



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 27 ENE. 2026

Visto, el Expediente 25-INR-0016595-001, que contiene el Informe N°508-2025-DICRILC-INR, emitida por el Servicio de Apoyo Médico del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales; Memorando N°1907-2025-DEIDRIFMOT/INR de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral de Funciones Motoras, Nota Informativa N°064-2025-EO-OEPE/INR del Equipo de Organización con Proveído N°2073-2025-OEPE/INR de la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico e Informe Legal N°120-2025-OAJ-INR de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II, VI del Título Preliminar de la Ley N°26842 "Ley General de Salud", disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla garantizando una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, en el segundo párrafo del artículo 5° del "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobado por Decreto Supremo N°013-2006-SA, establece que los establecimientos de salud deben contar en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos para la atención de los pacientes. Asimismo, el inciso b) del artículo 37° refiere que, el Director Médico del Establecimiento de Salud, debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, y mediante Resolución Ministerial N°356-2012/MINSA, se reemplaza la denominación por Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, dicho documento normativo tiene como objetivo establecer la organización de la Institución, normando su naturaleza, visión, misión y objetivos funcionales de sus unidades orgánicas, así como sus relaciones, régimen económico, régimen laboral y disposiciones pertinentes;

Que, el artículo 32° del referido Reglamento de Organización y Funciones establece que el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales es la unidad orgánica encargada de actualizar y perfeccionar los protocolos de trabajo asistencial en el ámbito de su competencia; así como de impulsar la innovación, actualización, difusión y capacitación en conocimientos, métodos y técnicas de atención especializada en investigación, docencia y rehabilitación integral en lesiones centrales,

depende de la Dirección Ejecutiva Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras y tiene como objetivo proponer normas de atención según los diferentes niveles de complejidad para las personas con deficiencias y discapacidades por lesiones centrales;

Que, en el marco de las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado con Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, la Entidad aprobó la Directiva Administrativa N°10-INR/OEPE-2024 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, aprobada mediante Resolución Directoral N°200-2024-SA-DG-INR, que tiene por finalidad contribuir al logro de los objetivos estratégicos institucionales, regulando los procesos y procedimientos a través de documentos normativos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

Que, en este contexto normativo, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, remite la Guía Técnica: Protocolo de Atención para la Rehabilitación Integral de Pacientes con Enfermedad de Parkinson del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN, cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención integral y multidisciplinaria de las personas con enfermedad de Parkinson, con el propósito de optimizar su funcionabilidad, promover su independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida;

Que, la referida Guía Técnica ha sido socializada, coordinada con las áreas involucradas en su elaboración, las cuales brindaron sus aportes a través de opiniones técnicas, las mismas que han sido sistematizadas y consolidadas en el proyecto final del documento normativo;

Que, mediante Informe N°064-2025-EO-OEPE/INR y Provéido N°2073-2025-OEPE/INR de fecha 24 de octubre 2025, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable del proyecto de la Guía Técnica antes indicada;

Que, mediante Informe N°120-2025-OAJ-INR de fecha 16 de diciembre 2025, el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, concluye que, luego de verificar el Informe Técnico Sustentatorio remitido por el Servicio de Apoyo Médico del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, éste cumple con el análisis, aspectos y lineamientos establecidos en la normativa vigente, por lo que, resulta pertinente la emisión del acto resolutivo correspondiente;

Que, mediante Resolución Directoral N°298-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de diciembre del 2010, se aprobó, en su Artículo 1°, diversos documentos técnicos, entre los cuales se encuentra la "Guía Clínica de Atención en Rehabilitación en Enfermedad de Parkinson", formulada por el Jefe y los profesionales de la salud del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras; por lo que resulta necesario derogar la citada Guía Clínica;

Que, de conformidad con lo dispuesto, en la Ley N°26842 "Ley General de Salud", el Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" y Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN, modificada por la Resolución Ministerial N°356-2012/MINSA; y, en uso de sus atribuciones y facultades conferidas;



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 27 ENE. 2026

Con el visto bueno del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- DEROGAR el numeral 1 del artículo 1º de la Resolución Directoral N°298-2010-SA-DG-INR de fecha 30 de diciembre 2010, mediante la cual se aprobó el documento técnico denominado "Guía Técnica de Atención en Rehabilitación en Enfermedad de Parkinson".



Artículo 2º.- APROBAR la Guía Técnica: Protocolo de Atención para la Rehabilitación Integral de Pacientes con Enfermedad de Parkinson del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

Artículo 3º.- ENCARGAR a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, realizar las acciones correspondientes para la difusión, implementación, ejecución y supervisión del Documento Técnico aprobado en el artículo precedente.

Artículo 4º.- NOTIFICAR la presente Resolución a las instancias administrativas para los fines correspondientes.

Artículo 5º.- DISPONER que la Oficina de Estadística e Informática, publique la presente Resolución en el Portal Internet Institucional.

Regístrese y Comuníquese.

M.C. ERIKA GIRALDO VIZCARRA

Directora General

CMP N° 38989 RNE N° 20436

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación

"Dra. Adriana Rebaza Flores"

Amistad Perú - Japón

EGV/JDLL/trv

Distribución:

- () Unidades Orgánicas
- () OEPE
- () DEIDRIFM
- () Oficina de Asesoría Jurídica
- () Responsable del Portal Web INR.



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la esperanza y fortalecimiento de la democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

CUADRO DE SELLOS Y FIRMAS DEL DOCUMENTO NORMATIVO

ROL	ÓRGANO	FECHA	V°B°
ELABORADO POR	DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LESIONES CENTRALES	OCTUBRE 2025	
	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS	OCTUBRE 2025	
	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO.	OCTUBRE 2025	
	OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA.	DICIEMBRE 2025	
	DIRECCIÓN ADJUNTA Y/O ASESORÍA	ENERO 2026	
APROBADO POR	DIRECCIÓN GENERAL	ENERO 2026	



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

**GUIA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA
REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

2026



DECLARACIÓN DE LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD DE LA
MADRE Y DEL FETO EN EL MOMENTO DEL PARTO
Y DEL ESTADO DE LA MADRE Y DEL FETO EN EL MOMENTO DEL PARTO
Y DEL ESTADO DE LA MADRE Y DEL FETO EN EL MOMENTO DEL PARTO

8902





GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

I. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la calidad y seguridad de la atención integral y multidisciplinaria de las personas con enfermedad de Parkinson, con el propósito de optimizar su funcionalidad, promover su independencia en las actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida, buscando unificar los criterios de evaluación, tratamiento y seguimiento entre los profesionales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, garantizando una atención basada en la evidencia científica centrada en el paciente y orientada a la rehabilitación.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el proceso de atención a través de un programa integral de rehabilitación para pacientes con enfermedad de Parkinson atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, con el propósito de optimizar la calidad del servicio y favorecer la mejora funcional de los pacientes.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Organizar y fortalecer el equipo multidisciplinario para el manejo terapéutico de pacientes con enfermedad de Parkinson basados en la evidencia científica actualizada.
- Sistematizar los criterios clínicos y funcionales de rehabilitación, así como el procedimiento integral de atención, seguimiento, referencia y alta en pacientes con enfermedad de Parkinson.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Unidades Orgánicas Asistenciales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN para la atención de pacientes con enfermedad de Parkinson.

IV. NOMBRE DE PROTOCOLO A ESTANDARIZAR

CIE 10	Detalle
G20.X	Enfermedad de Parkinson

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas/Conceptos Básicos/Siglas o Acrónimos

5.1.1. Definiciones Operativas

- a. **Enfermedad de Parkinson (EP):** Es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por el deterioro del sistema nigroestriatal y pérdida de neuronas dopaminérgicas que se manifiesta por síntomas motores como bradicinesia, rigidez, temblor al reposo y alteración del reflejo postural; Sin embargo, también se asocian





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

síntomas no motores que comprometen áreas cognitivas, trastornos del sueño, trastorno ansioso-depresivo y disfunciones autonómicas como estreñimiento, sialorrea, disfunción urinaria, entre otros, siendo una enfermedad multisistémica que afecta de forma progresiva la calidad de vida del paciente (1-3).

- b. **Etiología:** La etiología del 80% de los pacientes con EP es considerada idiopática y el origen del 20% restante tiene un componente genético, habiéndose reportado algunos genes como causa monogénica del desarrollo tardío de la enfermedad (LRRK2, SNCA y VPS35) o un inicio más temprano (PARKIN, DJ1 y PINK1)(2,4,5).
- c. **Fisiopatología:** La EP es una condición resultante del depósito progresivo de alfa sinucleína en el sistema nervioso central (SNC) ocasionando degeneración de las neuronas productoras de dopamina y agregados intraneuronales llamados cuerpos de Lewy en la sustancia negra del mesencéfalo y en los ganglios basales. Se considera que al momento del desarrollo de síntomas motores de la enfermedad ya se ha perdido entre el 50 a 70% de las neuronas dopaminérgicas en el SNC (1,2,4).

5.1.2 Aspectos epidemiológicos: La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer con una prevalencia mundial aproximada entre 7 a 10 millones de pacientes con una incidencia de 5-35/100000 pacientes por año siendo los hombres quienes tienen 1.5 veces más riesgo de presentar la enfermedad comparado con las mujeres. La mayoría de pacientes desarrolla la enfermedad después de los 60 años aunque existen presentaciones más tempranas de la enfermedad(1,2). En el Perú, aunque no se disponen de cifras oficiales, se estima que el 1% de la población general presenta EP con una incidencia entre 2000 a 3000 casos nuevos en el país por año con una prevalencia aproximada de 10 mil personas con EP en Lima (6).

Factores de riesgo asociados:

- i. **Medio ambiente:** Se ha encontrado asociación entre la exposición a herbicidas, pesticidas, trabajo en granjas o residencia rural con un mayor riesgo de presentar EP. Incluso si solo es una exposición "pasiva" por vivir cerca a campos tratados con pesticidas. Además se ha reportado que las moléculas suspendidas en el ambiente producto del tráfico podrían estar asociadas a mayor riesgo de EP y existen algunos estudios que indican que la exposición a metales como el hierro o plomo podrían aumentar el riesgo de desarrollar EP, aunque los resultados aún no son concluyentes (1,2).
- ii. **Estilos de vida:** Se ha encontrado disminución de riesgo en pacientes con una dieta con alto consumo de frutas y vegetales, así como en aquellos que realizan actividad física de alta intensidad. Se ha hallado un mayor riesgo de EP en pacientes con ingesta diaria de lácteos (probablemente por la presencia de tóxicos en la leche) (1).
- iii. **Factores hereditarios:** Pacientes con historia familiar de EP y presencia de algunos genes como GBA y UCHL1 presentan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Además, se conoce de 3 genes que causan EP con un componente autosómico dominante (SNCA, LRRK2 y VPS35) ocasionando altos niveles de alfa sinucleína que contribuyen a la presentación de la enfermedad, aunque hay muchos otros genes asociados a la enfermedad con impacto variable en su desarrollo. Se considera que la genética en la EP es compleja y se ve afectada por factores ambientales siendo el origen de la enfermedad un evento multifactorial (1,2,5).





GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro clínico

6.1.1 Signos y síntomas

Signos y síntomas motores (7,8):

Bradicinesia: Es el síntoma motor cardinal es la EP, descrita como una lentitud para la iniciación de movimientos voluntarios con una progresiva reducción en la velocidad y amplitud de acciones repetitivas.

Rigidez: La rigidez se refiere a la resistencia al movimiento pasivo independiente de la velocidad, que se evalúa en las extremidades y cuello del paciente en una posición relajada mediante movimientos pasivos lentos.

Temblor al reposo: El temblor es un movimiento involuntario resultado de la contracción alternante de músculos antagonistas, siendo habitualmente hallado en regiones distales de las extremidades en completo reposo con una frecuencia de 4 a 6 Hz que se suprime con el inicio del movimiento y se exagera en situaciones de estrés o preocupación.

Inestabilidad postural: La inestabilidad postural se manifiesta en la ausencia o retraso del reflejo postural que consiste en la corrección rápida de la base de apoyo o postura ante cambios en el centro de gravedad. Aunque la inestabilidad postural es una característica del parkinsonismo, no forma parte de los criterios para el diagnóstico de parkinsonismo causado por la EP según la MDS 2015 y se considera que su aparición temprana orienta a un Parkinsonismo atípico.

Deformidad postural: Estas deformidades incluyen una postura anormalmente flexionada con origen en la columna torácica o lumbar (camptocormia), flexión anterior de la cabeza y el cuello (antecolis) y escoliosis de la columna. Siendo una complicación frecuente de la EP.

Distonía: La distonía describe una contracción muscular sostenida frecuentemente acompañada de movimientos, posturas o ambos anormales como parte de los síntomas motores de EP aunque también asociadas a su tratamiento médico.

Signos y síntomas no motores

Trastornos del sueño: Pueden ocurrir en hasta el 66% de los pacientes con EP siendo el sueño fraccionado uno de los trastornos más frecuentes en el cual los pacientes presentan un sueño más superficial y tendencia a despertar múltiples veces en la noche, además se han reportado trastornos conductuales del sueño REM en hasta un 30% de los pacientes, los cuales no presentan la atonía muscular característica de este estado por lo que realizan movimientos o patadas como representación de sus sueños.

Disfunción autonómica: Ocurre por el compromiso central y periférico del sistema nervioso autonómico postganglionar. Una de las consecuencias más frecuentes en hasta el 80% de los pacientes es el enlentecimiento de la movilidad del tracto gastrointestinal ocasionando retención gástrica y estreñimiento. Otra de las consecuencias de la disfunción autonómica es la hipotensión ortostática, que afecta a cerca del 50% de los pacientes y se ocasiona por la disminución de presión arterial sistólica más de 20mmHg o más 10mmHg en caso de la diastólica tras 3 minutos del cambio de una posición en decúbito a bipedestación y es referido por los pacientes como una sensación de mareo, visión borrosa o sensación que van a perder la conciencia.

Síntomas neuropsiquiátricos: Cerca del 40% de los pacientes refieren presentar alucinaciones visuales. Además, con la progresión de la enfermedad presentan delusiones de daño e ideas paranoides. Otro componente importante es el deterioro cognitivo asociado a disfunciones ejecutivas, planeamiento y organización del comportamiento que progresan hasta un estadio de demencia. Trastornos como ansiedad y depresión han sido reportados en hasta un tercio de los pacientes con EP.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Síntomas sensitivos y sensoriales:

Al menos el 80% de los pacientes con EP reportan haber presentado disminución o pérdida del olfato hasta 10 años antes del inicio de síntomas motores, así como presentar dolor en extremidades en hasta un 40-85% de los casos.

6.1.2 Interacción cronológica

La EP habitualmente es diagnosticada tras el inicio de los primeros síntomas motores; Sin embargo, los síntomas no motores como estreñimiento, alteraciones del sueño REM, hiposmia, depresión, entre otros, que pueden aparecer hasta 10 años antes del inicio de los síntomas motores.

Al inicio de la enfermedad, los síntomas motores suelen ser unilaterales y la respuesta al tratamiento es óptima, sin variabilidad en la función motora a lo largo del día. Posteriormente los síntomas progresan en intensidad y localización a otras extremidades; Sin embargo, se mantiene una buena respuesta a la levodopa y los pacientes mantienen un estado basal independiente sin mayores complicaciones. A medida que los síntomas se incrementan la respuesta a los fármacos disminuye por lo que se aumenta la dosis u horarios del tratamiento ocasionando la aparición de efectos adversos tales como las discinesias y se agregan otros síntomas de la enfermedad como una mayor limitación a la marcha y habla, deterioro cognitivo, psicosis, disfunción autonómica, depresión, dolor y síntomas sensoriales.

La enfermedad afecta cada vez más la calidad de vida y conduce a la dependencia en las actividades de la vida diaria hasta un estadio final de postración (7).

6.2 Diagnóstico

6.2.1 Criterios de diagnóstico: El diagnóstico de la EP se realiza en base a una combinación de síntomas o signos que deberían estar presentes y la exclusión de síntomas o signos que no deberían encontrarse al examen físico. El diagnóstico debe realizarse por un médico en la IPRESS respectiva del paciente previo a su referencia al Instituto Nacional de Rehabilitación (3,8,9).

Paso 1: Identificación de Parkinsonismo definido como la presencia de Bradicinesia más temblor al reposo, rigidez o ambos.

Paso 2: Se debe excluir síntomas que sean considerados como criterios de exclusión absolutos que sugieran un cuadro de "Parkinsonismo atípico" y orientan a un diagnóstico diferencial de la EP.

Paso 3: Establecer el diagnóstico de la EP según niveles de certeza clínica, para lo cual se utilizan los siguientes conceptos:

- a) Criterios de Apoyo: Características clínicas que orientan a favor del diagnóstico de EP.
- Inicio unilateral de síntomas
 - Asimetría persistente de síntomas clínicos
 - Buena respuesta al tratamiento con levodopa
 - Inducción de discinesias tras el inicio del tratamiento.



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- b) Criterios de exclusión absolutos: Signos altamente específicos de diagnósticos alternativos que descartan cualquier clasificación diagnóstica de la EP.
- Anomalías cerebelosas
 - Parálisis supranuclear de la mirada
 - Diagnóstico de variante conductual de demencia frontotemporal o afasia progresiva primaria en los 5 años posteriores al inicio de la enfermedad
 - Características parkinsonianas restringidas a las extremidades inferiores durante más de 3 años
 - Parkinsonismo inducido por fármacos tras un tratamiento con un bloqueador del receptor de dopamina o un agente antagonista de dopamina.
 - Ausencia de respuesta a la levodopa en dosis altas a pesar de una gravedad al menos moderada de la EP
 - Pérdida sensorial cortical, apraxia ideomotora evidente en las extremidades o afasia progresiva
 - Imagen funcional normal del sistema dopaminérgico ("DAT scan")
 - Diagnóstico de otra afección causante de parkinsonismo que podría estar causando los síntomas
- c) Señales de alerta o "banderas rojas": Se refieren a signos que proporcionan un argumento relativo y sin tanta fuerza contra el diagnóstico de EP y sugieren algún diagnóstico diferencial.
- Progresión rápida del deterioro de la marcha que lleva al uso de silla de ruedas en un plazo de 5 años
 - Ausencia de progresión de los síntomas motores en un plazo de 5 años, a menos que estén relacionados con el tratamiento
 - Disfunción bulbar temprana
 - Disfunción respiratoria inspiratoria
 - Insuficiencia autonómica grave en los primeros 5 años de la enfermedad
 - Caídas recurrentes debido al deterioro del equilibrio en los 3 años posteriores al inicio
 - Anterocolis desproporcionada o contracturas en los 10 años posteriores al inicio de la enfermedad
 - Ausencia de cualquiera de las características no motoras comunes a pesar de 5 años de enfermedad
 - Signos piramidales inexplicables
 - Parkinsonismo bilateral simétrico

Mediante la presencia o ausencia de los signos y síntomas descritos se realiza el diagnóstico en los siguientes dos escenarios:



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

EP clínicamente establecida:

- Requiere la presencia de Parkinsonismo, la ausencia de criterios de exclusión absolutos, al menos dos criterios de apoyo y la ausencia de señales de alerta.

EP clínicamente probable:

- Requiere la presencia de Parkinsonismo, la ausencia de criterios de exclusión absolutos y la presencia de un criterio de apoyo que pueda anular la presencia de una señal de alerta.
- Requiere la presencia de Parkinsonismo, la ausencia de criterios de exclusión absolutos y la presencia de dos criterios de apoyo que puedan anular la presencia de hasta dos señales de alerta.

6.2.2 Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de la EP incluye (10):

- Enfermedades neurodegenerativas con Parkinsonismo
 - o Demencia por cuerpos de Lewy
 - o Parálisis supranuclear progresiva
 - o Atrofia multisistémica
 - o Degeneración corticobasal
- Parkinsonismos secundarios:
 - o Parkinsonismo inducido por fármacos
 - o Parkinsonismo inducido por toxinas
 - o Parkinsonismo vascular
 - o Hidrocefalia normotensiva
- Enfermedades genéticas
 - o Enfermedad de Wilson
 - o Ataxia espinocerebelosa
 - o Enfermedad de Huntington
 - o Demencia frontotemporal con parkinsonismo
 - o Neurodegeneración por acumulación cerebral de hierro
- Enfermedades que cursan con temblor
 - o Temblor esencial
 - o Temblor distónico
- Enfermedades no neurológicas
 - o Osteoartritis
 - o Depresión
 - o Parkinsonismo psicógeno



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAUX FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

6.3 Exámenes auxiliares

6.3.1 De patología clínica:

Al ser una enfermedad cuyo diagnóstico es clínico, no se suele recomendar estudios de laboratorio para su diagnóstico.

6.3.2 De imágenes:

Tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro: Útil para el diagnóstico de lesiones subcorticales o hidrocefalia que puedan simular síntomas de la EP.

Resonancia magnética cerebral (RMN) de cerebro: Estudio con mayor capacidad para detectar lesiones cortico-subcorticales que no hayan podido ser detectadas en la TAC, sobre todo en regiones de fosa posterior donde se pueden observar signos radiológicos útiles en el diagnóstico diferencial con parkinsonismos atípicos.

6.4 Manejo

6.4.1 Criterios de admisión:

Pacientes que ingresan por derivación interna (Interconsulta o Reevaluación) o derivación externa (Referencia) que cumplan las siguientes condiciones:

- i. Diagnóstico clínicamente establecido de EP
- ii. Medicación adecuada y seguimiento por neurología
- iii. Estabilidad clínica mínima requerida para continuar atenciones por la institución

6.4.2 Tratamiento:

a) Consulta por Médico Rehabilitador:

Durante la primera atención en consultorio externo del Departamento de Lesiones Centrales, el especialista en Medicina de Rehabilitación brinda una consulta de 1 hora en la que se brinda una evaluación integral del estado del paciente con EP pudiendo utilizarse las siguientes escalas a criterio del médico rehabilitador:

Evaluación de capacidad funcional:

- Escala de Hoehn y Yahr (Anexo N°02)
- Escala de Webster: Determina severidad de EP (Anexo N°03)
- MDS-UPDRS III (Anexo N°04)

Evaluación cognitiva:

- Minimental Test de Folstein (Anexo N°05)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Anexo N°6)

(*) En caso de pacientes con diagnóstico clínicamente probable de EP, con evidencia de señales de alerta de otro tipo de parkinsonismo o que no se encuentren con medicación adecuada, se realizará interconsulta a la especialidad de Neurología.

(*) En caso los pacientes no se encuentren clínicamente estables por alguna otra comorbilidad se realizará la interconsulta a la especialidad correspondiente o al área de emergencia.

Tras la evaluación se establece el diagnóstico de las deficiencias y discapacidades según lo aprobado en la historia clínica de la institución, pudiendo utilizar el





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

clasificador internacional del funcionamiento y discapacidad (11). Además, se definen los objetivos del programa de rehabilitación según la etapa de la enfermedad los cuales se irán ajustando con la escala de logro de objetivos (Uso posterior a su validación por la institución).

Se determina el plan de trabajo a seguir en el programa de rehabilitación integral (terapia física, terapia ocupacional, psicología, servicio social) las interconsultas correspondientes al departamento de comunicación, nutrición, odontología, otras especialidades médicas y exámenes de apoyo al diagnóstico que puedan requerirse según el tipo de paciente y según sea el caso, procedimientos médicos orientados al alivio del dolor, de los signos motores (temblor y distonías) y no motores (sialorrea).

Luego de la primera evaluación se pueden tener las siguientes citas control:

Consulta médica de control: Tiempo: 30 minutos

Se realiza el seguimiento de los objetivos planteados y el cumplimiento del plan de trabajo, se analiza presencia de intercorrientes que puedan retrasar el programa terapéutico, se puede realizar un reajuste si es necesario según la evolución del paciente y resultados que pueda traer a la consulta, además de ver la continuidad del programa de rehabilitación, reingreso o el alta respectiva.

Consulta Reevaluación: Tiempo: 1 hora

Dirigido a pacientes que han recibido el programa de rehabilitación integral y dejaron de asistir más de 6 meses continuos o tras un alta definitiva requiriendo para su reingreso, una referencia o atención por telesalud (ejemplo: teleinterconsulta). En este grupo de pacientes el plan de trabajo va orientado a ver si paciente amerita un reingreso o si solo se indicará pautas y citas control. En caso paciente reingrese al programa integral de rehabilitación, recibirá una distribución terapéutica específica para este grupo de pacientes (*).

Luego de la valoración de la capacidad funcional y cognitiva del paciente se le ingresa al PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON el cual comprende las siguientes áreas de rehabilitación:

b) Procedimientos médicos:

Procedimientos para manejo de dolor: Dirigidos al tratamiento del dolor, que es el síntoma no motor más habitual y se observa hasta en un 53% de los pacientes con EP (12):

- Lasertapia y electroacupuntura: Pueden ser utilizados para el manejo del dolor musculoesquelético asociado a rigidez parkinsoniana y deformidades óseas.
- Bloqueo muscular y/o paravertebral: Se puede usar en el dolor radicular o neuropático secundarios a lesión de raíz o neuropatías periféricas focales.
- Desgatillamiento: Se puede usar para el tratamiento del dolor distónico relacionado con movimientos o posturas inducidas por la medicación antiparkinsoniana.

Aplicación de toxina botulínica: Medicamento sujeto a aprobación de comité farmacoterapéutico, el cual ha demostrado utilidad en algunos signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson con eficacia variable (13–20):

- **Sialorrea:** Es una de las indicaciones más comunes y con mayor evidencia científica. La toxina se inyecta en las glándulas salivales, logrando una reducción significativa de la producción de saliva (20–24).





GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

- **Síntomas autonómicos:** Se ha utilizado para tratar la vejiga hiperactiva, hiperhidrosis y estreñimiento.
- **Distonía:** Se ha considerado su uso para tratar diferentes tipos de distonía, incluyendo cervical, de extremidades y blefaroespasma.
- **Temblor:** Puede ser efectiva para el temblor de manos y mandíbula, aunque su uso puede estar limitado por la debilidad muscular asociada.
- **Dolor:** Estudios recientes sugieren que la toxina botulínica puede aliviar el dolor en pacientes con EP, independientemente del mecanismo subyacente.
- **Otros usos:** Incluyen el tratamiento de la apraxia de apertura palpebral, camptocormia y congelación de la marcha, aunque la evidencia para estos casos es más limitada.

c) **Terapia Física**

La terapia física es un coadyuvante en el tratamiento de la EP empleando diversos métodos y técnicas para la reeducación del movimiento con el objetivo de mantener la mayor funcionalidad del paciente según objetivos. En la evaluación puede incluir los siguientes ítems:

- Evaluación funcional muscular
- Evaluación postural
- Evaluación articular
- Evaluación del complejo orofacial
- Evaluación de la capacidad respiratoria
- Evaluación de la marcha
- Evaluación de caminata de 6 minutos (TC6M)
- Evaluación de caminata de 2 minutos (TC2M)
- Time up and go (TUG)
- Evaluación de flexibilidad de miembro superior/ inferior
- Test de Tinetti
- Test de Berg

c.1 **Terapia física en pacientes con estadio LEVE**

GRUPAL

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapias	: 1-3 ciclos
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana

Gimnasio

Objetivos:

- Facilitar la disociación del eje axial y flexibilidad global.
- Incrementar el acondicionamiento al ejercicio.
- Mejorar las reacciones automáticas en habilidades funcionales.
- Reeducación del patrón de marcha.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Actividades:

Acondicionamiento físico: se realizan ejercicios de flexibilización coordinando con la respiración.

Reeducación postural se realiza la autoconcienciación de la postura a través de la retroalimentación visual, verbal y propioceptiva.

Reeducación de las habilidades funcionales se trabaja actividades de habilidades motoras como correr trotar, saltar marcha con obstáculos, marcha en diferentes direcciones.

Actividades Integrativas funcionales se realiza actividades pre deportivas pelota de fútbol, vóley, basquetbol, se refuerza gestos deportivos de patear, lanzar la pelota, dribbling buscando actividades de doble tarea que refuercen el movimiento automatizado.

Piscina Terapéutica

Objetivos:

- Mejorar el alineamiento y la postura.
- Facilitar y engramar los movimientos.
- Mejorar la disociación del eje axial y los movimientos selectivos en segmentos apendiculares.

Actividades:

Cinesiterapia se realizarán actividades globales de manera teniendo la flotabilidad como ayuda para la movilización de los segmentos.

Relajación: la flotabilidad del agua ayudara a disminuir la rigidez favoreciendo los grados de libertad necesarios para sus actividades.

Fortalecimiento de la musculatura extensora del eje axial usando actividades con la resistencia del agua.

Actividades que mejoren equilibrio y la coordinación usando el agua como efecto desestabilizador.

Deporte terapéutico

Objetivos:

- Integrar el aprendizaje y control motor en actividades deportivas.
- Incrementar la resistencia y velocidad y cambios de dirección en los desplazamientos.
- Organizar el movimiento global y selectivo.
- Incrementar los ajustes posturales anticipatorios en las actividades deportivas en postura bípeda y durante el desplazamiento mediante la marcha.
- Integrar a los pacientes en equipos reforzando la actividad socio recreativa.

Actividades:

Acondicionamiento físico se realizan actividades de flexibilización en bipedestación coordinado con la respiración

Se realizan actividades deportivas como vóley, tenis, basket, futbol, tenis mesa, usando reglas para cada rubro deportivo





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Reforzar las reacciones automáticas en habilidades deportivas

c.2 Terapia física en pacientes con estadio MODERADO

INDIVIDUAL: Dependiendo de la complejidad del paciente se puede llevar a cabo un máximo de dos actividades simultáneas en un mismo ciclo.

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapias	: 1-3 ciclos
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana

Terapia física corporal

Objetivos:

- Mejorar el control postural: fuerza y resistencia muscular.
- Mejorar y/ ampliar los grados de libertad para las actividades funcionales.
- Mejorar la elasticidad y flexibilidad global.
- Mejorar las transferencias y/o traslados.
- Reeducar el patrón de marcha- evaluación, prueba y entrenamiento de ayudas biomecánicas.
- Manejo de complicaciones: contracturas musculares, acortamiento, dolor.

Actividades:

Cinesiterapia: Relajación, fortalecimiento, estiramiento, masoterapia. Se realizan ejercicios activos asistidos buscando movimientos con grados de libertad de acuerdo a la actividad funcional que realice, se realizan actividades a favor de la gravedad para evitar la fatiga y la presencia de calambres para lo cual se puede aplicar masoterapia en los músculos afectados.

Fortalecimiento de la musculatura debilitada predominantemente la cadena extensora.

Grados de libertad mejorar los grados de movimiento limitado con metodología específica buscando la movilidad de la cadena posterior y anterior.

Reacciones automáticas reforzar el enderezamiento equilibrio y defensivas durante la sedestación transferencias a otras posturas, bipedestación y marcha con uso de ayudas biomecánicas.

Manejo de las complicaciones: como el dolor se maneja con ayuda de termoterapia, electroterapia, ultrasonido, masoterapia y manejo médico.

Terapia física complejo orofacial

Objetivos:

- Mejorar la movilidad de la musculatura cervical y orofacial.
- Mejorar la fuerza de la musculatura cervical y orofacial.
- Mejorar la elasticidad de los músculos peribucales, masticadores, supra e infrahiodeos, lengua y velo del paladar.
- Mejorar la calidad de la deglución.
- Mejorar el control y la deglución de la saliva.

Actividades:

Cinesiterapia: se realiza movilización de cabeza, cuello, articulación temporomandibular.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Estiramiento: de la musculatura facial, perioral, piso de la boca, lengua, velo del paladar.

Fortalecimiento de la musculatura perioral, suprahioideos e infrahioideos para aumentar la presión intraoral.

Reeducación de praxias orofaciales como el paso de la saliva, masticación y mecanismo de la deglución de alimentos sólidos y paso de líquidos.

Terapia física respiratoria

Objetivos:

- Regular el fuelle respiratorio.
- Reeducación respiratoria.
- Prevenir fatiga muscular.
- Organizar la eficacia de la tos.
- Mejorar la fuerza de los músculos respiratorios.

Actividades:

Ejercicio de ventilación dirigida, ejercicio de labios fruncidos, relajación, técnicas.

Entrenamiento con peso para mejorar el reclutamiento a nivel abdominal-diafragmático.

Evaluar con flujometro y ejercicios de tos dirigida que involucran músculos abdomen-respiración glossofaríngea.

Hidroterapia

Objetivos:

- Mejorar la movilidad y la amplitud de movimiento.
- Disminuir la rigidez articular.
- Disminuir las restricciones musculotendinosas.
- Facilitar la iniciación de movimiento y movimiento anticipatorio.
- Mejorar el movimiento selectivo para sus actividades diarias.

Actividades:

Cinesiterapia se realizarán ejercicios pasivos, activos asistidos en diferentes partes del cuerpo teniendo la flotabilidad como ayuda para la movilización de los segmentos.

Relajación: mediante las turbinas y la temperatura del agua que ocasionan un efecto relajante en las zonas de mayor rigidez y dolor para los grados de libertad necesarios para sus actividades.

Fortalecimiento de la musculatura débil usando la resistencia del agua en los componentes que se encuentran debilitados.

Ejercicios de coordinación utilizando la flotabilidad que ofrece el agua.

GRUPAL

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapia	: 3-5 ciclos
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Gimnasio

Objetivos:

- Mejorar control postural y reacciones automáticas en actividades funcionales.
- Mejorar la disociación del eje axial y flexibilidad global.
- Mejorar las transferencias en sus actividades funcionales.
- Reeducción del patrón de marcha, evaluación prueba y entrenamiento de ayudas biomecánicas.

Actividades:

Cinesiterapia: se realizan ejercicios activos asistidos en los diferentes planos de movimiento del cuerpo, estiramiento en actividades funcionales enfatizando en posturas intermedias

Rangos articulares brindando los grados de libertad adecuados de acuerdo a las actividades funcionales propuestas.

Reeducación de actividades funcionales desde posturas bajas como en cama hasta bípedo.

Reeducación de las fases de la marcha, reforzando el equilibrio dinámico durante la marcha con apoyo de ayudas biomecánicas si es necesario.

Actividades Integrativas funcionales desde posturas bajas como independencia en cama, equilibrio en sedestación transferencia de sedente a bípedo y bípedo a sedente, equilibrio dinámico y estático en bípedo, incorporación desde el suelo a bípedo.

Deporte terapéutico

Objetivos:

- Incrementar la velocidad y resistencia de movimiento para la realización de sus actividades funcionales según el nivel respectivo.
- Mejorar las reacciones automáticas en sedente y bípedo.
- Reforzar el equilibrio dinámico durante la marcha.
- Prevenir restricciones de movimiento.

Actividades:

Acondicionamiento físico se realizan actividades de flexibilización en sedestación- bipedestación coordinado con la respiración.

Se realizan actividades deportivas como boccia, tenis mesa, golf usando reglas para cada rubro deportivo con supervisión y (o apoyo del profesional.

Reforzar las reacciones automáticas en habilidades deportivas.

c.3. Terapia física en pacientes con estadio SEVERO

INDIVIDUAL

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapia	: 3-4 ciclos
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Terapia física corporal

Objetivos:

- Prevenir las complicaciones por la inmovilidad.
- Mantener la amplitud del movimiento articular.
- Mantener la función motora residual.
- Mantener el alineamiento en sedestación o cama con ayuda de ortesis y/o cojines.
- Educación al familiar sobre los cambios de posturas, el alineamiento que debe tener el paciente.

Actividades:

Cinesiterapia: se trabaja las restricciones musculares y tendinosas, así como la movilidad articular para mantener la movilidad.

Manejo de las complicaciones posturales y dolor se trabaja con agentes físicos como termoterapia, electroterapia y/o ultrasonido.

Rangos articulares: se mantiene los mayores grados de libertad de movimiento

Actividades funcionales en cama y sedestación manteniendo el adecuado alineamiento con apoyo de cojines.

Terapia física complejo orofacial

Objetivos:

- Mantener la movilidad del cuello, articulación temporomandibular y musculatura orofacial orofacial.
- Mantener la movilidad de la articulación temporomandibular.
- Mejorar la deglución de los alimentos sólidos/ semisólidos.
- Mantener la función de deglución de los líquidos.
- Mantener el mecanismo de deglución.
- Educar a la familia para el apoyo durante la deglución para evitar aspiraciones.

Actividades:

Cinesiterapia: se realiza movilización de cabeza, cuello, articulación temporomandibular.

Estiramiento de la musculatura facial, perioral, piso de la boca, lengua, velo del paladar.

Fortalecimiento de la musculatura perioral, suprahioides e infrahioides. lengua y velo del paladar.

Mantente el mecanismo de la deglución mediante maniobras para asegurar el paso de los alimentos.

Reeducación de la deglución con alimentos semisólidos o licuados y líquidos con asistencia de maniobra para evitar aspiración.

Terapia física respiratoria

Objetivo:

- Mantener y/o mejorar la función respiratoria.

Actividades:

Manejo de secreciones.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Hidroterapia

Objetivo

- Disminuir la rigidez articular.
- Disminuir las restricciones músculo tendinosas.
- Mejorar la movilidad en presencia de dolor.
- Promover el movimiento global sin efecto de la gravedad.

Actividades

Cinesiterapia se realizarán ejercicios pasivos, activos asistidos en diferentes partes del cuerpo teniendo la flotabilidad como ayuda para la movilización de los segmentos y la disminución de dolor que puedan generar.

Relajación: mediante las turbinas y la temperatura del agua que ocasionan un efecto relajante en las zonas de mayor rigidez y dolor para los grados de libertad necesarios para sus actividades.

Fortalecimiento de la musculatura en grados que no afecten la gravedad para no provocar dolor.

Ejercicios de coordinación utilizando la flotabilidad que ofrece el agua.

GRUPAL

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapia	: 1-2 ciclos
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana

Gimnasio

Objetivos:

- Mejorar el alineamiento postural en sedestación y /o cama.
- Mantener la mayor funcionalidad del paciente.
- Mantener la movilidad del eje axial.
- Evitar restricciones musculares y tendinosas.
- Brindar pautas a la familia o a los cuidadores de los pacientes con técnicas de movilización y alineamiento postural.

Actividades:

Cinesiterapia: se trabaja estiramiento de la musculatura comprometida en diferentes grados de libertad mientras las condiciones del paciente lo permitan.

Actividades funcionales de estabilidad postural se lleva al paciente a la verticalización con ayuda de la mesa de bipedestación y/o con ayudas biomecánicas.

Manejo de las complicaciones posturales y dolor se maneja a través del uso de ortéticos específicos para evitar deformidades posturales.

Deporte terapéutico

Objetivos:

- Incrementar procesos sensorio-perceptuales.
- Disminuir las restricciones de movimiento.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Mejorar y/o mantenerla resistencia y movilidad en las realizaciones de sus actividades de vida diaria.
- Fomentar la autoconfianza, autocontrol y superación en los pacientes.

Actividades:

Acondicionamiento físico se realizan actividades de flexibilización en sedestación- bipedestación con supervisión o sostenido por otra persona coordinado con la respiración.

Se realizan actividades deportivas como boccia, tenis mesa, sentado usando reglas para cada rubro deportivo con supervisión y/o apoyo del profesional.

Reforzar las reacciones automáticas en la postura sedente- bípeda habilidades deportivas.

(*) En pacientes que reingresen al programa de rehabilitación de EP y cumplan los siguientes criterios de inclusión.

- Problemas socioeconómicos que dificultan el acceso regular.
- Alteraciones en el Test de Barthel.
- Mayor afectación en sus actividades funcionales e independencia.
- Compromiso reciente de otro sistema funcional.
- Historia de caídas frecuentes.

Tendrán indicación de sesiones de terapia física específica de acuerdo al siguiente esquema (Las terapias podrían ser dadas por telesalud dependiendo de las características específicas de cada paciente):

Individual:

Duración : 6 sesiones
Ciclo : 1-2 ciclos
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 1- 2 veces/semana

Grupal:

Duración : 6 sesiones
Ciclo : 1-2 ciclos
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 1- 2 veces/semana

d) Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional contribuye en el tratamiento de los pacientes con EP enfocando su valoración y la posterior intervención en las áreas de desempeño ocupacional a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego, ocio, participación social), para conseguir la mayor independencia y reinserción posible (25-27). Se clasificará a los pacientes por estadio de la enfermedad para su atención en terapias.

Evaluación:

- Batería de evaluación cognitiva Test de Lotca (Anexo N°07).



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Índice de Barthel (modificada versión Shah) que mide la capacidad funcional para realizar las actividades y tareas básicas de la Vida Diaria (Anexo N°08).
- Evaluación funcional de extremidades (Anexo N°09).
- Evaluación de la prensión (Anexo N°10).

d.1 Terapia ocupacional en pacientes con estadio LEVE

INDIVIDUAL

Objetivo General: Optimizar independencia en su desempeño ocupacional.

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapia	: 1 ciclo
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana

Objetivo específico 1: Optimizar independencia en sus actividades de la vida diaria.

Actividades:

- Entrenamiento en actividades de higiene mayor, vestido (prendas inferiores).
- Entrenamiento en actividades de cocina y mantenimiento del hogar.
- Entrenamiento en actividades de calle y uso de transporte público.
- Pautas y recomendaciones a la familia para mantener la independencia del paciente.
- Brindar orientación para la adecuación del entorno del paciente (vivienda).

Objetivo específico 2: Optimizar capacidad funcional

Actividades:

- Realizar actividades que demanden mayor amplitud articular y fuerza muscular.
- Realizar actividades funcionales tanto en sedente como bípedo.
- Realizar actividades de coordinación motora fina bimanual que demanden prensión (escritura).
- Pautas a la familia y paciente.

Objetivo específico 3: Conservar funciones cognitivas

Actividades:

- Generar actividades cognitivas para estimular memoria, atención, raciocinio, cálculo simple, percepción, praxias visuoespaciales, juegos de secuencia numérica, secuencia de acciones, crucigramas, sudokus, pupiletras, etc.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Objetivo específico 4: Optimizar independencia en actividad laboral y tiempo libre.

Actividades:

- Identificar tareas que realiza y fomenta su participación optima (Acondicionar entorno, adaptaciones).
- Mejorar el desempeño en sus actividades laborales facilitando accesibilidad evitando lesiones o caídas.

GRUPAL

Objetivo General: Optimizar Independencia en su desempeño ocupacional.

Duración : 8 sesiones
Ciclo de terapia : 1 ciclo
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 2 veces/semana

Objetivo específico 1: Favorecer integración y socialización.

Actividades:

- Brindar actividades para fomentar la participación en programas diseñados de socialización.
- Se sugiere al familiar involucrar al paciente en actividades recreativas, deportivas y terapias alternativas.

Objetivo específico 2: Optimizar funciones cognitivas.

Actividades:

- Orientar sobre la importancia del establecimiento de las rutinas en la que se planeará cada paso de las actividades en general.
- Brindar actividades cognitivas lúdicas de mesa: damas, ajedrez, cartas, dominó, así como de juegos de bingo, rompecabezas, pintura, etc.
- Favorecer la comunicación, en todas sus modalidades (verbal, no verbal, escrita) necesaria en casi todas las actividades instrumentales de la vida diaria.

Objetivo específico 3: Optimizar capacidad funcional.

Actividades:

- Se sugiere actividades motrices gruesas y de coordinación manual ya que estas mejoran la flexibilidad, la resistencia, la coordinación y el equilibrio.
- Motivar la constancia del paciente para seguir una rutina diaria de actividades funcionales globales.
- Desarrollan estrategias para afrontar y/o superar las dificultades motoras que conlleva la enfermedad para mantenerse activa en el mayor grado posible.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

d.2 Terapia ocupacional en pacientes con estadio MODERADO

INDIVIDUAL: Incluye estimulación cognitiva.

Objetivo General: Mantener y/o optimizar independencia en su desempeño ocupacional.

Duración : 8 sesiones
Ciclo de terapia : 2-4 ciclos
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 2 veces/semana

Objetivo específico 1: Mejorar y/o mantener la independencia en sus actividades de la vida diaria.

Actividades:

- Mantener la independencia en las actividades de la vida diaria, mediante la adaptación de técnicas y el uso de dispositivos de asistencia.
- Entrenamiento en actividades de vestido de prendas inferiores y en actividad de higiene mayor.
- Realización de entrenamiento en actividades de calle, usar transporte público o privado, hacerlo en compañía de un familiar o cuidador.
- Entrenamiento actividades de cocina y mantenimiento del hogar.
- Asesorar en la adaptación, adecuación y modificación el hogar y el entorno del paciente.

Objetivo específico 2: Mantener una óptima capacidad funcional.

Actividades:

- Se brindará actividades motrices gruesas que precisan desplazamiento, con asistencia del familiar o cuidador.
- Realizar actividades funcionales para el desarrollo y mejora de la movilidad, de la tolerancia, concentración y aumentar la resistencia de las mismas.
- Se realizarán actividades para mejorar y/ o mantener la destreza y habilidades manuales.

Objetivo específico 3: Mantener capacidad funcional a nivel cognitivo.

Actividades:

- Se realizarán actividades para estimular cognitivamente, como juegos de mesa, actividades para mejorar la memoria, orientación, abstracción, resolución de problemas semi complejas y complejas, cálculo simple, praxias visoconstructivas.
- Se estimulará el lenguaje expresivo y comprensivo u otra forma de comunicación.
- Se realizarán ejercicios y actividades para mantener la función cerebral y la memoria.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Objetivo específico 4: Optimizar independencia en actividades laborales y de tiempo libre

Actividades:

- Se hará una visita al entorno laboral para facilitar la accesibilidad, la movilidad y reducir el riesgo de caídas.
- Se refuerza la importancia del acceso a servicios de apoyo y rehabilitación comunitaria.
- Fomentar habilidades sociales, mejorando el desempeño social dentro de un grupo.

GRUPAL

Objetivo General: Mantener y/o optimizar independencia en su desempeño ocupacional.

Duración : 8 sesiones
Ciclo de terapia : 1-3 ciclos
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 2 veces/semana

Objetivo específico 1: Favorecer participación en actividades sociales, recreativas y deportivas.

Actividades:

- Realizar actividades sociorecreativas fomentando socialización.
- Se sugiere a la familia que el paciente intervenga en actividades grupales aeróbicas, artísticas y actividades que incluyan movimientos gruesos en miembros superiores e inferiores de coordinación y flexibilidad global.
- Participar en eventos sociales y recreativos para mejorar desempeño social dentro del grupo.
- Favorecer la creación de hábitos que refuercen la autonomía, sus roles, ocupaciones, intereses y aficiones.

Objetivo específico 2: Reforzar actividades de estimulación cognitiva.

Actividades:

- Actividades cognitivas grupales de mesa.
- Adaptar la comunicación, tanto oral como escrita para mantener fluidez en la comunicación.
- Reforzar y/o mantener la percepción de la información sensorial a través de actividades sensoriales: actividades táctiles, propioceptivas, visuales, auditivas, etc.

Objetivo específico 3: Optimizar capacidad funcional.

Actividades:

- Reforzar y/o mantener las habilidades motrices de los miembros superiores como la coordinación, fuerza y precisión mediante actividades funcionales.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Se brindará actividades motoras globales para optimizar la funcionalidad en general.

d.3 Terapia ocupacional en pacientes con estadio SEVERO

INDIVIDUAL: Incluye estimulación cognitiva.

Objetivo General: Facilitar independencia en su desempeño ocupacional.

Duración	: 8 sesiones
Ciclo de terapia	: 2-3 ciclos
Tiempo	: 60 minutos
Frecuencia	: 2 veces/semana

Objetivo específico 1: Facilitar actividades de la vida diaria

Actividades:

- Adaptar las actividades de la vida diaria a las capacidades individuales.
- Brindar estrategias compensatorias para facilitar la ejecución de las actividades de la vida diaria.
- Utilizar los dispositivos de ayuda u otros dispositivos de asistencia que faciliten la realización de tareas.
- Realizar visitas domiciliarias para recomendar modificaciones en el entorno para eliminar barreras arquitectónicas garantizando seguridad, eficacia y eficiencia en la realización de las actividades en casa.

Objetivo específico 2: Preservar funciones mentales superiores.

Actividades:

- Se detectará e identificará las dificultades cognitivas, conductuales y emocionales de la persona.
- Establecer un plan de intervención terapéutica para mejorar y optimizar al máximo la funcionalidad cerebral, la autonomía y la calidad de vida del paciente.
- Estimular funciones cognitivas básicas que estimulen la memoria.
- Brindar estimulación multisensorial: visual, auditiva, olfativa, táctil y auditiva para fomentar, atención, memoria, secuencias, percepción, orientación visoespacial.

Objetivo específico 3: Pautas a la familia.

Actividades:

- Se entrenará a la familia o cuidador brindando pautas y entrenamiento en manejo postural en sedente, bípedo y supino para evitar complicaciones.
- Se brindará recomendaciones a la familia o cuidador para el manejo en las actividades de alimentación, higiene, vestido y traslados.
- Se confeccionará adaptaciones y disposiciones de ayudas biomecánicas y se entrenará a la familia.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Se sugiere a la familia fomentar y estimular participación en eventos familiares, sociales y recreativos.

(*) En pacientes que reingresen al programa de rehabilitación de EP y cumplan los siguientes criterios de inclusión.

- Problemas socioeconómicos que dificultan el acceso regular.
- Alteraciones en el Test de Barthel.
- Mayor afectación en sus actividades funcionales e independencia.
- Compromiso reciente de otro sistema funcional.
- Historia de caídas frecuentes.

Tendrán indicación de sesiones de terapia ocupacional específica de acuerdo al siguiente esquema (Las terapias podrían ser dadas por telesalud dependiendo de las características específicas de cada paciente):

Individual:

Duración : 6-8 sesiones
Ciclo : 1-2 ciclos
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 1- 2 veces/semana

Grupal:

Duración : 6 -8 sesiones
Ciclo : 1-2 ciclos
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 1- 2 veces/semana

e) Psicología

INDIVIDUAL: Incluye evaluación, Seguimiento, aplicación de test cognitivo y/o estimulación cognitiva.

Duración : 2 a 4 sesiones
Tiempo : 60 minutos
Frecuencia : 1 vez por semana

Objetivos:

- Identificar los factores psicológicos a los cuales se encuentra expuesto un paciente que presente la EP.
- Realizar intervenciones conductuales, y/o cognitivas.

GRUPAL:

a. Dirigido a pacientes: Dinámica familiar e integración grupal.

Duración : 2 a 4 sesiones
Tiempo : 120 minutos
Frecuencia : 1 vez por semana





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Objetivo: Se realizan sesiones con el fin de llegar a un equilibrio emocional, aceptación de discapacidad, dinámicas de relajación y orientación familiar sobre manejo de expectativas.

b. Dirigido a familiares: Cuidando al cuidador.

Duración : 4 sesiones
Tiempo : 120 minutos
Frecuencia : 1 vez por semana

Objetivo: Se realiza sesiones con el fin de lograr integración, y dar pautas de manejo de estrés, cuidado personal del cuidador, con el fin de garantizar un clima favorable para el cuidado del paciente.

f) Servicio social:

a. Objetivos:

- Evaluar el entorno social y familiar del paciente con Parkinson.
- Acompañar emocional y socialmente al paciente y su red de apoyo.
- Facilitar el acceso a recursos sociales, económicos, institucionales y comunitarios.
- Promover la participación activa del paciente en su tratamiento y vida cotidiana.
- Prevenir el aislamiento social y la sobrecarga del cuidado principal.

b. Intervención:

Acogida y evaluación social.

Objetivo: Identificar necesidades sociales, redes de apoyo, condiciones de vida y recursos disponibles.

Actividades:

- Realizar entrevista social (paciente y familia).
- Aplicar instrumentos: formato de estudio social, escala de redes de apoyo, formato CIF etc.
- Diagnostico social: Identificar barreras para la participación, discriminación, nivel de dependencia.

Información, Orientación y Asesoramiento.

Objetivo: Facilitar el acceso a recursos sociales, económicos, institucionales, y comunitario.

Actividades:

- Sobre información sobre la Enfermedad de Parkinson.
 - Educar sobre la naturaleza de la enfermedad, sus síntomas, progresión y la importancia del tratamiento multidisciplinario.





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Desmitificar concepciones erróneas y brindar información actualizada y veraz.
- Sobre derechos y prestaciones sociales:
 - Certificado de Discapacidad: Orientar sobre el proceso para obtener el certificado de discapacidad emitido por CONADIS. Este certificado es clave para acceder a beneficios y adaptaciones.
 - Ley General de la Personas con Discapacidad (Ley N° 29973): Informar sobre los derechos laborales, educativos, de accesibilidad y otros que esta ley confiere.
 - Seguros de salud: Orientar sobre el uso y acceso a los servicios de EsSalud, SIS o seguros privados.
 - Otras Programas: orientar sobre las posibles ayudas económica que ofrece el programa CONTIGO para personas con compromiso funcional severo y situación económica en pobreza o pobreza extrema.
- Sobre orientación laboral y educativa:
 - En etapas iniciales, orientar sobre adaptaciones en el puesto de trabajo, reorientación laboral o trámites de jubilación por invalidez.
 - Informar sobre programas de capacitación o inclusión laboral para personas con discapacidad.

c. Plan de intervención:

Objetivos:

- Establecer un plan de trabajo personalizado y familiar.
- Desarrollar acciones de apoyo social, educación, y gestión de recursos.
- Buscar la inclusión y el empoderamiento del paciente.

Servicios

- Consejería familiar y orientación familiar: Para ayudar a pacientes y sus familias a afrontar los desafíos que la enfermedad presenta.
- Intervención con el cuidador principal y la familia: El apoyo al cuidador es tan importante como el apoyo al paciente.
 - Valoración de la sobrecarga del cuidador: Aplicar herramientas o entrevistas para identificar el nivel de estrés físico y emocional, fatiga y necesidades del cuidador principal.
 - Apoyo social: Brindar un espacio de escucha y contención, reconociendo el impacto de la enfermedad en el cuidador.

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Información y capacitación al cuidador: Educar al cuidador sobre la progresión de la enfermedad, las técnicas de cuidado, la gestión de los síntomas y estrategias de la comunicación afectiva,
 - Promoción del autocuidado: Incentivar al cuidador a mantener sus propias actividades de ocio, salud, y relaciones sociales para prevenir el agotamiento.
 - Fortalecimiento de redes de apoyo informales: Ayudar a la familia a identificar y activar a otros miembros de la familia o amigos que puedan brindar apoyo.
- Promoción de la Autonomía y participación social:
- Fomento de la Autonomía personal: Orientar al paciente para mantener y potenciar sus capacidades restantes, adaptando las actividades diarias según sea necesario.
 - Estimulación de la participación social: Promover la participación en actividades de ocio, grupos de apoyo, talleres o voluntariado que fomenten la socialización y eviten el aislamiento.
 - Empoderamiento del paciente y la familia: Fomentar la toma de decisiones informadas y activas en relación a su cuidado, tratamiento y proyectos de vida.
- Seguimiento y evaluación:
- Seguimiento continuo: Realizar contactos periódicos (sesiones, llamadas) para evaluar la evolución de la situación, la efectividad de las intervenciones y detectar nuevas necesidades.
 - Ajuste al plan de intervención: Modificar el plan de intervención según los cambios en la condición del paciente o el entorno familiar.
 - Evaluación de la intervención: medir el impacto de las acciones del Trabajador Social en la Calidad de vida del paciente y la familia y en el logro de los objetivos planteados.
 - Registro y documentación: mantener actualizado las intervenciones, acuerdos y resultados.

ACTIVIDADES	TIPO DE ACTIVIDAD	Nº DE SESIONES	DURACIÓN
Evaluación inicial	Individual	2	60 min
Información orientación	Individual/grupal	2	60 a 120 min
Consejería familiar	Individual	3-4	60 min
Cuidando al cuidador	Individual/grupal	3	60 – 120 min
Autonomía y participación social	Individual	2	60 min
Seguimiento	Individual	2	60 min





GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Efectos adversos de medicación

Levodopa: Los efectos adversos más comunes son náuseas, mareos, dolor de cabeza y somnolencia. Su uso prolongado puede provocar otras complicaciones en el ámbito motor. Estas complicaciones, como la aparición de discinesias, se presentan en aproximadamente el 50% de los pacientes que usan levodopa durante 5 a 10 años y aumentan dependiendo de si el inicio de la EP fue a una edad temprana (28).

Toxina Botulínica: La toxina botulínica provoca la debilidad de los músculos estriados a través de la inhibición de las neuronas motoras alfa que se encuentran en la unión neuromuscular y se asocia con efectos adversos que varían según la ubicación de su aplicación, como hematomas, dolor en el lugar de la inyección, edema, síntomas parecidos a la gripe, blefaroptosis, ptosis palpebral, dolor de cabeza y xeroftalmia. Además, los efectos adversos pueden variar dependiendo del objetivo de su aplicación (29):

- Temblor: Los principales efectos adversos reportados fueron debilidad en las extremidades superiores, específicamente debilidad en las manos y en el agarre, pero esta mejoró a lo largo de los estudios.
- Sialorrea: Los efectos adversos incluyen sequedad bucal resultante del espesamiento de la saliva y, algunos pacientes experimentaron edema local, dificultades leves y transitorias para tragar y disminución de los actos de masticación.
- Distonía, marcha, dolor; No se observaron efectos adversos.

Efectos adversos de terapia:

Durante las sesiones de terapia, pueden ocurrir eventos adversos dentro de los cuales los más comunes reportados son caídas, dolor/malestar e hipotensión (30).

6.4.4 Signos de alarma

Los pacientes con EP en estadios avanzados pueden presentar complicaciones debidos a disfagia progresiva, como desnutrición crónica y episodios de neumonía por aspiración; Además pueden presentar lesiones asociadas a la limitación motora o postración como las úlceras por presión y sepsis, entre otros que pueden manifestarse con fiebre, hiporexia, alteración de nivel de conciencia, agitación psicomotriz, mayor limitación motora, entre otras.

6.4.5 Criterios de alta y/o contrareferencia

En el PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN los objetivos son la ejecución y enseñanza de actividades rehabilitadoras en los pacientes con EP y suele incluir 6 a 8 sesiones de terapia por ciclo. Si se han cumplido los objetivos de las sesiones, el paciente puede continuar las actividades aprendidas en su domicilio solo o asistido por cuidador, de esta forma el egreso del paciente se da mediante:

- Alta: Tras la evaluación del cumplimiento de objetivos propuestos en la primera consulta con médico rehabilitador, se determina la culminación del programa de rehabilitación en la institución, con la indicación que se deben continuar las actividades desarrolladas en las sesiones en un ámbito





**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

domiciliario, pudiendo retornar posteriormente según el proceso de reingreso descrito previamente.

- Contrareferencia: A consultorio externo u otras áreas de atención de según corresponda en la Institución o a la IPRESS de la jurisdicción del paciente.

6.4.6 Pronóstico

Debido a la heterogeneidad de síntomas que pueden presentarse en los pacientes con EP, es complejo tratar de realizar un sistema pronóstico que incluya a todos los pacientes, por lo que se ha buscado definir subtipos al momento de su diagnóstico, basados en la presencia y severidad de síntomas motores, disfunción autonómica, trastornos de conducta relacionada al sueño y disfunción cognitiva para el establecimiento de su pronóstico. En base a este modelo se puede dividir a los pacientes en tres subtipos: 1. Predominio motor leve; 2. Maligno difuso; y 3. Intermedio (individuos que no cumplen criterios para los otros dos tipos).

Los pacientes con el subtipo de predominio motor leve son más jóvenes al momento del diagnóstico y presentan una mejor respuesta a la levodopa. Los pacientes con el subtipo maligno difuso son con frecuencia varones, con una edad mayor a los otros subtipos, presentan una peor respuesta a la levodopa y se les suele diagnosticar erróneamente con parkinsonismos atípicos.

Estos subtipos muestran diferencias en el deterioro clínico de la enfermedad, siendo el subtipo maligno difuso el que presenta una progresión más rápida y una supervivencia más corta. Sin embargo, a pesar de las diferencias en la progresión de la enfermedad y la supervivencia, los subtipos de EP no presentan diferencias en el grado de discapacidad al momento de la muerte, de forma que todos los subtipos suelen alcanzar estadios avanzados (31).

6.5 Complicaciones

Los pacientes con EP presentan deterioro clínico motor progresivo con una mayor dependencia en las AVD además de mayor incapacidad funcional y demencia en los estadios avanzados conllevando a un incremento del riesgo de caídas por lo que se recomiendan las siguientes pautas para prevenir caídas durante las sesiones de rehabilitación (32):

Educación al paciente y cuidador

- Brindar información sobre riesgos de caídas y estrategias de prevención.
- Reforzar adherencia al tratamiento farmacológico y su toma en horarios regulares.
- Enseñar técnicas seguras para levantarse del suelo en caso de caída.

Adaptación del entorno

- Eliminar obstáculos que puedan ocasionar tropiezos durante las sesiones de terapia.
- Buena iluminación en los ambientes de rehabilitación del instituto.
- De forma ideal, se recomienda la colocación de barras de apoyo en los ambientes de rehabilitación que lo requieran.



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

- Calzado cerrado y antideslizante.

Estrategias conductuales

- Evitar movimientos bruscos al levantarse (prevenir hipotensión ortostática).
- Fraccionar actividades que demanden esfuerzo.
- Recomendación de no caminar y hablar al mismo tiempo.
- Incentivar uso de dispositivos de apoyo (bastón, andador), según indicación del equipo rehabilitador.

Además, durante las sesiones de rehabilitación, el paciente puede presentar algunas complicaciones secundarias a la EP por lo que se recomienda seguir los siguientes pasos:

Complicación	Prevención	Manejo
Hipotensión ortostática (33)	- Realizar cambios posturales progresivos. - Evitar sesiones inmediatamente después de la toma de tratamiento farmacológico para la EP o antihipertensivos. - Asegurar hidratación adecuada. - Uso de medias elásticas de compresión en caso esté indicado.	- Colocar al paciente en decúbito supino con miembros inferiores elevados. - Controlar signos vitales. - Suspender la sesión hasta estabilización clínica. - Notificar al médico responsable. - Si los episodios son recurrentes, coordinar ajuste farmacológico.
Aspiración(34)	- Brindar información sobre dietas modificadas como líquidos espesos o sólidos blandos según lo requiera el paciente. - Evitar distracciones durante la alimentación.	- Verificar permeabilidad de la vía aérea. - Si hay tos efectiva se debe indicar al paciente que tosa hasta eliminar el bolo. - Si hay obstrucción total en la que el paciente no puede hablar ni toser se indica aplicar la maniobra de Heimlich. - En caso de obstrucción parcial persistente o compromiso respiratorio se debe activar código de emergencia (código rojo) e inicio de soporte vital.



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

6.6 Criterios de referencia

En caso el paciente curse con alguna complicación médica que no pueda ser resuelta en la institución será referida a un centro hospitalario capaz de brindar el tratamiento correspondiente antes de volver al Plan de Rehabilitación Integral.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda la divulgación y capacitación de los profesionales responsables del manejo de pacientes con EP de la institución para poder actuar en base a la presente Guía Técnica a fin de estandarizar los criterios clínicos y objetivos funcionales de rehabilitación, así como los procedimientos de atención en estos pacientes.

VIII. ANEXOS

Anexo N°01: Flujograma de atención del paciente con EP.

Anexo N°02: Clasificación por Estadios de Hoehn y Yahr.

Anexo N°03: Escala de Webster.

Anexo N°04: MDS-UPDRS III.

Anexo N°05: MiniMental Test de Folstein.

Anexo N°06: Test de MOCA.

Anexo N°07: Batería de LOTCA.

Anexo N°08: Escala de Barthel.

Anexo N°09: Evaluación de Miembros Superiores.

Anexo N°10: Evaluación de la Prensión.

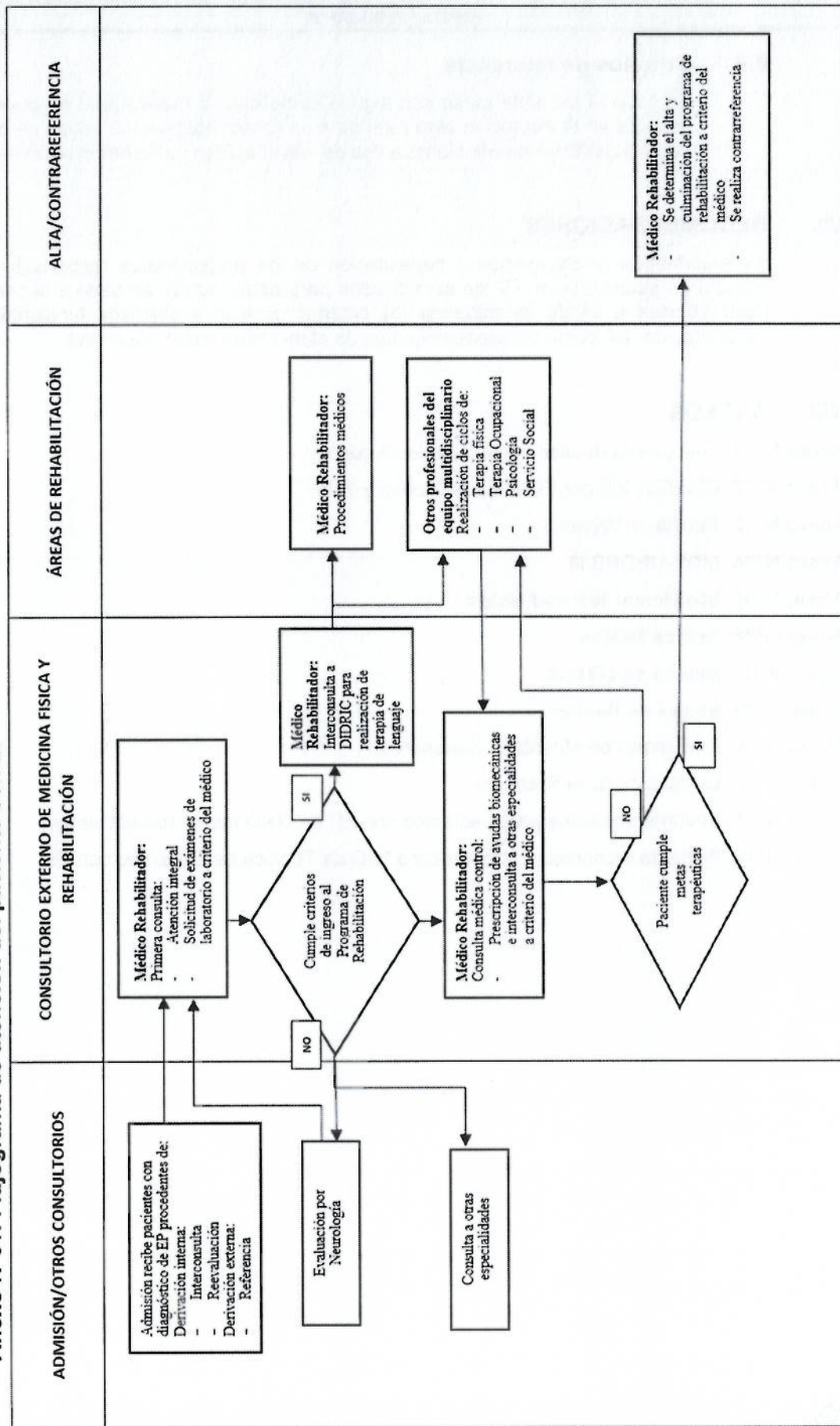
Anexo N°11: Recomendaciones para pacientes con EP en sesiones de Rehabilitación.

Anexo N°12: Ficha de monitoreo y adherencia a la Guía Técnica de pacientes con EP.



GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°01: Flujoograma de atención del paciente con EP





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Anexo N°02: Clasificación por estadios de Hoehn y Yahr

Clasificación por Estadios de Hoehn y Yahr

(Hoehn MM, Yahr MD. Neurology;17:427-442.1967)

- 0 - No hay signos de enfermedad.
- 1.0 - Enfermedad exclusivamente unilateral.
- 1.5 - Afectación unilateral y axial.
- 2.0 - Afectación bilateral sin alteración del equilibrio.
- 2.5 - Afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de retropulsión. (Test del empujón)
- 3.0 - Afectación bilateral leve a moderada; cierta inestabilidad postural, pero físicamente independiente.
- 4.0 - Incapacidad grave; aún capaz de caminar o de permanecer en pie sin ayuda.
- 5.0 - Permanece en una silla de ruedas o encamado si no tiene ayuda.

Hoehn MM, Yahr MD. Neurology;17:427-442.1967 (35)





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Asesoramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°03: Escala de Webster

Escala de Webster

1.- Bradiquinesia de las manos, incluyendo escritura	Puntuación
0 = Sin síntomas 1 = Ligera disminución de la velocidad de supinación-pronación, dificultades iniciales para emplear útiles de trabajo, abrochar botones y escribir. 2 = Moderada disminución de la velocidad de supinación-pronación en uno o en ambos lados, evidencia por cierta manera de la función manual, gran dificultad para escribir, aparición de micrografía. 3 = Notable disminución de la velocidad de supinación-pronación. Incapacidad de escribir o de abotonarse la ropa. Claras dificultades para manejar utensilios.	
2.- Rigidez	
0 = Sin síntomas 1 = Ligera rigidez en cuello y hombros. Se observa <u>ligera</u> aunque constante rigidez en uno de los dos brazos. 2 = Rigidez moderada en cuello y hombros. La rigidez es constante si el paciente no recibe medicación. 3 = Intensa rigidez en cuello y hombros. La rigidez se mantiene a pesar del tratamiento medicamentoso	
3.- Postura	
0 = Postura normal. La cabeza se inclina hacia adelante menos de 10cm. 1 = Principio de la espondilitis deformante (<i>Spoker-spike</i>). La cabeza se inclina hacia adelante hasta 12,5cm. 2 = Principio de flexión de los brazos. La cabeza se inclina hasta 15cm. hacia adelante. <u>Uno de los brazos están</u> doblados, pero todavía por debajo de la cadera. 3 = Principio de postura simiesca. La cabeza se inclina hacia adelante más de 15cm. Una o las dos manos se elevan por encima de la cadera. Intensa flexión de la mano con extensión inicial interfalángica. Principio de flexión de rodilla	
4.- Balanceo de las extremidades superiores	
0 = Correcto balanceo en ambos brazos. 1 = Se reduce el balanceo de un brazo. 2 = Cesa el balanceo de un brazo. 3 = Cesa el balanceo de ambos brazos	
5.- Marcha	
0 = Marcha satisfactoria con pasos de 46-76 cm. Giros sin dificultad. 1 = Los pasos al andar se reducen a 30-46 cm. El paciente empieza a apoyar sonoramente uno de los talones. Giros lentos, que requieren varios pasos 2 = Los pasos se reducen ahora 15-30 cm. Los dos talones comienzan a golpear con fuerza el suelo. 3 = Se inicia la marcha a pasitos. La longitud de éstos es inferior a 7,5 cm. "A veces pasos vacilantes" o marcha bloqueada. El paciente camina sobre la punta de los dedos de los pies. Los giros son muy lentos.	
6.- Rostro	
0 = Mímica con una <u>vivacidad</u> normal; no hay fijeza. 1 = Cierta inmovilidad; la boca permanece cerrada. Primeros signos de angustia o depresión. 2 = Relativa inmovilidad. Las emociones se manifiestan a un umbral bastante mayor. La boca está abierta a ratos. Signos moderados de angustia y depresión. Puede haber sialorrea.	



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

3 = Rostro "congelado" (frozen facies). La boca está abierta 0,6cm o más. Eventualmente, intensa sialorrea.	
7.- Temblor	
0 = Inexistente. 1 = Temblor con oscilaciones de menos de 2,5 cm en las extremidades, en la cabeza o bien en la mano al intentar llegar con el dedo a la nariz. 2 = La amplitud máxima del temblor no sobrepasa los 10cm El temblor es intenso, pero no constante. El paciente conserva cierto control de sus manos. 3 = El temblor sobrepasa los 10cm, es constante e intenso, afectando al paciente en todo momento mientras está despierto. Es imposible que el paciente escriba y coma solo.	
8.- Seborrea	
0 = No hay. 1 = Aumento de la transpiración; la secreción sigue siendo clara. 2 = Piel visiblemente aceitosa. La secreción es mucho más espesa. 3 = Evidentemente seborrea. Todo el rostro y la cabeza aparecen cubiertos de secreción espesa.	
9.- Lenguaje	
0 = Claro, alto, con resonancia y perfectamente inteligible. 1 = Principio de afonía con disminución de la modulación y la resonancia. Volumen de voz satisfactorio, todavía claramente inteligible. 2 = Afonía y disfonía moderadas. Tono permanentemente monótono, sin variaciones. Principio de disartria. Locución vacilante y balbuceo, difícilmente inteligible. 3 = Marcada afonía y distonía. Gran dificultad para escucharle y entenderle.	
10.- Autonomía	
0 = Normal. 1 = Prácticamente total todavía, pero con ciertas dificultades para vestirse. 2 = Precisa ayuda en algunas situaciones críticas, p. ej., girarse en la cama, levantarse de la silla. Muy lento en realizar la mayor parte de las actividades, pero las realiza tomándose mucho tiempo. 3 = Invalidez permanente. El paciente es incapaz de vestirse, comer o caminar solo.	
TOTAL	

Clasificación de la sintomatología según la puntuación:

1-10 puntos : LEVE

11-20 puntos : MODERADA

21-30 puntos : SEVERA

Disponible en Grupo de Trastornos del Movimiento. Sociedad Española de Neurología





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

Anexo N°04: MDS-UPDRS III

Nombre del paciente o ID	ID del Centro	(dd-mm-aaaa) Fecha de la evaluación	Iniciales del evaluador
--------------------------	---------------	--	-------------------------

MDS-UPDRS Hoja de Recogida de Puntuaciones

1.A	Fuente de información	☐ Paciente ☐ Cuidador ☐ Paciente + Cuidador	3.3b	Rigidez – MSD	
			3.3c	Rigidez – MSI	
Parte I			3.3d	Rigidez – MID	
1.1	Deterioro cognitivo		3.3e	Rigidez – MII	
1.2	Alucinaciones y psicosis		3.4a	Golpeteo de dedos (tapping) – Mano dcha.	
1.3	Estado de ánimo depresivo		3.4b	Golpeteo de dedos (tapping) – Mano izda.	
1.4	Estado de ánimo ansioso		3.5a	Movimientos de las manos – Mano dcha.	
1.5	Apatía		3.5b	Movimientos de las manos – Mano izda.	
1.6	Manifestaciones del SDO		3.6a	Pronación-supinación – Mano dcha.	
1.6a	¿Quién está cumplimentando el cuestionario?	☐ Paciente ☐ Cuidador ☐ Paciente + Cuidador	3.6b	Pronación-supinación – Mano izda.	
			3.7a	Golpeteo con los dedos de los pies – Pie derecho	
1.7	Problemas de sueño		3.7b	Golpeteo con los dedos de los pies – Pie izquierdo	
1.8	Somnolencia diurna		3.8a	Agilidad con las piernas – Pierna derecha	
1.9	Dolor y otras sensaciones		3.8b	Agilidad con las piernas – Pierna izquierda	
1.10	Problemas urinarios		3.9	Levantarse de la silla	
1.11	Problemas de estreñimiento		3.10	Marcha	
1.12	Mareo al ponerse de pie		3.11	Congelación de la marcha	
1.13	Fatiga		3.12	Estabilidad postural	
Parte II			3.13	Postura	
2.1	Hablar		3.14	Espontaneidad global de movimientos	
2.2	Salivación y babeo		3.15a	Temblo postural – Mano derecha	
2.3	Masticación y deglución		3.15b	Temblo postural – Mano izquierda	
2.4	Comer/manejar cubiertos		3.16a	Temblo de acción – Mano derecha	
2.5	Vestirse		3.16b	Temblo de acción – Mano izquierda	
2.6	Higiene		3.17a	Amplitud del temblor de reposo – MSD	
2.7	Escritura		3.17b	Amplitud del temblor de reposo – MSI	
2.8	Hobbies y otras actividades		3.17c	Amplitud del temblor de reposo – MID	
2.9	Darse la vuelta en cama		3.17d	Amplitud del temblor de reposo – MII	
2.10	Temblo		3.17e	Amplitud del temblor de reposo – Labio/mandíbula	
2.11	Levantarse de la cama		3.18	Persistencia del temblor de reposo	
2.12	Marcha y equilibrio			¿Discinesias presentes?	☐ No ☐ Sí
2.13	Congelación al caminar			¿Estos movimientos interfirieron con la exploración?	☐ No ☐ Sí
3a	¿El paciente toma medicación?	☐ No ☐ Sí		Estadios de Hoehn y Yahr	
3b	Estado clínico del paciente	☐ Off ☐ On	Parte IV		
3c	¿El paciente toma levodopa?	☐ No ☐ Sí	4.1	Tiempo con discinesias	
3.c1	Tiempo desde la última dosis:		4.2	Impacto funcional de las discinesias	
Parte III			4.3	Tiempo en OFF	
3.1	Lenguaje		4.4	Impacto funcional de las fluctuaciones	
3.2	Expresión facial		4.5	Complejidad de las fluctuaciones motoras	
3.3a	Rigidez - Cuello		4.6	Distonias dolorosas en estado OFF	

Disponible en: movementdisorders.org





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaiza Flores" Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°05: MiniMental Test de Folstein

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N° 06: Test de MOCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos
		☐ Contorno ☐ Números ☐ Agujas		___/5
IDENTIFICACIÓN ☐ ☐ ☐				___/3
MEMORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO	Sin puntos	
ATENCIÓN Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. ☐ 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa ☐ 7 4 2				___/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. ☐ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				___/1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. ☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.				___/3
LENGUAJE Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. ☐ Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. ☐				___/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. ☐ _____ (N ≥ 11 palabras)				___/1
ABSTRACCIÓN Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta ☐ tren-bicicleta ☐ reloj-regla				___/2
RECUERDO DIFERIDO Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
Optativo: Pista de categoría Pista elección múltiple				___/5
ORIENTACIÓN ☐ Día del mes (fecha) ☐ Mes ☐ Año ☐ Día de la semana ☐ Lugar ☐ Localidad				___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30 Añade 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestadores y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú-Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°07: Batería de LOTCA

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
DIRECC. DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL DE FUNCIONES MOTORAS
DEPARTAMENTO DE LESIONES CENTRALES
TERAPIA OCUPACIONAL

BATERIA DE LOTCA : HOJA DE PUNTUACIONES

Nombre..... H.C.....

Evaluador..... Fecha.....

SUB-TEST	PUNTOS				COMENTARIOS
	BAJA	ALTA			
A. ORIENTACION					
1. LUGAR	1	2	3	4	
2. TIEMPO	1	2	3	4	
B. PERCEPCION VISUAL					
3. IDENTIFICACION DE OBJETOS	1	2	3	4	
4. IDENTIFICACION DE FORMAS	1	2	3	4	
5. FIGURAS SUPERPUESTAS	1	2	3	4	
6. CONSTANCIA DEL OBJETO	1	2	3	4	
C. PERCEPCION ESPACIAL					
7. DISCRIMINACION DEL PROPIO CUERPO					
8. RELACION ESPACIAL ENTRE OBJETOS					
9. RELACION ESPACIAL CON UN TERCERO	1	2	3	4	
D. PRAXIS					
10. IMITACION MOTORA					
11. UTILIZACION DE OBJETOS					
12. REALIZACION DE ACCIONES SIMBOLICAS	1	2	3	4	
E. ORGANIZACION VISOMOTORA					
13. COPIA DE FORMAS GEOMETRICAS	1	2	3	4	
14. REPRODUCCION DE UN MODELO DE 2 DIMENSION	1	2	3	4	
15. CONSTRUCCION EN UN TABLERO CON AGUJEROS	1	2	3	4	
16. DISEÑO DE UN MODELO CON BLOQUES COLOREADOS	1	2	3	4	
17. DISEÑO CON CUBOS SENCILLOS	1	2	3	4	
18. REPRODUCCION DE UN ROMPECABEZAS	1	2	3	4	
19. DIBUJAR UN RELOJ	1	2	3	4	
F. OPERACIONES RACIONALES					
20. CATEGORIZACION	1	2	3	4	
21. OBJETOS DE RISK A NO ESTRUCTURADO	1	2	3	4	5
22. OBJETOS DE RISK A ESTRUCTURADO	1	2	3	4	5
23. SECUENCIA PICTORICA A	1	2	3	4	
24. SECUENCIA PICTORICA B	1	2	3	4	
25. SECUENCIA GEOMETRICA	1	2	3	4	
* ATENCION Y CONCENTRACION	1	2	3	4	
* TIEMPO EMPLEADO EN SU ADMINISTRACION					
* ADMINISTRADO EN ☐ UNA SESION ☐ DOS O MAS SESIONES					

.....
Lic. T.M.-Terapeuta Ocupacional



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°08: Escala de Barthel

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - JapónDepartamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral de Lesiones Centrales
TERAPIA OCUPACIONAL

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA (VERSION SHAH)

NOMBRE: _____

H.C.: _____

EDAD: _____

FECHAS

BAÑARSE

Independiente	5
Supervisión	4
Ayuda ocasional (lavado, secado, etc.)	3
Asistencia en todos los aspectos del baño	1
Dependencia total	0

VESTIDO

Independiente	10
Mínima ayuda	8
Ayuda para poner o quitar la ropa	5
Gran ayuda (colabora algo)	2
Dependencia total	0

HIGIENE PERSONAL

Independiente	5
Mínima ayuda	4
Moderada ayuda	3
Ayuda continua (colabora algo)	1
Dependencia total	0

USO DEL INODORO

Independiente	10
Supervisión	8
Moderada ayuda (colabora algo)	5
Ayuda continua	2
Dependencia total	0

DEAMBULACIÓN

Independiente	15
Supervisión continua o no camina mayor a 50 metros	12
Ayuda de una persona (ocasional)	8
Ayuda continua de una o más personas	3
Dependencia	0

DESPLAZAMIENTO EN SILLA DE RUEDAS (sólo se usará el ítem "0" en DEAMBULACIÓN o ha sido entrenado en manejo de SR)

Independiente	5
Independiente en terreno regular, ayuda para curvas	4
Supervisión constante, necesita ayuda para ubicarse en mesa, cama, etc.	3
Logra propulsarse cortas distancias pero requiere ayuda en demás aspectos del manejo	1
Dependencia	0

TRANSFERENCIA SILLA / CAMA

Independiente	15
Supervisión	12
Ayuda ocasional de una persona	8
Ayuda continua (colabora algo)	3
Ayuda de dos personas (no colabora)	0





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

SUBIR ESCALERAS	
Independiente (al menos un piso)	10
Supervisión ocasional	8
Supervisión continua o ayuda ocasional	5
Ayuda continua	2
Incapaz de subir escaleras	0

CONTROL DE VEJIGA	
Continente e independiente (bolsa o ayudas)	10
Incontinencia ocasional (menos de 1 / día)	8
Incontinencia nocturna o ayuda con bolsa, pañal, etc.	5
Incontinente día y noche (colabora algo)	2
Incontinente y dependiente: sonda vesical	0

CONTROL INTESTINAL	
Continente e independiente	10
Incontinencia ocasional (1 / sem) ó supervisión en supos., enemas	8
Incontinencia frecuente, se limpia solo, ayuda para supos., pañal	5
Incontinencia frecuente, colabora algo	2
Incontinencia y dependencia total	0

ALIMENTACIÓN	
Independiente	10
Minima ayuda o independiente si le sirven	8
Come solo con supervisión	5
Ayuda de otra persona (puede comer algo)	2
Dependiente ó SNG	0

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

PUNTAJE TOTAL:

--	--	--

LEYENDA
Menos de 20: DEPENDENCIA TOTAL
Entre 20 y 35: DEPENDENCIA GRAVE
Entre 35 y 55: DEPENDENCIA MODERADA
Entre 60 y 90: DEPENDENCIA LEVE
Más de 90: INDEPENDENCIA

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: _____





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°09: Evaluación de Miembros Superiores



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaiza Flores"

Amistad Perú - Japón

Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral de Lesiones Centrales

TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE MIEMBROS SUPERIORES

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

FECHA:

EDAD:

DERECHO		RANGO ARTICULAR		IZQUIERDO	
RMA	RMP			RMP	RMA
		Flexión	H O M B R O		
		Extensión			
		Abducción			
		Rot. Int.			
		Rot. Ext.			
		Abducción horiz.			
		Aducción horiz.			
		Flexión	C O D O		
		Extensión			
		Supinación			
		Pronación			
		Flexión	M U Ñ E C A		
		Extensión			
		Desv. Cubital			
		Desv. Radial			
		Flexión MF	P U L G A R		
		Flexión IF			
		Abducción			
		Flexión MF	D E D O S		
		Extensión MF			
		Flexión IFP			
		Flexión IFD			

RMP	P (parcial)
	C (completo)

RMP: Rango de movimiento pasivo

RMA: Rango de movimiento activo

RMA	0 = no realiza movimiento
	1 = inicia movimiento
	2 = completa movimiento
	3 = movimiento con resistencia

Observaciones:

.....

.....

.....





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°10: Evaluación de la Presión

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - JapónTERAPIA OCUPACIONAL- LESIONES CENTRALES
EVALUACIÓN DE LA PRESIÓN

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

FECHA:

EDAD:

DERECHO		TIPO DE PRESIÓN	IZQUIERDO	
OBSERVACIONES	VALOR		VALOR	OBSERVACIONES
		PALMAR (pelota)		
		DIGITOPALMAR (cilíndrica)		
		TRIDIGITAL (bolita)		
		TERMINOTERMINAL (aguja)	D I G I T A L E S	
		SUBTERMINAL (frijol)		
		LATERAL (cigarrillo)		
		SUBLATERAL (llave)		
		GANCHO (asa de maletín)		
		TOTAL		

EVALUACIÓN DE LA MANO	
ACTITUD:	
EDMA:	
ATROFIA:	
COORDINACIÓN:	

Valores:	
0 = Imposible, ningún valor	
1 = Esbozo de presión	
2 = Incorrecta con tono bajo	
3 = Incorrecta con tono aumentado	
4 = Correcta pero sin fuerza	
5 = Normal	

Evaluación Funcional (TOTAL)	
0 a 9	Mano de sostén
10 a 19	Mano de ayuda, no funcional
20 a 29	Mano semi funcional
30 a 34	Mano funcional
35	Mano normal





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

**Anexo N°11: Recomendaciones para pacientes con enfermedad de
Parkinson en sesiones de rehabilitación**

**NORMAS INTERNAS PARA LA ATENCION DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES EN EL DPTO. DE LESIONES CENTRALES.**

Para el mejor funcionamiento en la atención de rehabilitación integral de los pacientes que iniciaran sus terapias en el Dpto. de Lesiones Centrales, se les da a conocer las siguientes normas internas a cumplir.

1. Sacar con anticipación las citas para consulta médica de evolución.
2. Venir con 30 minutos de anticipación para realizar los trámites de pago en caja, o trámites de hoja FUA.
3. Asistir puntualmente a las citas de consulta y terapias en el horario establecido.
4. El familiar o cuidador que acompañe al paciente, debe tener la información necesaria sobre el problema de salud del paciente, la medicación que toma etc.
5. Tiempo de tolerancia de espera para ingresar a las terapias (terapia física y ocupacional) y consulta será un máximo de 10 minutos, y se brindará solo el tiempo restante de la duración de la terapia y/o consulta (Cada sesión de terapia dura 60 minutos), pasado ese tiempo no se atenderá y se considera falta.
6. En caso de imposibilidad de asistir el paciente a consulta médica y/o terapias, comunicarse a primera hora a los teléfonos que se indica: 7173200 – 7173302 Consultorio Médico (anexo 1520), Servicio Social (Anexo 1326), Terapia Ocupacional (Anexo 1528), terapia Física (Anexo 1527)
7. Durante el ciclo de terapias, se permitirá hasta dos faltas justificadas (por un problema de salud, consulta médica en otro establecimiento, etc.), caso contrario será retirado de los horarios, y para retomar las terapias deberá sacar por admisión una consulta médica.
8. La inasistencia justificada en un ciclo de terapias no se recupera.
9. Antes de venir a terapias el paciente debe haber tomado la medicación indicada por su médico tratante.
10. Traer al paciente con ropa adecuada para las terapias (buzo, short, polo de algodón, medias blancas de algodón, zapatillas (del tipo que se le recomiende), otros: (polo para cambiarse, toalla, pañal etc.), correctamente aseado.

Obligatorio cumplir con las normas de bioseguridad, uso de doble mascarilla, lavado de manos frecuente.
11. En caso se le indique al familiar o cuidador acompañar al paciente durante las terapias, se realizará para recibir pautas de manejo en casa, y ayudar en la ejecución de los ejercicios.
12. El familiar, para ingresar a terapias apagará su celular, no puede tomar fotos ni filmar sin autorización.
13. Está prohibido introducir en el Servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.
14. En casa cumplir con las pautas de mantenimiento brindadas en las terapias.





PERÚ
Ministerio
de Salud

Ministerio de Salud
Dirección General de
Atención Primaria y Salud
Unidad Ejecutiva de Rehabilitación

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo N°12: Ficha de monitoreo y adherencia a la Guía Técnica de pacientes con Enfermedad de Parkinson:
FICHA DE MONITOREO Y ADHERENCIA A LA GUÍA TÉCNICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Paciente:		Edad:			
Sexo:	☐ M ☐ F	N° de Historia clínica:			
Fecha de primera consulta en Rehabilitación	//	Fecha de aplicación de Ficha de monitoreo		//	
¿El paciente ha culminado el Programa de Rehabilitación de Enfermedad de Parkinson?		Sí No No aplica		SI () NO ()	
Ítem				Observaciones	
En la primera atención por el Médico Rehabilitador, ¿Se realiza al paciente al menos una Evaluación de su capacidad funcional?	Escala de Hoehn y Yahr				
	Escala de Webster				
	MDS-UPDRS III				
En la primera atención por el Médico Rehabilitador, ¿Se realiza al paciente al menos un test de Evaluación cognitiva?	Minimental Test de Folstein				
	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)				
	Número total de sesiones indicadas				
En las sesiones de terapia física indicadas. ¿Se cumplen los parámetros establecidos en la Guía Técnica?	Frecuencia de terapias				
	Ciclo de terapias				
	Número total de sesiones indicadas				
En las sesiones de terapia ocupacional indicadas. ¿Se cumplen los parámetros establecidos en la Guía Técnica?	Frecuencia de terapias				
	Ciclo de terapias				
	Número total de sesiones indicadas				
¿El paciente recibió atención por Psicología?					
¿El paciente recibió atenciones por Servicio Social?					
PUNTAJE TOTAL		/		PORCENTAJE:	

*Los ítems "No aplica" no suman al total. En observaciones se agregaría que pruebas se hicieron o alguna especificación que se haya encontrado en relación a los ítems evaluados.



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Simon DK, Tanner CM, Brundin P. Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics and Pathophysiology. Clin Geriatr Med. febrero de 2020;36(1):1-12.
2. Bhat S, Acharya UR, Hagiwara Y, Dadmehr N, Adeli H. Parkinson's disease: Cause factors, measurable indicators, and early diagnosis. Comput Biol Med. 1 de noviembre de 2018;102:234-41.
3. Bloem BR, Okun MS, Klein C. Parkinson's disease. The Lancet. 12 de junio de 2021;397(10291):2284-303.
4. Ben-Shlomo Y, Darweesh S, Llibre-Guerra J, Marras C, Luciano MS, Tanner C. The epidemiology of Parkinson's disease. The Lancet. 20 de enero de 2024;403(10423):283-92.
5. Morris HR, Spillantini MG, Sue CM, Williams-Gray CH. The pathogenesis of Parkinson's disease. The Lancet. 20 de enero de 2024;403(10423):293-304.
6. Condor IR, Atencio-Paulino JI, Contreras-Cordova CR. Características clínico epidemiológicas de la enfermedad de parkinson en un hospital nacional de la sierra peruana. Rev Fac Med Humana. octubre de 2019;19(4):14-21.
7. Sveinbjornsdottir S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. J Neurochem. 2016;139(S1):318-24.
8. Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Mov Disord Off J Mov Disord Soc. octubre de 2015;30(12):1591-601.
9. Greenland JC, Barker RA. Table 1, The clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease, based on the Movement Disorder Society guidelines [Internet]. Codon Publications; 2018 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536715/table/Ch6-t0001/>
10. Greenland JC, Barker RA. The Differential Diagnosis of Parkinson's Disease. En: Stoker TB, Greenland JC, editores. Parkinson's Disease: Pathogenesis and Clinical Aspects [Internet]. Brisbane (AU): Codon Publications; 2018 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536715/>
11. Lewis MM, Harkins E, Lee EY, Stetter C, Snyder B, Corson T, et al. Clinical Progression of Parkinson's Disease: Insights from the NINDS Common Data Elements. J Park Dis. 2020;10(3):1075-85.
12. Qureshi AR, Jamal MK, Rahman E, Paul DA, Oghli YS, Mulaffer MT, et al. Non-pharmacological therapies for pain management in Parkinson's disease: A systematic review. Acta Neurol Scand. agosto de 2021;144(2):115-31.
13. Wagle Shukla A, Malaty IA. Botulinum Toxin Therapy for Parkinson's Disease. Semin Neurol. abril de 2017;37(2):193-204.
14. Grippe T, Chen R. Botulinum toxin in the management of parkinsonian disorders. Toxicon. 15 de agosto de 2023;232:107209.
15. Tambasco N, Nigro P, Mechelli A, Duranti M, Parnetti L. Botulinum Toxin Effects on Freezing of Gait in Parkinson's Disease: A Systematic Review. Toxins. 3 de noviembre de 2024;16(11):474.
16. Gandolfi M, Artusi CA, Imbalzano G, Camozzi S, Crestani M, Lopiano L, et al. Botulinum Toxin for Axial Postural Abnormalities in Parkinson's Disease: A Systematic Review. Toxins. 15 de mayo de 2024;16(5):228.



**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

17. Jabbari B, Comtesse SM. Botulinum Toxin Treatment of Motor Disorders in Parkinson Disease-A Systematic Review. *Toxins*. 17 de enero de 2023;15(2):81.
18. Eslamian F, Dolatkhan N, Fallah L, Jahanjoo F, Toopchizadeh V, Talebi M. Effectiveness of Botulinum Toxin on Hand Tremor Intensity and Upper Limb Function in Patients with Parkinson's Disease: Results of a Systematic Review. *Tremor Hyperkinetic Mov N Y N*. 2023;13:27.
19. Yang Y, Zhang T, Liu L, Shan L, Hu X, Yang L, et al. Efficacy and safety of botulinum toxin for treating motor dysfunction in patients with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 16 de junio de 2023;13(6):e060274.
20. Yang CL, Huang JP, Tan YC, Wang TT, Zhang H, Qu Y. The effectiveness and safety of botulinum toxin injections for the treatment of sialorrhea with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pharmacol Toxicol*. 12 de octubre de 2023;24(1):52.
21. Lagalla G, Millevolte M, Capecci M, Provinciali L, Ceravolo MG. Botulinum toxin type A for drooling in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc*. mayo de 2006;21(5):704-7.
22. Lagalla G, Millevolte M, Capecci M, Provinciali L, Ceravolo MG. Long-lasting benefits of botulinum toxin type B in Parkinson's disease-related drooling. *J Neurol*. 1 de abril de 2009;256(4):563-7.
23. Jost WH, Friedman A, Michel O, Oehlwein C, Slawek J, Bogucki A, et al. SIAXI: Placebo-controlled, randomized, double-blind study of incobotulinumtoxinA for sialorrhea. *Neurology*. 23 de abril de 2019;92(17):e1982-91.
24. Chinnapongse R, Gullo K, Nemeth P, Zhang Y, Griggs L. Safety and efficacy of botulinum toxin type B for treatment of sialorrhea in Parkinson's disease: A prospective double-blind trial. *Mov Disord*. 2012;27(2):219-26.
25. Sturkenboom IHWM, Graff MJ, Borm GF, Adang EMM, Nijhuis-van der Sanden MWG, Bloem BR, et al. Effectiveness of occupational therapy in Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2 de febrero de 2013;14:34.
26. Dixon L, Duncan D, Johnson P, Kirkby L, O'Connell H, Taylor H, et al. Occupational therapy for patients with Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 de julio de 2007;2007(3):CD002813.
27. Sturkenboom IH, Graff MJ, Borm GF, Veenhuizen Y, Bloem BR, Munneke M, et al. The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled feasibility study. *Clin Rehabil*. febrero de 2013;27(2):99-112.
28. Gandhi KR, Saadabadi A. Levodopa (L-Dopa). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 16 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482140/>
29. Slouha E, Ibrahim F, Esposito S, Mursuli O, Rezazadah A, Clunes LA, et al. Botulinum Toxin for the Management of Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Cureus*. 16(1):e53309.
30. Caniça V, Bouça-Machado R, Rosa MM, Ferreira JJ. Adverse Events of Physiotherapy Interventions in Parkinsonian Patients. *Mov Disord Clin Pract*. 25 de mayo de 2022;9(6):744-50.
31. De Pablo-Fernández E, Lees AJ, Holton JL, Warner TT. Prognosis and Neuropathologic Correlation of Clinical Subtypes of Parkinson Disease. *JAMA Neurol*. 1 de abril de 2019;76(4):470-9.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludInstituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaiza Flores"
Amistad Perú - Japón

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD DE PARKINSON DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAIZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN**

32. Allen NE, Canning CG, Almeida LRS, Bloem BR, Keus SH, Löfgren N, et al. Interventions for preventing falls in Parkinson's disease. Cochrane Database Syst Rev. 6 de junio de 2022;6(6):CD011574.
33. Fanciulli A, Sixel-Döring F, Buhmann C, Krismer F, Hermann W, Winkler C, et al. Diagnosis and treatment of autonomic failure, pain and sleep disturbances in Parkinson's disease: guideline "Parkinson's disease" of the German Society of Neurology. J Neurol. 2025;272(1):90.
34. Patel B, Legacy J, Hegland KW, Okun MS, Herndon NE. A comprehensive review of the diagnosis and treatment of Parkinson's disease dysphagia and aspiration. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. junio de 2020;14(6):411-24.
35. Parkinsonism: onset, progression and mortality - PubMed [Internet]. [citado 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6067254/>

