (Cogentin) o el trihexifenidilo (20).

Amantadina. Los médicos pueden recetar amantadina sola para brindar alivio a corto plazo de los síntomas de la enfermedad de Parkinson leve y en etapa temprana. También puede administrarse junto con el tratamiento de carbidopa-levodopa durante las etapas finales de la enfermedad de Parkinson para controlar los movimientos involuntarios (discinesia) inducidos por la carbidopa-levodopa (20).

2.5.11 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Alimentación saludable

Aunque no se ha probado que un alimento o una combinación de alimentos ayuden a la enfermedad de Parkinson, una dieta equilibrada también aporta nutrientes, como ácidos grasos omega-3, que pueden ser beneficiosos para las personas con Parkinson (20).

Ejercicio

Hacer ejercicio puede aumentar tu fuerza muscular, flexibilidad y equilibrio. El ejercicio también puede mejorar tu bienestar y reducir la depresión o ansiedad. (20)

El ejercicio puede mejorar tu equilibrio. Estas recomendaciones también pueden ayudar:

- Trata de no moverte demasiado rápido.
- Cuando camines, trata de apoyar primero el talón en el suelo.
- Si notas que arrastras los pies, detente y controla tu postura. Es mejor pararse derecho.
- Cuando camines, mira hacia adelante, no directamente hacia abajo (20).

Evitar caídas

Las siguientes sugerencias pueden ayudarte:

- Haz una vuelta en U en lugar de girar tu cuerpo sobre los pies.

- Distribuye tu peso uniformemente entre ambos pies y no te inclines.
- Evita cargar cosas mientras caminas.
- Evita caminar hacia atrás (20).

Actividades de la vida cotidiana

Las actividades de la vida cotidiana, como vestirse, comer, bañarse y escribir, pueden ser difíciles para las personas con la enfermedad de Parkinson. Un terapeuta ocupacional puede enseñarte técnicas para facilitarte la vida cotidiana (20).

2.5.12 MEDICINA ALTERNATIVA

Las terapias de apoyo pueden ayudar a aliviar algunos de los síntomas y complicaciones de la enfermedad de Parkinson, como el dolor, la fatiga y la depresión. Cuando se realizan en combinación con otros tratamientos, estas terapias pueden mejorar tu calidad de vida:

Masajes. La terapia de masaje puede reducir la tensión muscular y promover la relajación. Esta terapia, sin embargo, en pocas ocasiones está cubierta por el seguro de salud (20).

Tai chi. El tai chi es una antigua forma de ejercicio chino que emplea movimientos lentos y fluidos que pueden mejorar la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza muscular. El tai chi también puede ayudar a prevenir caídas. Varias formas de tai chi están diseñadas para personas de cualquier edad o condición física (20).

Un estudio mostró que el tai chi puede mejorar el equilibrio de las personas con enfermedad de Parkinson de leve a moderada más que el estiramiento y el entrenamiento de resistencia (20).

Chi Kung: El Chi Kung (también escrito Qi Gong) es un arte de origen chino cuyo objetivo es conocer, utilizar y optimizar el sistema energético del cuerpo humano tal como lo entiende la Medicina Tradicional China (MTC). Lo mismo que hace la acupuntura con las agujas, lo hace el Chi Kung mediante el movimiento, la respiración y las visualizaciones. (26)

Según el Chi Kung, estamos sanos cuando disponemos de abundante energía vital --o Chi-- circulando por donde tiene que circular sin estancarse ni dispersarse; cuando dicha energía es de calidad, y cuando no se produce ni un exceso ni una deficiencia de Chi en ninguna parte del organismo. Estamos sanos cuando estamos equilibrados por dentro. Estamos enfermos cuando hay un exceso, una falta, un estancamiento o una dispersión de Chi. (26)

El propio término Kung, de Chi Kung, implica que para lograr o conservar ese equilibrio dinámico se requiere tiempo y dedicación. El Chi Kung precisa paciencia para que dé frutos. Asimismo, para que funcionen sus movimientos, hay que realizarlos en un estado meditativo de gran conciencia, calma y relajación, cualidades que la propia práctica ya facilita. Es precisamente la calma y la relajación lo que permite que no haya limitaciones de edad o estado físico para hacer Chi Kung. (26)

El Chi Kung se utiliza complementariamente en numerosos hospitales chinos por su eficacia terapéutica. Sus ejercicios son fáciles de seguir y se usan tanto en la prevención de enfermedades como en su tratamiento. Por el aumento de vitalidad que el Chi Kung produce, también es práctica común en el mundo de la espiritualidad y en el de las artes marciales internas. (26)

Yoga. En el yoga, los movimientos suaves de estiramiento y las posturas pueden aumentar tu flexibilidad y equilibrio. Puedes modificar la mayoría de las posturas para que se ajusten a tus habilidades físicas (20).

Técnica Alexander. Esta técnica, que se centra en la postura muscular, el equilibrio y el pensamiento sobre cómo usar los músculos, puede reducir la tensión muscular y el dolor (20).

Meditación. En la meditación, reflexionas en silencio y enfocas tu mente en una idea o imagen. La meditación puede ayudarte a reducir el estrés y el dolor, y a mejorar tu sensación de bienestar (20).

Terapia con mascotas. Tener un perro o un gato puede ayudarte a aumentar tu flexibilidad y movimiento, y a mejorar tu salud emocional (20).

2.5.13 Escala de Berg

En 1992, un equipo de expertos encabezado por Katherine Berg publicó un artículo en el cual describían una escala para evaluar el sentido del equilibrio en personas mayores (24). (Ver anexo 1, pág. 87)

Con el tiempo, la escala fue modificada para disponer de una versión abreviada y se empleó en otros campos de la medicina (24).

Una de las validaciones de la escala fue una comparación entre sus resultados, el juicio clínico de los médicos en su experiencia con los pacientes en la consulta y el propio sentir de los pacientes en cuanto a su sentido del equilibrio, además de registros de observación de los movimientos en laboratorio y criterios externos que indican el control del equilibrio, como la capacidad de desarrollar ciertas tareas (24).

En algunas investigaciones, la escala se analizaba en pacientes con enfermedades diferentes a la esclerosis múltiple, como el ictus (infarto cerebral) o lesiones cerebrales producidas por traumatismo (24).

En la escala de Berg hay 14 pruebas. Se emplea para medir la capacidad del paciente para sentarse, mantenerse en pie, extender los brazos sin perder el equilibrio, mantenerse sobre una sola pierna y girar (24).

La escala asigna puntuaciones desde el 0 (imposibilidad de realizar un movimiento o mantener una postura) hasta el 4 (normalidad en el desempeño de la función) (24).

En personas mayores, la escala de Berg se considera una buena manera de predecir el riesgo de que la persona sufra una caída (24).

La puntuación total, sumada cada pregunta, va de 0 a 56. Se considera que, por debajo de 45 puntos en total, el paciente tiene un riesgo incrementado de caer (24).

La escala de Berg y el riesgo de caídas

Existen dos tipos de equilibrio:

- Estático (capacidad de mantener una postura)
- Dinámico (capacidad de realizar movimientos)

La escala de Berg sirve para evaluar ambos (24).

Aunque tradicionalmente se ha considerado que una puntuación por debajo de 45 indica que existe riesgo de caída, un estudio reciente ha planteado que en realidad la escala de Berg sirve para identificar a los pacientes que pueden experimentar más de una caída. Así, por debajo de 40 puntos, los pacientes pueden sufrir múltiples caídas, y la capacidad de predicción de la escala de Berg es particularmente alta en este aspecto (24).

Si la puntuación obtenida está por debajo de 36, la posibilidad de caída es del 100% en un periodo de seis meses tras la realización de la prueba (24).

También hay estudios que matizan que, cuando se trata de pacientes con esclerosis múltiple, la escala de Berg es menos eficaz a la hora de distinguir los pacientes con riesgo de caerse de los que tienen muy pocas probabilidades de sufrir caídas (24).

En una prueba para asignar un valor en la escala de Berg se pide al paciente que vaya realizando diversas actividades, como sentarse con los brazos cruzados, levantarse, mantenerse en pie, coger objetos del suelo, girar y mantenerse sobre una pierna (24).

Los 14 ítems son los siguientes:

- 1) Pasar de estar sentado a estar de pie (de sedestación a bipedestación)
- 2) Mantenerse en pie sin apoyo
- 3) Mantenerse sentado sin apoyo en la espalda
- 4) Pasar de estar de pie a sentarse (de bipedestación a sedestación)
- 5) Transferencias- Se pide al paciente que pase de un asiento con apoyabrazos a otro asiento sin apoyabrazos. Se pueden usar dos sillas (una con y otra sin apoyabrazos) o una cama y una silla.
- 6) Mantenerse en pie con los ojos cerrados
- 7) Mantenerse en pie con los pies juntos
- 8) Extender el brazo manteniéndose de pie
- 9) Coger un objeto del suelo
- 10) Girar para mirar hacia atrás
- 11) Girar en un círculo completo

- 12) Colocar alternativamente los pies en un escalón
- 13) Mantenerse en pie con un pie delante del otro (bipedestación con un pie adelantado)
- 14) Mantenerse de pie sobre una pierna (bipedestación monopodal)

2.5.14 Calidad de Vida del Adulto Mayor

Existen diferentes escalas con parámetros específicos que se aplican en la valoración de la calidad de vida del adulto mayor, entre ellas una de las más utilizadas es la escala de FUMAT (Ver anexo 2, pág. 88).

La Escala FUMAT permite obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los adultos mayores y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; obtener datos de los adultos mayores y/o personas con discapacidad en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida (26).

Dimensiones de la calidad de vida

Bienestar emocional: en esta dimensión se tiene en cuenta todo lo relacionado con la estabilidad emocional, la satisfacción del lugar en el que esta, el auto concepto, la ausencia de estrés, los sentimientos negativos y la relación de pareja en los adultos mayores (26).

Bienestar físico: en ella se tendrá en cuenta la atención sanitaria que requiera el adulto mayor, la memoria, su movilidad, la visión, el sueño, el acceso a ayudas técnicas, las actividades de la vida diaria, la audición y la salud en general de los adultos mayores del centro de bienestar (26).

Bienestar material: es necesario tener en cuenta la vivienda donde se encuentra el adulto mayor, las condiciones del servicio prestado, la jubilación y los ingresos que manifieste el adulto mayor (26).

Relaciones interpersonales: esta dimensión se evidencia en el sentido en el que el adulto mayor identifica cuáles son sus amigos identificados, como es su relación social con ellos, su relación con la familia y si reconoce relaciones que el considere positivas y gratificantes (26).

Inclusión social: en esta dimensión se tiene en cuenta los siguientes indicadores participación, integración, apoyos generales (26).

Desarrollo personal: En esta dimensión se tienen en cuenta los siguientes indicadores oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación) y habilidades académicas (26).

Autodeterminación: En esta dimensión se valoran los siguientes aspectos metas y preferencias personales, autonomía, elecciones y decisiones (26).

Derechos: La dimensión de derechos nos permite por medio de los siguientes indicadores ejerce sus derechos, responsabilidades, dignidad, derechos legales, información, respeto, defensa de derechos, intimidad, saber si son puestos en práctica en la atención del adulto mayor o no (26).

En el paciente con Parkinson se comprometen fundamentalmente el bienestar físico y el emocional debido al deterioro de la movilidad progresivo característico de la enfermedad. Por ello resulta necesario el diagnóstico y tratamiento precoz de estos pacientes para contribuir a mejorar su calidad de vida.

2.5.15 Necesidades del Autocuidado

En la disciplina de enfermería se pueden identificar diferentes modelos y teorías: Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, sobre cómo la enfermera puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado (27).

Para aplicar el modelo de Orem es necesario conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Define al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, simbolizar lo que experimenta y usar ideas o palabras para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros. Define los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las

consecuencias de ésta. El entorno es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona; finalmente define la salud como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (27).

Para aplicar el modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo, publicada en 1991:

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo (27).

Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (27).

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez (27).

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud (27).

Requisitos de autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se

identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud (27).

Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias (27).

Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes (27).

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida (27).

Para D. 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". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (27).

2.5.16 Intervención De Enfermería En El Paciente Con Parkinson

1. Identifique el problema o meta comunitario a ser abordado y lo que se necesita hacer.

- Mida el nivel del problema o meta.
 - Describa aquellos grupos prioritarios a quienes la intervención debería beneficiar y aquellos quienes desarrollan la intervención.
 - Indique cómo obtendrán ustedes las entradas procedentes de los clientes, identificando y analizando los problemas o metas a ser abordados por la intervención.
 - Analice el problema o meta a ser abordado por la intervención.
 - Establezca metas y objetivos para lo que parecería el "éxito".
2. Identifique y valore las "mejores prácticas" o "intervenciones basadas en la evidencia" que podrían ayudar a abordar el problema o meta en su situación.
- Identifique el modo en que se llevará a la práctica cada uno de los componentes y elementos de la intervención para ser puestos en práctica en la comunidad
 - Indique cómo ustedes adaptarán la intervención o "mejor práctica" para ajustarla a las necesidades y contexto de su comunidad (Ej. diferencias en recursos, valores culturales, competencia, lenguaje).
 - Desarrolle un plan de acción la intervención. Incluya:
3. Implemente la intervención y monitorice y evalúe los procesos (Ej. calidad de la implementación, satisfacción) y los resultados (Ej. el alcance de objetivos). (26)

En primer lugar, el enfermero tendrá que hacer una valoración de todo lo que tiene que ver con el paciente de Parkinson:

- El individuo, la situación en la que se encontraba antes y en la que se encuentra actualmente. Cada caso es personalizado y se debe tratar de forma individual (28).
- Los apoyos, desde el emocional hasta el socioeconómico (28).
- El entorno, valorando todas las barreras arquitectónicas que va a encontrar el paciente en sus lugares de ocio, en su casa, (28) y proceder con los cuidados de enfermería

2.5.17 Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor con Parkinson.

- Aumentar la movilidad de las extremidades.

- Determinar el tipo de ejercicio adecuado para la persona (pasivo, activo).
- Enseñar medidas de seguridad personal para prevenir caídas.
- Expresar sentimientos relacionados con la situación emocional.
- Identificar las actitudes personales y aceptar ayuda a través de la relación con el personal de enfermería.
- Valorar el grado de depresión.
- Involucrar al paciente en las actividades.
- Valorar la situación actual y adaptación de la persona. Escuchar atentamente al paciente.
- Ayudar al paciente a adquirir los métodos adecuados para la resolución de problemas.
- Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible. Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo. Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- Ayuda con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o desea.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño.
- Determinar qué información tiene el paciente y la familia sobre el cuidado de la sonda.
- Aclarar dudas y corregir conceptos erróneos.
- Proporcionar información al paciente y la familia sobre los cuidados.
- Establecer una relación de confianza entre la enfermera y el paciente.
- Animar a la persona a expresar sus sensaciones.

- Animar a la persona para que pregunte sobre su problema de salud, tratamiento, evolución y pronóstico.
- Dar la oportunidad de compartir la experiencia con otras personas que estén viviendo una situación parecida.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptiva, se describieron las necesidades del paciente con Parkinson con el fin de planificar una intervención de enfermería que contribuyera a mejorar su estado de salud brindando una atención integral para educar al paciente y a su familia en el autocuidado del paciente con Parkinson.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una investigación con diseño no experimental en la que se observaron y analizaron las variables del estudio para llegar a las conclusiones planteadas luego de la ejecución de la intervención de enfermería propuesta.

Se aplicó la modalidad bibliográfica mediante la obtención de información a través de la consulta de variadas fuentes bibliográficas para el sustento teórico de la investigación y además se aplicó la modalidad de campo al interactuar directamente con el objeto de estudio para la recopilación de la información necesaria para dar salida a los objetivos planteados.

3.3 DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN O MUESTRA

La investigación se desarrolló con 12 adultos mayores de diferente sexo, comprendidos entre los 60 años de edad en adelante, que acuden al centro médico Cruz Roja de la provincia de Tungurahua.

Tabla 1. *Hombres*

Edad	Hombres
60-70	3
70-80	1
80-90	0
Total	4

Elaborado por: Giovanni Cuenca, (2021)

Tabla 2. *Mujeres*

Edad	Mujeres
60-70	4
70-80	1
80-90	3
Total	8

Elaborado por: Giovanni Cuenca, (2021)

3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método de la investigación aplicado fue el inductivo, se realizó un análisis de lo particular a lo general sobre los conocimientos de los pacientes con Enfermedad de Parkinson acerca de su patología y sobre la evolución y complicaciones presentadas desde su diagnóstico, así como también se aplicó la escala de Berg para determinar el grado de dependencia de cada paciente y poder en base a estos datos realizar la intervención de enfermería de manera personalizada.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se firmó por parte de todos los participantes del estudio el consentimiento informado, documento médico legal en que se aplican los principios de Bioética: respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, este documento sirvió para obtener la autorización del paciente y en lo posterior ejecutar la investigación planificada. (Ver anexo 3, pág. 89 y 90)

Se aplicó una encuesta a los pacientes estudiados para conocer sus antecedentes familiares, personales y demográficos relacionados con su patología (Ver anexo 4, pág. 91 y 92), esta encuesta permitió obtener información acerca del estado de salud de los pacientes estudiados, además se utilizó una ficha de registro de datos a través de la cual se obtuvieron datos generales del paciente y su entorno (Ver anexo 5, pág. 93), adicional se utilizó la escala de Berg que sirvió para medir el nivel de movilidad o equilibrio que el paciente mantiene y evaluar su grado de dependencia (Ver anexo 1, pág. 87).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Pregunta 1: ¿Conoce en qué consiste la enfermedad que usted padece?

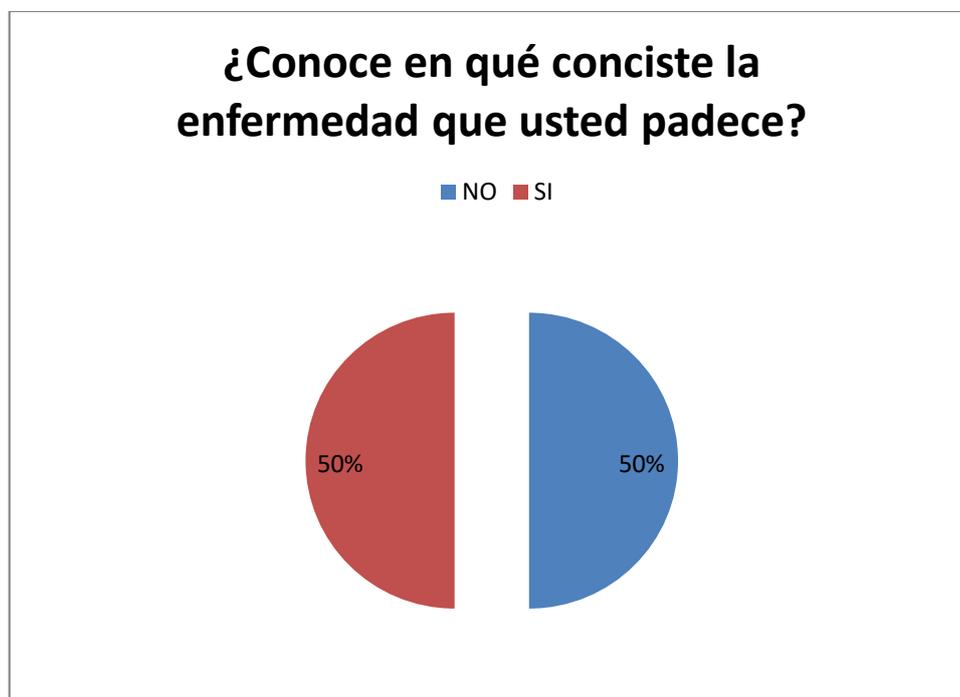
Tabla 3: ¿Conoce en qué consiste la enfermedad que usted padece?

Opciones	Recuento	Porcentaje
NO	6	50,00%
SI	6	50,00%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 1: ¿Conoce en qué consiste la enfermedad que usted padece?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: al indagar si los encuestados tienen conocimiento de la enfermedad del párkinson, se aprecia que, el 50% conoce sobre su enfermedad mientras que el 50% restante desconoce que es el párkinson, por lo que se debe educar a los pacientes para que tengan conocimiento sobre su patología.

Pregunta 2: ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron Parkinson?

Tabla 4: ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron Parkinson?

Opciones	Recuento	Porcentaje
1 año aprox.	1	8,33%
10 años aprox.	1	8,33%
11 años aprox.	2	16,67%
15 años aprox.	1	8,33%
2 año aprox.	1	8,33%
20 años aprox.	1	8,33%
3 años aprox.	2	16,67%
4 años aprox.	1	8,33%
5 años aprox.	2	16,67%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 2: ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron Parkinson?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: el gráfico anterior indica el tiempo que diagnosticaron el Parkinson a cada paciente en donde solo dos pacientes indican que fueron diagnosticados con esta patología tempranamente, y en la mayoría se evidencio que les diagnosticaron hace un año hasta 5 años atrás.

Pregunta 3: ¿Cuenta con apoyo familiar para sus cuidados?

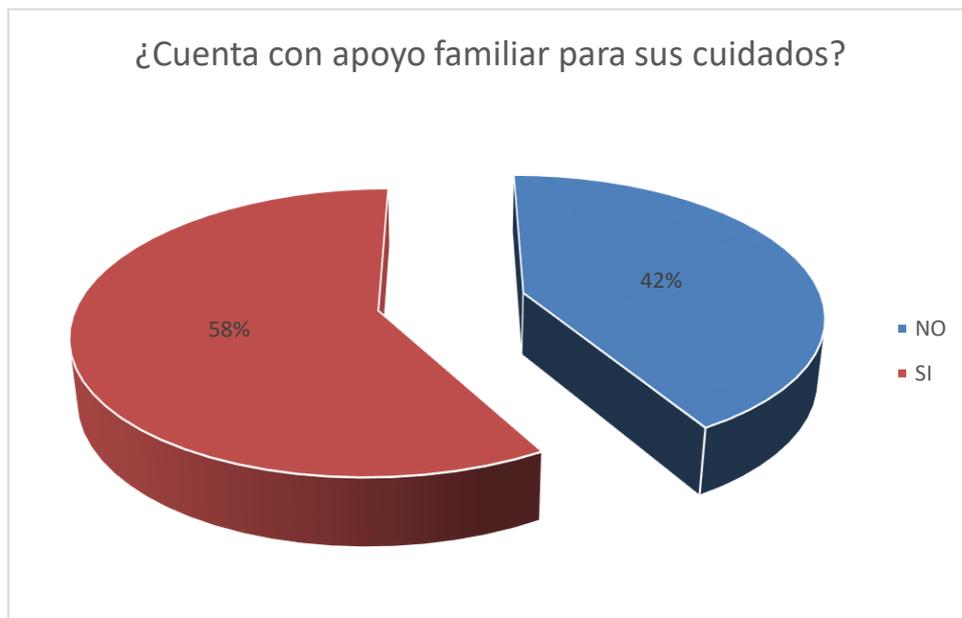
Tabla 5: ¿Cuenta con apoyo familiar para sus cuidados?

Opciones	Recuento	Porcentaje
NO	5	41,67%
SI	7	58,33%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 3: ¿Cuenta con apoyo familiar para sus cuidados?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: en este ítem podemos definir que el 58% de los pacientes cuentan con el cuidado de algún familiar respecto a su enfermedad y el 42% tiene que lidiar por sus medios con su patología con riesgo de sufrir traumatismos.

Pregunta 4: ¿Si puede realizar por sí mismo todas las actividades de su diario vivir?

Tabla 6: ¿Si puede realizar por sí mismo todas las actividades de su diario vivir?

Opciones	Recuento	Porcentaje
NO	4	33,33%
SI	8	66,67%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 4: ¿Si puede realizar por sí mismo todas las actividades de su diario vivir?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: en este ítem el resultado obtenido es, el 67% responde de una manera positiva lo que nos podría indicar que aún se encuentran en una fase temprana de la enfermedad mientras que el 33% restante refiere que no, sus actividades no las pueden realizar solos esto puede indicar que su enfermedad va mermando su sistema motor y que el estadio de su enfermedad puede estar cambiando.

Pregunta 5: ¿Ha presentado caídas o algún traumatismo en el transcurso de su enfermedad?

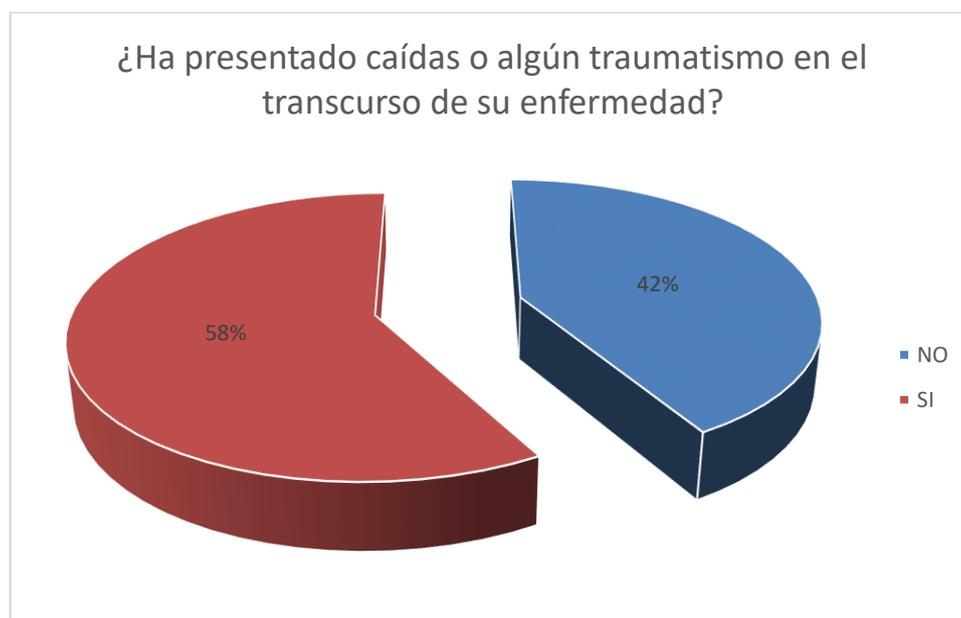
Tabla 7: ¿Ha presentado caídas o algún traumatismo en el transcurso de su enfermedad?

Opciones	Recuento	Porcentaje
NO	5	41,67%
SI	7	58,33%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 5: ¿Ha presentado caídas o algún traumatismo en el transcurso de su enfermedad?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: el gráfico anterior muestra que el 58% de los pacientes atendidos en centro médico cruz roja Tungurahua han sufrido algún traumatismo producto de alguna caída a pesar de poder movilizarse por sí mismo, el 42% no ha sufrido traumatismos ya que cuentan con el apoyo de familiares o cuidadores o se encuentran en una etapa temprana de la enfermedad.

Pregunta 6: ¿Sabe cómo prevenir caídas u otros traumatismos debido al deterioro de la movilidad que presenta?

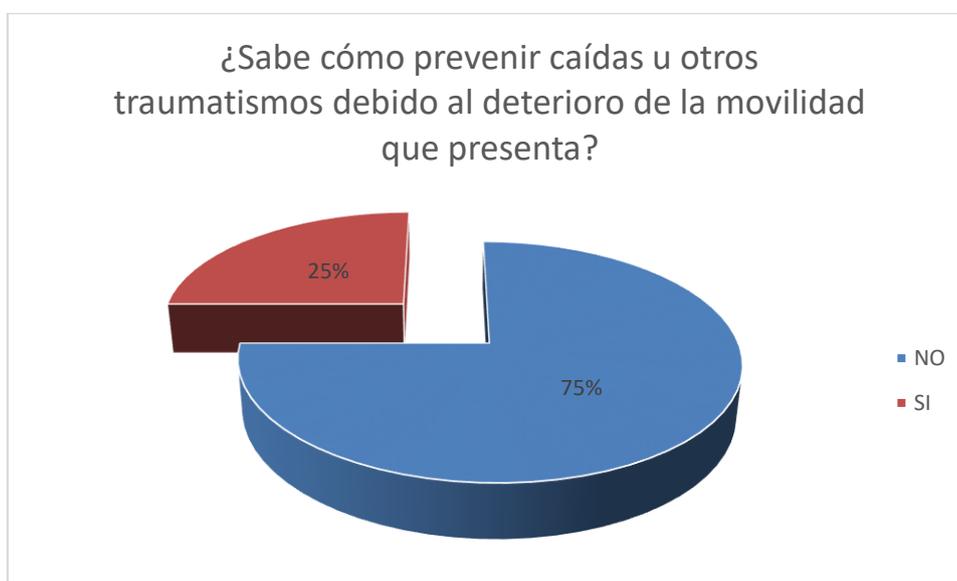
Tabla 8: ¿Sabe cómo prevenir caídas u otros traumatismos debido al deterioro de la movilidad que presenta?

Opciones	Recuento	Porcentaje
NO	9	75,00%
SI	3	25,00%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 6: ¿Sabe cómo prevenir caídas u otros traumatismos debido al deterioro de la movilidad que presenta?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: el gráfico anterior muestra que el 25% conoce como prevenir caídas ya que conoce los cuidados que debe tener respecto a su patología, el 75% no tiene el conocimiento necesario para realizar sus actividades cotidianas previniendo caídas y traumatismos.

Pregunta 7: ¿Cómo se siente emocionalmente?

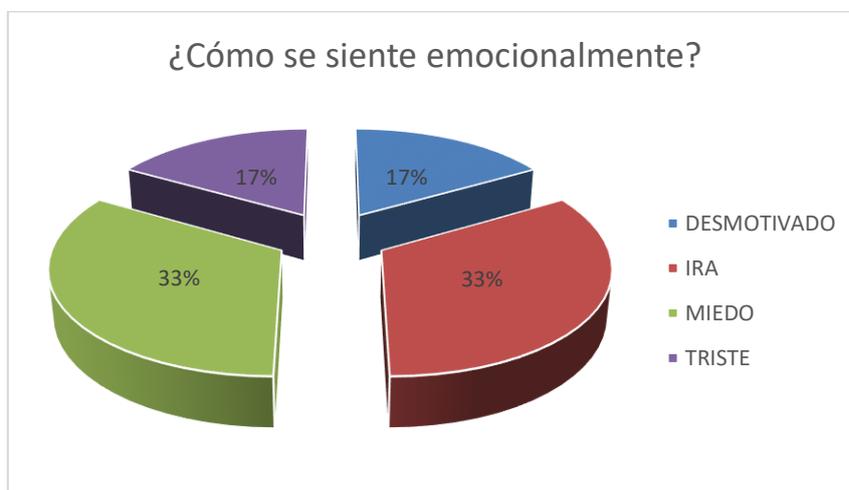
Tabla 9: ¿Cómo se siente emocionalmente?

Opciones	Recuento	Porcentaje
DESMOTIVADO	2	16,67%
IRA	4	33,33%
MIEDO	4	33,33%
TRISTE	2	16,67%
Total, general	12	100,00%

Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Gráfico 7: ¿Cómo se siente emocionalmente?



Fuente: Encuesta adultos mayores CMCRT

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: en este ítem podemos definir el estado emocional del paciente en donde 2 pacientes se encuentran desmotivados, dos pacientes se sienten tristes, 4 pacientes mantienen ira hacia su patología y 4 pacientes presentan miedo, por lo que se debe trabajar en el ámbito psicológico y emocional de todos los pacientes y los mismos acepten su patología y puedan mantener un estilo de vida saludable en todos los aspectos.

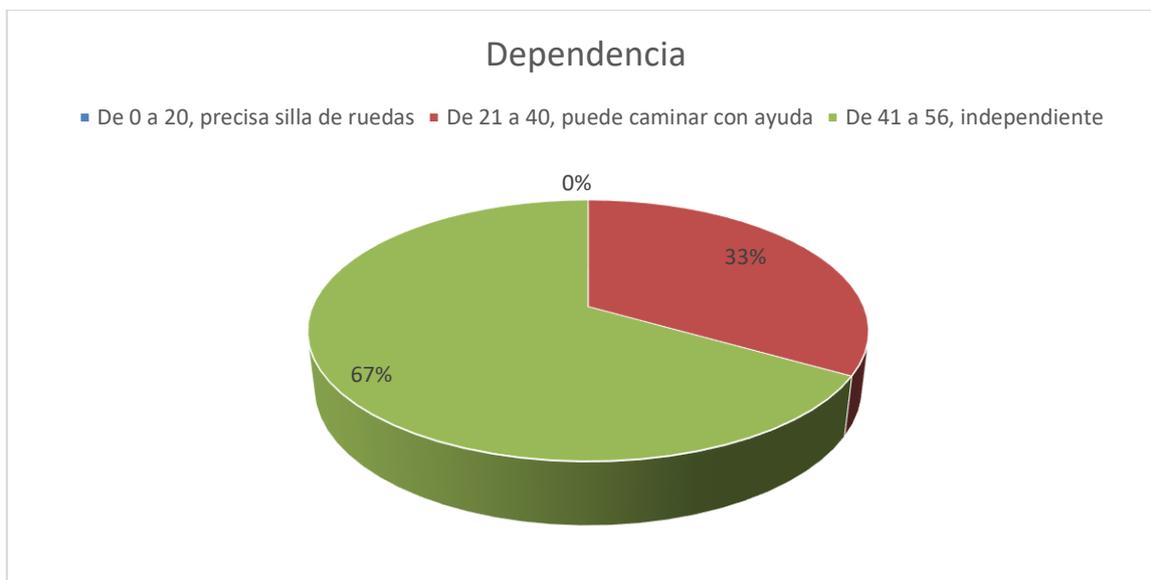
Análisis de la escala de Berg

Tabla 10 Escala de Berg

Interrogante	Pacientes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Puntuación (0-4 puntos)											
Pasar de estar sentado a estar de pie	4	4	3	4	4	2	4	4	3	3	4	4
Mantenerse en pie sin apoyo	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
Mantenerse sentado sin apoyo en la espalda	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4
Pasar de estar de pie a sentarse	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
Transferencias- Se pide al paciente que pase de un asiento con apoyabrazos a otro asiento sin apoyabrazos.	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4
Mantenerse en pie con los ojos cerrados	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4
Mantenerse en pie con los pies juntos	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4
Extender el brazo manteniéndose de pie	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4
Coger un objeto del suelo	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Girar para mirar hacia atrás	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4
Girar en un círculo completo	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Colocar alternativamente los pies en un escalón	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3

Mantenerse en pie con un pie delante del otro.	4	4	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4
Mantenerse de pie sobre una pierna (bipedestación monopodal)	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Puntuación total	51	51	39	40	40	30	52	52	51	51	52	52

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021



Fuente: Escala de Berg aplicada a pacientes con EP

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Tabla 11 Interpretación de la escala de Berg

Interpretación	Total, pacientes por dependencia
De 0 a 20, precisa silla de ruedas	0 pacientes
De 21 a 40, puede caminar con ayuda	4 pacientes
De 41 a 56, independiente	8 pacientes

Fuente: Escala de Berg aplicada a pacientes con EP

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Análisis: Según el criterio de Berg presenta una escala de valores para definir el grado de movilidad o dependencia de una persona que ha sufrido algún daño neurológico se obtuvo que cuatro de los pacientes valorados tienen algún grado de dependencia y los 8 pacientes restantes son completamente dependientes y tienen menor riesgo de sufrir caídas.

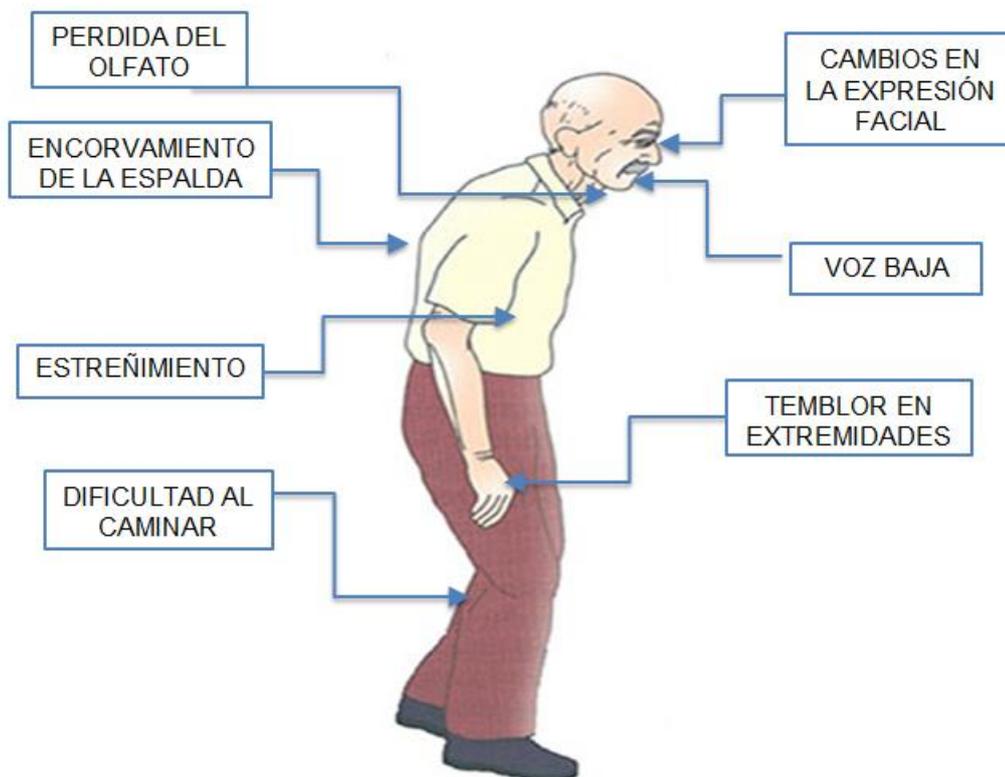
CAPÍTULO V

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Teniendo en cuenta las necesidades de autocuidado identificadas en los pacientes estudiados se elaboró la siguiente guía didáctica como recurso de las capacitaciones realizadas.

GUÍA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA PACIENTES CON PÁRKINSON

ALERTA CON EL PARKINSON



APRENDE A RECONOCERLO

GUÍA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS
PARA PACIENTES CON PÁRKINSON
ENFOCADOS EN LA PREVENCIÓN

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro,

Estudiante: ISTSGA, tecnología en enfermería

Semestre: Quinto

Presentación

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que presenta diferentes etapas y en cada uno de ellos se van incrementando signos más complejos para el paciente y el familiar o cuidador; el principal que podemos acotar es el incremento del deterioro del sistema motor el mismo que complica la movilidad y desenvolvimiento autónomo del paciente convirtiéndolo en una persona potencialmente propensa de sufrir accidentes.

En el Ecuador existen leyes y normas que cuidan al adulto mayor más aún si se encuentran cursando una enfermedad de tipo degenerativa que con el transcurso del tiempo si no hay el cuidado adecuado va depender de ayuda para realizar las actividades cotidianas.

Con este contexto se quiere presentar una guía de cuidado dirigido a los pacientes, familiares o cuidadores y al personal de salud que colabora en el Centro Medico Cruz Roja Tungurahua.

Objetivo

Contribuir con los cuidados requeridos para el adulto mayor con párkinson evitando precozmente el avance de la enfermedad.

Tabla 12 GUÍA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA PACIENTES CON PÁRKINSON

<p style="text-align: center;">MOVILIDAD</p> 	Evitar, caídas y mejorar la marcha:	Fortalecer los músculos y las articulaciones principalmente de las extremidades inferiores, Diariamente realizar una rutina de ejercicios, indicados siempre a su estado de salud y considerando si presenta o no otras patologías que puedan indicar lo contrario.
	Entorno	Distribución de barreras arquitectónicas en la casa, en el trabajo, en los lugares de ocio. En muchas ocasiones pequeñas actuaciones que no conllevan gasto económico, como retirar objetos que dificulten la movilidad del paciente, pueden mejorar sustancialmente el día a día.
	La fuerza, la resistencia y el movimiento	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ejercicios como poner pequeñas pesas en los tobillos, Ejercicio libre, pedalear en bicicleta estática o pedales.
	Mejora de la marcha	Se puede realizar: marcha anterógrada, retrógrada y lateral. Así como esquivar obstáculos, o sortear estos realizando marcha sobre superficies irregulares (campo, montaña, agua...), subir y bajar escaleras.
	Mejorar la inestabilidad	Realizar con un apoyo tipo bastón o andador. Con ello puede ganar mayor seguridad al realizar los ejercicios de entrenamiento.
	Mantener un buen equilibrio y mejorar la coordinación	<ul style="list-style-type: none"> Ganar equilibrio estático Y dinámico (aplausos, tirar bolas... ejercicios de psicomotricidad fina: collares con pasta, cuentas... psicomotricidad gruesa: encestar una pelota, fregar platos...), pata coja, marcha de soldado, equilibrio en superficies irregulares. Es muy importante evitar las caídas en los domicilios. Son un lugar donde pueden ocurrir muchos accidentes. Por ello es necesario: Usar calzado adecuado y ropa cómoda, que no escurra, y que no se pegue, algo así como que deje deslizar sin escurrir (suela de cuero).

		<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar el mobiliario retirando alfombras, muebles que interrumpen la movilidad, uso de barandillas. • Buena iluminación. • Baño adaptado con suelo antideslizante, plato de ducha, agarra manos, uso de albornoz.
<p style="text-align: center;">HIGIENE</p> 	<p>Higiene personal Diaria</p>	<p>Después del baño Secar siempre muy bien Evitar la humedad en la piel, sobre todo en la zona de los pliegues como las axilas. Proteger la piel con crema hidratante, prestando especial atención a las zonas de prominencias óseas. Al momento del rasurado utilizar maquinas eléctricas que no produzcan daño alguno.</p>
	<p>Acumulación de Saliva</p>	<p>Estímulos para evitar el atragantamiento con saliva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un esfuerzo persistente para tragar la saliva a menudo y que no se acumule en la boca. • Mantener cerrados los labios firmemente ayuda a que la saliva no se acumule en la boca. • Trasladar la saliva hacia la parte posterior de la garganta y tragar continuamente. <p>Intentar mantener la cabeza en posición alta o erguida, así se facilita que la acumulación de saliva se trague automáticamente.</p>
<p style="text-align: center;">ALIMENTACIÓN</p> 	<p>Hábitos básicos de la dieta</p>	<p>Al momento de elegir una dieta adecuada para los pacientes con párkinson es primordial tomar en cuenta las características de la enfermedad. Por tal motivo la dieta debe ser rica en minerales, vitaminas y sustancias que ayuden en la proliferación de dopamina.</p> <p>El paciente con párkinson debe seguir un régimen riguroso en el consumo de los alimentos de ser posible mantener una dieta basada en 5 comidas diarias</p> <p>Debemos tomar muy en cuenta que no todos los pacientes van a tener una misma dieta ya que puede variar dependiendo si presentan otras patologías</p>

		<p>Es recomendable ingerir en la noche todos los alimentos que contengan altos niveles de proteína pues así evitaremos la mala absorción de la levodopa.</p> <p>Los medicamentos que se estén tomando para el tratamiento del párkinson no se deben consumir en conjunto con las comidas se lo debe hacer media hora antes o una hora después.</p>
	<p>Alimentos que se deben evitar</p>	<p>Se debe en lo posible evitar combinaciones de alimentos lácteos con cereales y legumbres con cereales.</p> <p>No es recomendable el consumo de alimentos que produzcan flatulencia y bebidas que contengan gas, edulcorantes y café ya que en los pacientes con párkinson es común el exceso de gases.</p> <p>Es imperativo evitar las grasas trans como la margarina y frituras.</p> <p>Evitar siempre que los alimentos que van a ser consumidos se encuentren demasiado calientes ya que los pacientes con párkinson no pueden distinguir entre caliente y frío lo cual puede producir quemaduras.</p>
	<p>Alimentos que se deben consumir</p>	<p>Antioxidantes como son las verduras y las frutas</p> <p>Cereales integrales frutos secos los mismos que deben estar triturados para evitar atragantamientos ya que ayudaran a una mejor digestión y evitaran episodios de estreñimiento que es común en el paciente con párkinson.</p> <p>Omega 3, el consumo de omega tres ayudara a detener el avance de los trastornos neurodegenerativos por lo tanto se recomienda el pescado azul como son el atún, salmón, sardina y bacalao</p> <p>Grasas insaturadas, el consumo de alimentos que contienen este tipo de grasa ayuda a una mejor absorción de las vitaminas como son la soya, aceite de oliva y aceite de girasol.</p> <p>En la dieta no deben faltar alimentos ricos en levodopa como son las habas y el plátano para poder suplir de alguna forma la perdida de esta hormona.</p> <p>La hidratación debe ser continua ya que esto ayuda al problema de estreñimiento.</p>

<p style="text-align: center;">TEMBLOR</p> 	<p style="text-align: center;">Ante el temblor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apretar el codo de la extremidad afectada contra el lado para estabilizar la parte superior del brazo. Efectuar el movimiento lo más rápidamente posible con la mano
<p style="text-align: center;">TERAPIA ALTERNATIVA</p> 	<p style="text-align: center;">Masajes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser útil para mejorar la rigidez, sobre todo cuando hay dolor en zonas específicas. • No debe ser violento ni extenso. • Pueden ser muy beneficiosas breves maniobras relajantes. <p>El masaje circulatorio en las extremidades inferiores está indicado para aliviar algunos problemas circulatorios.</p>

Tomado de: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/426/673>

Modificado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, Tecnología en Enfermería. 2021

Ejercicios recomendados para los pacientes con Enfermedad de Parkinson

QIGONG
TABLA DE EJERCICIOS



1) Levantar brazos



2) Abrir pecho



3) Pintar un arco iris



4) Separar nubes



5) Brazos flexionados



6) Remar



7) Equilibrar una pelota



8) Mirar a la luna



9) Girar la cintura y empujar la palma



10) Nubes de manos



11) Recoger el mar



12) Empujar las olas



13) Alas extendidas de paloma



14) Puñetazo



15) Volar como un ganso salvaje



16) Girar la rueda

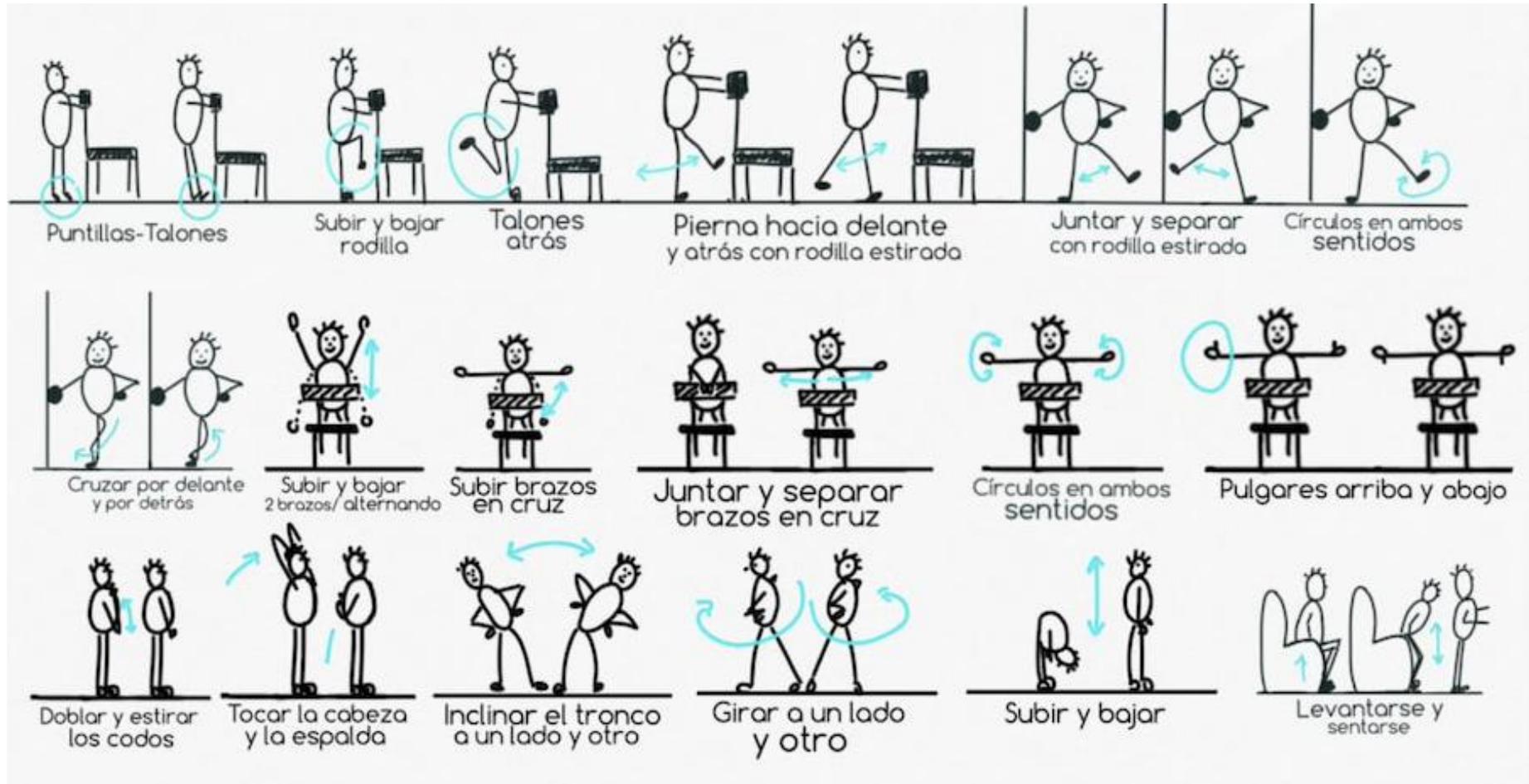


17) Paso y rebotar balón



18) Cierre

TAI - CHI



Conclusión de la Guía de Cuidados Domiciliarios para Pacientes con Párkinson

- Mediante la aplicación de la guía de cuidados a los pacientes con enfermedad de Parkinson se ayudó a mejorar el estilo de vida y que exista menor riesgo de accidentes domiciliarios evitando el progreso acelerado de la enfermedad.

Recomendación de la Guía de Cuidados Domiciliarios para Pacientes con Párkinson

- Se recomienda a los familiares y cuidadores que deben tener precaución al momento de realizar cambios en el estilo de vida por que puede causar accidentes involuntarios en el paciente con Enfermedad de Parkinson.

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA: “CUIDADOS ENFERMEROS EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MEDICO CRUZ ROJA, CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, ENERO – MARZO 2021”

Encuesta de Diagnóstico: Conocer los cuidados que los familiares brindan a los pacientes con Enfermedad del Parkinson.

Temas a tratar:

- Técnica la prevención de accidentes
- Beneficios de cuidados especializados
- Romper tabúes sobre el autocuidado
- Capacitación sobre enfermedad del Parkinson y sus cuidados.

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Martes 16 de marzo del 2021 Centro médico Cruz Roja Tungurahua	10:00-11:00	Determinar el estado de dependencia del paciente con Parkinson	Movilidad y riesgo de caídas	Aplicación del test de Berg para verificar el estado de dependencia (Ver anexo 9, pág. 98)	Giovanny Cuenca (investigador)	Con la aplicación del Test de Berg se conoció el grado de dependencia del paciente con EP (Ver anexo 7, pág. 97)	Guía didáctica elaborada
	11:00 – 12:00	Presentación de la guía de cuidados domiciliarios para el paciente con Enfermedad del Parkinson	Cuidados domiciliarios para pacientes con Parkinson (Ver anexo 8, pág. 97)	Informar la utilidad de la guía a los pacientes y sus familiares		Mediante la presentación de la guía se logró que los pacientes y sus familiares despierten interés en los cuidados que se debe tener con la patología.	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Martes 16 de marzo del 2021 Domicilio del paciente numero 1	10:00-11:00	Determinar el estado de dependencia del paciente con Parkinson	Movilidad y riesgo de caídas	Aplicación del test de Berg para verificar el estado de dependencia (Ver anexo 9, pág. 98)	Giovanny Cuenca (investigador)	Con la aplicación del Test de Berg se conoció el grado de dependencia del paciente con EP	Guía didáctica elaborada
	11:00 – 12:00	Presentación de la guía de cuidados domiciliarios para el paciente con Enfermedad del Parkinson	Cuidados domiciliarios para pacientes con Parkinson	Informar la utilidad de la guía a los pacientes y sus familiares. (Ver anexo 10, pág. 98)		Mediante la presentación de la guía se logró que los pacientes y sus familiares despierten interés en los cuidados que se debe tener con la patología	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Martes 16 de marzo del 2021 Domicilio del paciente numero 2	14:00 - 15:00	Determinar el estado de dependencia del paciente con Parkinson	Movilidad y riesgo de caídas	Aplicación del test de Berg para verificar el estado de dependencia	Giovanny Cuenca (investigador)	Con la aplicación del Test de Berg se conoció el grado de dependencia del paciente con EP	Guía didáctica elaborada
	15:00 – 16:00	Presentación de la guía de cuidados domiciliarios para el paciente con Enfermedad del Parkinson	Guía de cuidados domiciliarios para pacientes con Parkinson	Informar la utilidad de la guía a los pacientes y sus familiares		Mediante la presentación de la guía se logró que los pacientes y sus familiares despierten interés en los cuidados que se debe tener con la patología.	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, Tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Jueves 18 de marzo del 2021 Centro médico Cruz Roja Tungurahua	9:30 a 10:30	Integrar al grupo de estudio	Integración del grupo de trabajo	Dinámica de grupo de introducción (Ver anexo 11, pág. 99)	Giovanni Cuenca (Investigador)	Mediante la dinámica realizada se logró la integración de los miembros presentes y un mejor ambiente de trabajo.	Ejercicios de movimiento
	10:30-11:00	Capacitar a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad del Parkinson	Enfermedad del Parkinson: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Características del paciente con Parkinson • Complicaciones de la enfermedad 	Charlas educativas (Ver anexo 12, pág. 99)		Se logró que los pacientes y sus acompañantes comprendan de que se trata la enfermedad del Parkinson	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanni Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Jueves 18 de marzo del 2021 Domicilio del paciente numero 1	14:00 -15:00	Capacitar a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad del Parkinson	Enfermedad del Parkinson: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Características del paciente con Parkinson • Complicaciones de la enfermedad 	Charlas educativas (Ver anexo 13, pág. 100)	Giovanny Cuenca (Investigador)	Se logró que el paciente y sus familiares comprendan de que se trata la enfermedad del Parkinson	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Jueves 18 de marzo del 2021 Domicilio del paciente numero 2	15:30 – 16:30	Capacitar a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad del Parkinson	Enfermedad del Parkinson: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Características del paciente con Parkinson • Complicaciones de la enfermedad 	Charlas educativas	Giovanny Cuenca (Investigador)	Se logró que el paciente y sus familiares comprendan de que se trata la enfermedad del Parkinson	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Lunes 22 de marzo del 2021 Centro médico Cruz Roja Tungurahua	10:00-11:00	Capacitar en base a la guía de cuidados domiciliarios antes planteados para los adultos con Enfermedad del Parkinson	Cuidados domiciliarios Movilidad Alimentación Higiene	Charlas (Ver anexo 14, pág. 101)	Giovanny Cuenca (investigador)	Se logró que los pacientes entiendan la utilidad de la guía de cuidados domiciliarios y puedan aplicar en sus actividades cotidianas.	Guía didáctica elaborada
	11:00 – 12:00	Que los pacientes cuenten con una herramienta para mejorar su autocuidado	Retroalimentación	Entregar las guías de cuidados domiciliarios a los pacientes con enfermedad del Parkinson (Ver anexo 15 pág. 101)		Los pacientes y sus familiares se comprometieron a practicar diariamente las actividades que la guía contiene.	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 2021

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Lunes 22 de marzo del 2021 Domicilio del paciente numero 1	14:00-15:00	Capacitar en base a la guía de cuidados domiciliarios antes planteados para los adultos con Enfermedad del Parkinson	Cuidados domiciliarios Movilidad Alimentación Higiene	Charlas (Ver anexo 16, pág. 102)	Giovanny Cuenca (investigador)	Se logró que el paciente entienda la utilidad de la guía de cuidados domiciliarios y puedan aplicar en sus actividades cotidianas.	Guía didáctica elaborada
	15:00 – 16:00	Que los pacientes cuenten con una herramienta para mejorar su autocuidado	Retroalimentación	Entregar las guías de cuidados domiciliarios a los pacientes con enfermedad del Parkinson (Ver anexo 17, pág. 102)		El paciente y sus familiares se comprometieron a practicar diariamente las actividades que la guía contiene.	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 202

Fecha/Lugar	Horario	Objetivo	Tema	Actividades	Responsable	Evaluación	Recursos
Lunes 22 de marzo del 2021 Domicilio del paciente numero 2	16:30-17:30	Capacitar en base a la guía de cuidados domiciliarios antes planteados para los adultos con Enfermedad del Parkinson	Cuidados domiciliarios - Movilidad - Alimentación - Higiene	Charlas	Giovanny Cuenca (investigador)	Se logró que el paciente entienda la utilidad de la guía de cuidados domiciliarios y puedan aplicar en sus actividades cotidianas.	Guía didáctica elaborada
	17:30-18:30	Que los pacientes cuenten con una herramienta para mejorar su autocuidado	Retroalimentación	Entregar las guías de cuidados domiciliarios a los pacientes con enfermedad del Parkinson		El paciente y sus familiares se comprometieron a practicar diariamente las actividades que la guía contiene.	Guía didáctica elaborada

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, ISTSGA, tecnología en enfermería. 202

Evaluación de los resultados de las intervenciones realizadas

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Encuesta para medir nivel de conocimiento:

1. Considera que la capacitación recibida sobre Enfermedad del Parkinson:

- a) Interesante
- b) Provechosa
- c) No muy interesante
- d) Una pérdida de tiempo

2. La capacitación de Enfermedad del Parkinson recibida logró incrementar su conocimiento sobre este tema

Si ___

NO ___

3. Le gustaría recibir más información sobre el tema, recomendaría esta capacitación a más personas.

Si___

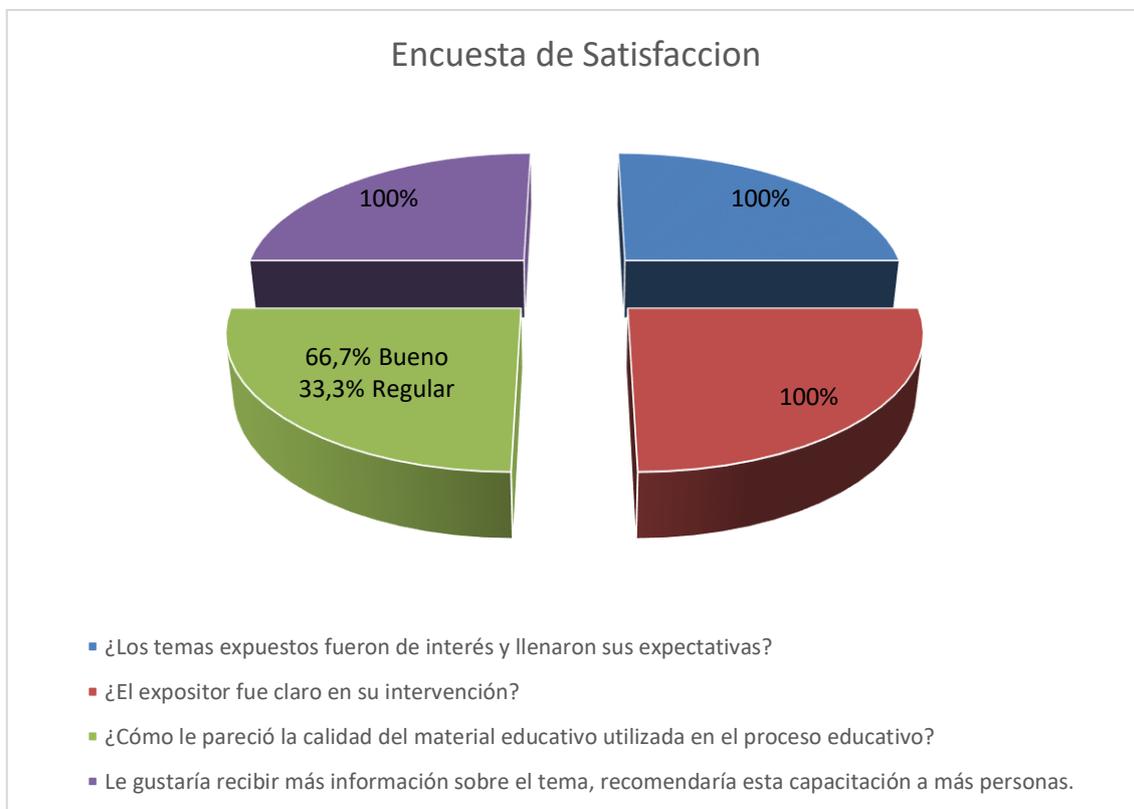
NO___

¡Gracias por su colaboración!

Nº	¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?	¿El expositor fue claro en su intervención?	¿Cómo le pareció la calidad del material educativo utilizada en el proceso educativo?	Le gustaría recibir más información sobre el tema, recomendaría esta capacitación a más personas.
1	SI	SI	Bueno	SI
2	SI	SI	Bueno	SI
3	SI	SI	Bueno	SI
4	SI	SI	Regular	SI
5	SI	SI	Regular	SI
6	SI	SI	Bueno	SI
7	SI	SI	Bueno	SI
8	SI	SI	Regular	SI
9	SI	SI	Bueno	SI
10	SI	SI	Regular	SI
11	SI	SI	Bueno	SI
12	SI	SI	Bueno	SI

Fuente: Educación realizada a los familiares del CMCRT, 2021

Elaborado por: Cuenca Cata Giovanny Ramiro, Tecnología en Enfermería, ISTSGA, 2021



Análisis: En la encuesta de satisfacción realizada se evidenció que la mayoría de participantes no tenían el conocimiento necesario referente al cuidado de pacientes con párkinson, por tal motivo consideran que fue provechosa y de mucho interés, adicional manifestaron que adquirieron nuevo conocimiento en base al tema y que les gustaría recibir más capacitaciones.

Resumen de la intervención de enfermería

Mediante el trabajo realizado con los adultos mayores con Parkinson del centro médico Cruz Roja Tungurahua, se identificaron las fortalezas y debilidades de la población de estudio, encontrando un bajo nivel de escolaridad, por lo tanto se debió trabajar y explicar con palabras acordes a cada paciente para su fácil comprensión, se aplicó el test de Berg a 10 pacientes en el centro médico y a 2 pacientes en el domicilio porque presentan dificultad para su movilidad, en donde a varios pacientes se les debió explicar y preguntar por repetidas ocasiones cada ítem para su entendimiento, y en los pacientes del domicilio intervinieron sus

cuidadores o familiares, dándonos como resultado que 4 pacientes son dependientes. Después de la aplicación del test de Berg se elaboró la guía en base a estos resultados y se procedió a ejecutar la misma, para lo que se capacitó en una higiene adecuada en donde los pacientes y sus familiares no tenían el conocimiento sobre medidas preventivas para evitar caídas en los baños de sus domicilios al momento de realizarse el aseo, se explicó que la alimentación debe ser variada y acorde al estado de dependencia se debe servir los alimentos de preferencia en vajilla de plástico o algún otro material que no pueda causar daño y manifestaron que en algunas ocasiones si habían roto los platos o derramado la comida, y el autocuidado para los pacientes haciendo énfasis en los familiares para que adecuen el entorno en donde se mantienen los adultos mayores y de esta manera facilitar la dependencia para los pacientes como para el cuidador o familiar en el que muchos familiares preguntaron qué objetos se puede retirar del piso o de la cocina, enseñándoles que las alfombras y los pisos mojados pueden causar caídas. Por último, se entregó la guía de cuidados enfermeros indicándoles que la misma consta de información sobre su patología y que pueden auto prepararse para mantener una vida saludable.

Se pudo constatar que la mayoría de pacientes y sus familiares desconocen muchos aspectos que se debe tener en cuenta con la enfermedad del Parkinson y manifestaron que las capacitaciones y educación deberían ser más constantes, el principal problema para lograr la capacitación fue reunir al grupo de trabajo por lo que hubo modificaciones en las fechas de las actividades programadas originalmente, no obstante, se cumplió con la ejecución del plan diseñado.

CONCLUSIONES

- Mediante la aplicación de la escala de Berg a los pacientes con Parkinson se identificó que 4 pacientes equivalente al 33% presentaron dependencia y un gran riesgo de sufrir caídas debido a la afectación en su sistema motor por lo que necesitan de ayuda para su movilidad y 8 pacientes equivalente al 67% restante se mantienen autodependientes.
- Teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes estudiados se diseñó una guía con información sobre autocuidado que les permita mejorar su calidad de vida y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Esta guía fue utilizada como material didáctico en las capacitaciones realizadas como parte del plan de intervención ejecutado.
- Mediante la ejecución del plan de intervención de enfermería se logró que los pacientes y sus familiares elevaran su conocimiento sobre el autocuidado que deben mantener en el curso de la patología para de esta manera puedan disfrutar de una mejor calidad de vida e integrarse de mejor manera a las actividades familiares y sociales.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda no discontinuar el tratamiento farmacológico e incrementar el tratamiento no farmacológico como la realización de actividad física y actividades que ayuden a mejorar su movilidad, llevar una nutrición adecuada, prevenir accidentes en el hogar y fomentar el apoyo familiar.
- Se recomienda mantener la difusión de la guía diseñada por parte del personal de salud del centro médico Cruz Roja Tungurahua para los pacientes con Parkinson y sus familiares porque ayudará a obtener los conocimientos necesarios para el manejo de esta patología.
- En los establecimientos de salud tanto públicos como privados se recomienda realizar capacitaciones periódicas incluyendo la colocación de afiches con información del Parkinson ya que la desinformación es el factor primordial para que esta patología se vea agravada con facilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lundbek. Enfermedad de Parkinson. [Online].; 2017. Acceso 03 de 03 de 2021. Disponible en: <https://www.lundbeck.com/es/areas/enfermedad-de-parkinson>.
2. LUNDBECK WORLDWIDE. Enfermedad de Parkinson. [Online].; 2017. Acceso 03 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.lundbeck.com/es/areas/enfermedad-de-parkinson#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,ser%20m%C3%A1s%20de%2012%20millones>.
3. Iván R. Condor Y OTROS. a04v19n4.pdf. [Online].; 2019. Acceso 03 de 09 de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a04v19n4.pdf>.
4. Montalvo Herdoíza JP. Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson: Estudio Puerta-Puerta en la Provincia de Manabí-Ecuador. [Online].; 2017. Acceso 21 de 10 de 2020. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/01/Prevalencia-Enfermedad-Parkinson.-Prevalence-Parkinsons-Disease.pdf>.
5. Ilustre Gobierno provincial de Tungurahua. Campaña de prevención de Parkinson y Alzheimer. [Online].; 2018. Acceso 06 de 04 de 2021. Disponible en: https://www.tungurahua.gob.ec/index.php/informativo-hgpt/principales/3227-en-la-campana-de-prevencion-de-parkinson-y-alzheimer?switch_to_desktop_ui=1.
6. García Manzanares M^ªC. Enfermedad de Parkinson: abordaje enfermero desde atención primaria. [Online].; 2018. Acceso 17 de 10 de 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400171.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevalencia-Enfermedad-Parkinson.- Prevalence-Parkinsons-Disease. [Online].; 2018. Acceso 24 de 01 de 2021. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp->

[content/uploads/2018/01/Prevalencia-Enfermedad-Parkinson.-Prevalence-Parkinsons-Disease.pdf](https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor).

8. BRIONES DIANA. DERECHO ECUADOR LEY DEL ADULTO MAYOR. [Online].; 2018. Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor>.
9. Lexis Finder. REGLAMENTO A LA LEY ORGANICA DEDISCAPACIDADES. [Online].; 2017. Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/Reglamento-lod-decre_-194.pdf.
10. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [Online].; 2008. Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf.
11. Ministerio de Salud Publica. Paginas- ciclo de vida. [Online]. Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>.
12. Enfermeriacelayane. Unidad didáctica 2: Cambios en el crecimiento y desarrollo del adulto. [Online].; 2018. Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-2-cambios-en-el-crecimiento-y-desarrollo-del-adulto/#:~:text=Desarrollo%20sensorial%20y%20motor,%2C%20agilidad%2C%20fuerza%20y%20resistencia>.
13. MSP. Envejecimiento y vejez. [Online]. Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
14. OMS. Envejecimiento y salud. [Online].; 2018. Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

15. M. Felipe Salech, , L. Rafael Jara. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. [Online].; 2016. Acceso 10 de 06 de 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>.
16. Elmer Huerta. Enfermedades crónicas —comunes después de los 45. [Online].; 2018. Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: https://www.google.com/search?bih=657&biw=1366&rlz=1C1CHBD esEC828EC828&hl=es-419&sxsrf=ALeKk00Sn7ITRxdwFvq32gCxuR7mZQWp7Q%3A1599360928891&ei=oE9UX4XqNafI5gLz_YewCg&q=enfermedades+mas+comunes+en+el+adulto+mayor+oms&oq=enfermedades+prevalentes+en+el+adulto.
17. ASOCIACION PARKINSON MADRID. DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. [Online].Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>.
18. Raúl Martínez-Fernández. ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. [Online].; 2016. Acceso 10 de 06 de 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-la-enfermedad-de-S0716864016300372>.
19. Clinica Barcelona. Causas y Factores de Riesgo de la enfermedad de Parkinson. [Online].; 2018. Acceso 10 de 06 de 2021. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/enfermedad-de-parkinson/causas-y-factores-de-riesgo>.
20. Catalán Alonso DM^aJ, Rojo Sebastián DA. La enfermedad de Parkinson Curson On line. [Online].Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Curso_RANF_2.pdf.

21. Eric Iván Urquizo Rodríguez y Otros. Vista de Enfermedad del Parkinson. [Online].; 2019. Acceso 07 de 04 de 2021. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/426/673>.
22. Dr.RaúlMartínez-Fernández.. ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSONPARKINSON'S DISEASE: A REVIEW. [Online].; 2016. Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372>.
23. Herdenes MDN. Parkinson. [Online].; 2015. Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: <https://es.scribd.com/presentation/276582912/Parkinson>.
24. Vargas Jaramillo JD. 0120-8748-anco-35-s1-11.pdf. [Online].; 2019. Acceso 19 de 09 de 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35s1/0120-8748-anco-35-s1-11.pdf>.
25. MAYO CLINIC. Enfermedad de Parkinson. [Online].; 2018. Acceso 05 de 09 de 2020. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/parkinsons-disease/diagnosis-treatment/drc-20376062>.
26. Jordi J. Serra. Chi Kung. [Online].; 2020. Acceso 10 de 06 de 2021. Disponible en: <https://www.saludterapia.com/glosario/d/89-qigong.html>.
27. Merkc. ¿Qué es la Escala de Berg? [Online].Acceso 15 de 03 de 2021. Disponible en: <https://www.conlaem.es/actualidad/escala-berg>.
28. EDGAR YOMAR RODRÍGUEZ FLÓREZ. 2018_Evaluación_calidad.pdf. [Online].; 2018. Acceso 29 de 05 de 2021. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18363/1/2018_Evaluaci%C3%B3n_calidad.pdf.
29. Miriam Paula Marcos Espino. Aplicación del modelo de Dorothea Orem. [Online].; 2017. Acceso 29 de 05 de 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005.

30. Revista CEP. Enfermería y Párkinson. Capítulo 1: Funciones de movilidad.
[Online]. Acceso 29 de 05 de 2021. Disponible en:
<https://conoceelparkinson.org/cuidados/movilidad-enfermeria-parkinson/>.

ANEXOS

Anexo 1

Escala de Berg

ESCALA DE BALANCE DE BERG
Traducido y adaptado por Prof. Hector Echeverria Rodriguez

Paciente: _____ Fecha _____

Terapeuta: _____

Característica Del Equilibrio	Puntuación (0-4)
1. Sentarse sin apoyo	
2. Cambio de la posición: de sentado a bipedestación	
3. Bipedestación sin apoyo (BP)	
4. Cambio de la posición: de bipedestación a sedestación	
5. Bipedestación con los pies juntos	
6. Bipedestación con los ojos cerrados	
7. Transferencias	
8. Alcance anterior	
9. Girar cabeza para mirar atrás con pies fijos	
10. Recoger objeto desde el suelo	
11. Desde bipedestación, efectuar un giro de 360 grados	
12. Bipedestación con los pies en tándem	
13. Colocar pies alternadamente en un peldaño	
14. Bipedestación con apoyo monopodal	
Puntuación Total (0-56):	

Interpretación

De 0 a 20, precisa silla de ruedas
De 21 a 40, puede caminar, con ayuda
De 41 a 56, independiente

Observaciones y comentarios.

Fuente: Escala de Berg, HOSPITAL SILOE, 2020.

Anexo 2

Escala de Fumat

ESCALA FUMAT				
		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
BIENESTAR MATERIAL	¿Se siente satisfecho/a con la vivienda que usted tiene?			
	¿Se siente seguro con el ingreso económico?			
RELACIONES INTERPERSONALES	¿Realizó actividades con otras personas?			
	¿Usted se lleva bien con su familia?			
	¿Tiene una buena relación con sus amistades?			
	¿Se lleva bien con su comunidad?			
DESARROLLO PERSONAL	¿Usted tiene un trabajo personal?			
	¿Se siente bien con la educación?			
	¿Puede leer información básica como carteles, periódicos?			
AUTODETERMINACIÓN	¿Tiene derecho a decidir de su propia identidad?			
	¿Disfrutas de ti mismo y de lo que haces?			
	¿Su familia respeta sus decisiones?			
INCLUSIÓN SOCIAL	¿Alguna vez usted dio el apoyo a las personas de bajos recursos económicos?			
	¿Participa usted en diversas actividades?			
BIENESTAR FÍSICO	¿Se siente bien usted con la salud que tiene?			
	¿Elige como pasar su tiempo libre?			
	¿Duerme 7 horas al día?			
BIENESTAR EMOCIONAL	¿Está satisfecho con su vida?			
	¿Se siente estresado/a al día?			
CUESTIÓN DERECHO	¿Muestra dificultad para defender su propio derecho cuando no son respetados?			

Fuente: Escala de Fumat, 2021

Anexo 3

Consentimiento Informado

 <p>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR “SAN GABRIEL” <i>Registro Institucional: 07020 CONESUP</i> TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> 
<p>Datos Generales:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nombre del Investigador: Giovanni Ramiro Cuenca Cata2. Nombre de la Institución: Instituto Tecnológico Superior “San Gabriel”3. Provincia, cantón y parroquia: Tungurahua, Ambato. La Matriz <p>Título del proyecto: “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MÉDICO CRUZ ROJA, CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, ENERO – MARZO 2021”</p> <p>Objetivo del proyecto: Desarrollar un plan de intervención de enfermería en la promoción del autocuidado de los pacientes adultos mayores con Parkinson que se atienden en el centro médico Cruz Roja Tungurahua del cantón Ambato, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos.</p>
<p>Presentación:</p> <p>La inscrita Srta./Sr., con CI: Estudiante de cuarto semestre de la Carrera de Tecnología en Enfermería del Instituto Tecnológico Superior Particular “San Gabriel”, se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular para la elaboración del proyecto de investigación para la obtención del Título de Tecnólogo/a de Enfermería, solicita la utilización de datos de confidencialidad y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre enfermedad o patología actual y relevante. Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de esta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de esta propuesta. Puede existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle al investigador.</p>
<p>Propósito:</p> <p>La presente investigación, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos post-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.</p> <p>Tipo de estudio es</p>
<p>Confidencialidad</p> <p>La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente el investigador tendrá accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto a algún directivo o persona responsable, director, docente, etc.</p> <p>El conocimiento obtenido de esta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación.</p>

Consentimiento:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado enfermero.

Nombre del Participante:

.....

Firma del Participante: CI:

Fecha: Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo

Fecha..... Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador:

Firma del Investigador:

Fecha: Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

Fuente: Modelo de Consentimiento Informado, Carrera de Enfermería, ITSP “San Gabriel”, Ecuador, 2021

Anexo 4

Encuesta



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR
"SAN GABRIEL"



Registro Institucional: 07020 CONESUP

TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA
ENCUESTA

Tema: “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MÉDICO CRUZ ROJA, CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, ENERO – MARZO 2021”

Objetivo: Desarrollar un plan de intervención de enfermería en la promoción del autocuidado de los pacientes adultos mayores con Parkinson que se atienden en el centro médico Cruz Roja Tungurahua del cantón Ambato, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Edad: _____

Género: _____

Etnia: _____

Instrucciones: Escuche con atención a las preguntas y responda según crea conveniente

1.- ¿Conoce en qué consiste la enfermedad que usted padece?

Si

No

2.- ¿Cuánto tiempo hace que le diagnosticaron Parkinson?

3.- ¿Cuenta con apoyo familiar para sus cuidados?

SI

NO

4.- ¿Si puede realizar por sí mismo todas las actividades de su diario vivir?

Si

No

5.- ¿Ha presentado caídas o algún traumatismo en el transcurso de su enfermedad?

Si

No

6.- ¿Sabe cómo prevenir caídas u otros traumas debido al deterioro de la movilidad que presenta?

Si

No

7.- ¿Cómo se siente emocionalmente?

Triste

Miedo

Ira

Desmotivado

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 5

Ficha de datos recolectados

				
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR PARTICULAR				
"SAN GABRIEL"				
<i>Registro Institucional: 07020 CONESUP</i>				
<i>TECNOLOGÍA EN ENFERMERÍA</i>				
<i>FICHA DE REGISTRO DE DATOS</i>				
<p>Tema: "INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR CON PARKINSON DEL CENTRO MÉDICO CRUZ ROJA, CANTÓN AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, ENERO – MARZO 2021"</p>				
<p>Objetivo: Desarrollar un plan de intervención de enfermería en la promoción del autocuidado de los pacientes adultos mayores con Parkinson que se atienden en el centro médico Cruz Roja Tungurahua del cantón Ambato, para contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos.</p>				
DATOS GENERALES:				
Edad:	Estado civil:			
Sexo:	Dirección Domiciliaria:			
Etnia:	Fecha de Nacimiento:			
Nombre:	Fecha de Atención:			
SIGNOS VITALES MEDICIONES				
Temperatura:	Respiración:	Tensión Arterial:	Frecuencia Cardíaca:	Saturación de Oxígeno:
EXAMEN FÍSICO				

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES				

Elaborado por: Giovanny Cuenca, Tecnología en Enfermería, ITSP "San Gabriel", 2021

Anexo 6

Toma de signos vitales en el centro médico Cruz Roja Tungurahua



Toma de signos vitales en el domicilio del paciente



Anexo 7

Aplicación del Test de Berg en el centro médico Cruz Roja Tungurahua



Anexo 8

Presentación de la guía de cuidados domiciliarios en el centro médico



Anexo 9

Aplicación de la escala de Berg en el domicilio del paciente



Anexo 10

Presentación de la Guía en el Domicilio del paciente



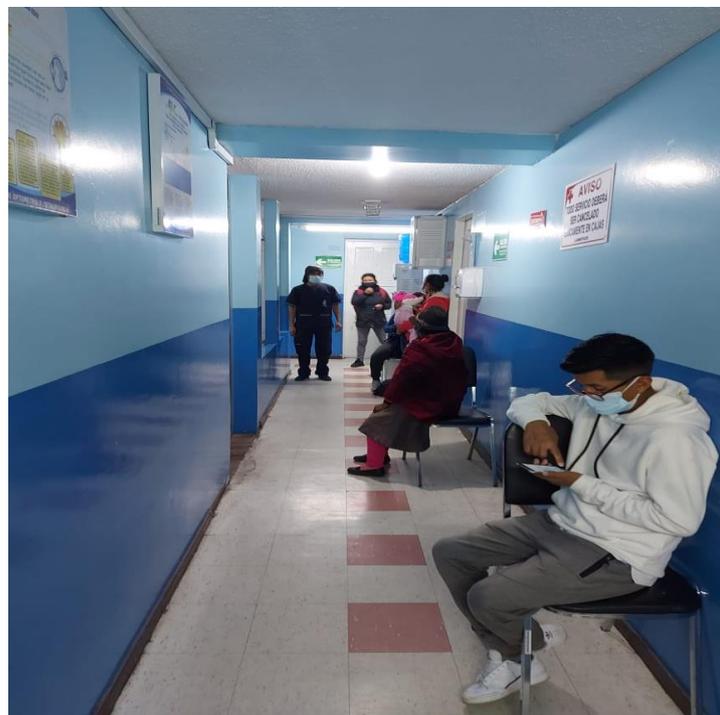
Anexo 11

Integración del Grupo de trabajo en el centro médico



Anexo 12

Charlas educativas en el centro médico



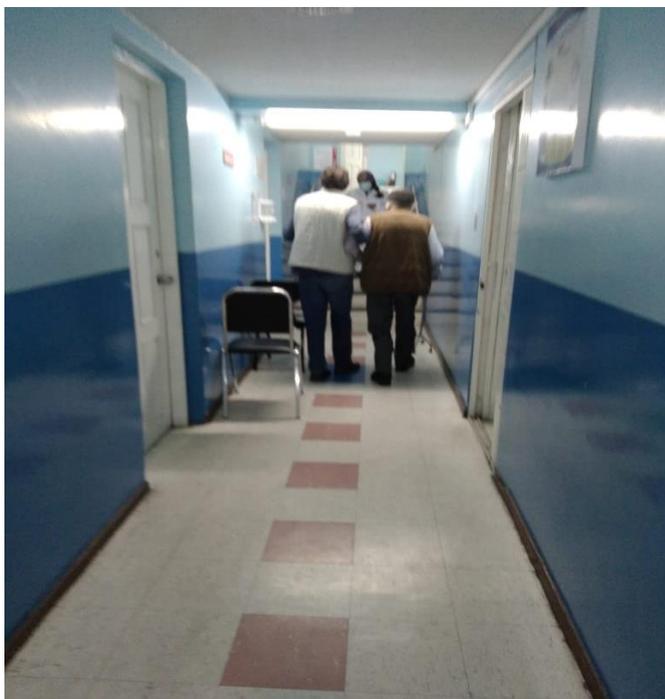
Anexo 13

Charlas educativas en el domicilio del paciente



Anexo 14

Charlas Educativas en el Centro medico



Anexo 15

Entrega de Guía en el centro medico



Anexo 16

Charlas en el domicilio del paciente



Anexo 17

Entrega de la Guía en el domicilio del paciente



Anexo 18

Autorización



Cruz Roja Ecuatoriana
JUNTA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA

Ambato, 10 de Febrero de 2021.

Señor:
Giovanny Cuenca Cata
Presente.

De mi consideración:

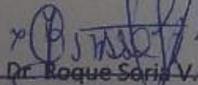
El motivo de la siguiente tiene como finalidad dar respuesta al oficio enviado por su persona, solicitando la autorización para la realización del trabajo de investigación, previo a la obtención del título de tercer nivel en la especialidad de tecnología en enfermería, con los pacientes que acuden al centro médico.

El centro médico Cruz Roja de Tungurahua al ser una institución sin fines de lucro y donde prevalece la ayuda humanitaria autoriza la realización de su trabajo de tesis con los pacientes que estén de acuerdo y deseen formar parte de su trabajo, caso contrario no se los podrá forzar de ninguna manera para no causar malestar a ninguna de las partes involucradas.

Tomando en cuenta estas recomendaciones puede empezar cuando usted crea conveniente.

Ratificando nuestra disponibilidad de trabajo conjunto, me suscribo de Usted, reiterándole los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Dr. Roque Sorja V.

PRESIDENTE DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA
JUNTA PROVINCIAL DE TUNGURAHUA.



Anexo 19

Centro Médico Cruz Roja Tungurahua



Anexo 20

Personal que colaboraron en la investigación

