



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU
ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CONSULTA
EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL TEODORO
MALDONADO CARBO; JULIO 2017 A ENERO 2018.**

AUTOR (ES):

**Plúas Burgos, Susana
Zuñiga Vinueza, Andrea**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán

**Guayaquil, Ecuador
2 DE MAYO DEL 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Plúas Burgos Susana**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

GUAYAQUIL, A LOS 2 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Zuñiga Vinuesa Andrea**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

GUAYAQUIL, A LOS 2 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MCIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Plúas Burgos Susana**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO; JULIO 2017 A ENERO 2018**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

GUAYAQUIL, A LOS 2 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

EL AUTOR (A)

f. _____
Plúas Burgos Susana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Zuñiga Vinueza Andrea**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO; JULIO 2017 A ENERO 2018**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

GUAYAQUIL, A LOS 2 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

EL AUTOR (A)

f. _____
Zuñiga Vinueza Andrea



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Plúas Burgos Susana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO; JULIO 2017 A ENERO 2018.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**GUAYAQUIL, A LOS 2 DÍAS
DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018**

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Pluas Burgos Susana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Zuñiga Vinueza Andrea**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO; JULIO 2017 A ENERO 2018.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

GUAYAQUIL, 2 DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2018

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Zuñiga Vinueza Andrea

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento se dirige a quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez.

También agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado en ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro. No ha sido sencillo el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.

Agradezco a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, mucho de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.

ATENTAMENTE:

- **Pluas Burgos Susana Beatriz**
- **Zúñiga Vinuesa Andrea Marina**

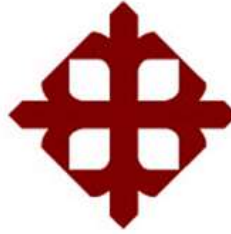
DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada a Dios ya que gracias al he logrado concluir mi carrera.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

ATENTAMENTE:

- **Pluas Burgos Susana Beatriz**
- **Zúñiga Vinuesa Andrea Marina**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Mayo Galban Caridad Isabel
TUTOR

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

ÍNDICE

Contenido	
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS.....	4
MARCO TEÓRICO	6
ENFERMEDAD DE PARKINSON: CONCEPTOS	6
Epidemiología	6
Fisiopatología.....	7
Clínica.....	8
Diagnóstico	11
Diagnóstico Diferencial	13
Tratamiento.....	13
Tratamiento Farmacológico	15
CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON	19
MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
Muestra:.....	20
Criterios de inclusión:.....	21
Criterios de exclusión:.....	21
Operacionalización de las variables.....	21
Técnicas y procedimientos de obtención de la información	22
Técnicas y procedimientos de análisis de la información	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN	29

CONCLUSIÓN	31
RECOMEDACIONES	32
ANEXOS	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

Índice de Tablas

TABLA 1.- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON SEGÚN EL SEXO	24
TABLA 2.- MEDIDAS DE RESUMEN PARA LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PARKINSON.....	25
TABLA 3.- PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON	26
TABLA 4.- ASOCIACIÓN ENTRE ANHEDONIA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON	27
TABLA 5.- ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LÍBIDO Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	27
TABLA 6.- ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	28
TABLA 7.- PREVALENCIA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	28
TABLA 8.- ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y NÚMERO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS REFERIDOS POR PACIENTES	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Distribución de Pacientes con Enfermedad de Parkinson Acorde al Sexo.....	37
Gráfico 2.- Prevalencia de Síntomas Depresivos en Casos de Enfermedad de Parkinson.....	38
Gráfico 3.- Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad de Parkinson ...	38

ABSTRACT

Parkinson's disease is one of the most common among neurodegenerative diseases, which consists of the degeneration of the substantia nigra, still unknown its exact etiology, but producing chronic disorders at the level of the Central Nervous System and functional capacity and quality of life from the patients.

The quality of life of the patients is a subject on which some misgivings are maintained, since Parkinson's disease is associated with a serious impairment in the functional status of the patient and even the caregiver.

Parkinson's disease is a type of movement disorder. It occurs when nerve cells do not produce enough of an important chemical in the brain, known as dopamine. It usually starts around the age of 60, but it may appear before and until now a cure for Parkinson's disease has not been discovered.

Through this research work, we aim to determine the quality of life of patients with Parkinson's Disease, as well as the depressive symptoms present in them according to their epidemiological characteristics. A higher prevalence was determined in male patients and a peak incidence between 59 and 61 years of age.

It is important to emphasize that one of the positive points of this study is that, despite being limited among an age range, it has a good number of patients, so the results are statistically significant. However, because it is limited to a single hospital center, it does not reflect the reality of patients nationwide.

Regarding the prevalence of depressive symptoms, the main factors determined by patients are anhedonia, sleep disorders and decreased libido, present in at least 1 in two cases each. In the same way, it was reported by the study published by the Journal Neurology, in which these symptoms were established as the predominant ones of psychiatric and depressive characteristics.

Palabras Claves: Parkinson, Depression, Sleep disorders, Anhedonia, Libido, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es una de las más comunes entre las enfermedades neurodegenerativas, la cual consiste en la degeneración de la sustancia negra, desconociéndose aún su etiología exacta, pero produciendo trastornos crónicos a nivel del Sistema Nervioso Central y la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes. ⁽¹⁾

La calidad de vida de los pacientes es un tema sobre el cual se mantiene cierto recelo, puesto que se asocia a la Enfermedad de Parkinson con una afectación grave en el estado funcional del paciente e incluso del cuidador. ^(2,3)

La enfermedad de Parkinson es un tipo de trastorno del movimiento. Se produce cuando las células nerviosas no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro, conocida como dopamina. Suele comenzar alrededor de los 60 años, pero puede aparecer antes y hasta el momento no se ha descubierto una cura para la enfermedad de Parkinson. ^(1,2)

En Latinoamérica, se han desarrollado varias investigaciones acerca de esta enfermedad, analizándose en varias revistas de Neurología, así como en la inclusión de este tema en la Revista Panamericana de Neuropsicología y el Análisis de sus Guías de Práctica Clínica como la realizada en México en el 2016. En México también se han realizado estudios de Calidad de vida en estos pacientes. ^(1, 2,3)

En Sudamérica, se han encontrado estudios acerca de esta enfermedad y su implicación en la calidad de vida de los pacientes, como la realizada en Perú en el año 2016 y en Chile en el año 2014. A nivel de Ecuador, no se han encontrado artículos con respecto a esta enfermedad, a pesar del desarrollo de vías de tratamiento y enfoque hacia la misma. (4, 5)

PROBLEMA CIENTIFICO

¿Existe impacto en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson debido a la presencia de sintomatología depresiva en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el período entre Julio del 2017 a Enero del 2018?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson y su asociación con Síntomas Depresivos en la Consulta Externa de Neurología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo de Julio del 2017 a Enero del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar a los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson según el sexo.
2. Describir la edad de los pacientes en la cual se presenta con mayor frecuencia esta enfermedad y su asociación con la calidad de vida.
3. Analizar la existencia de Síntomas Depresivos en los pacientes, su asociación con el sexo y la calidad de vida de los mismos.
4. Determinar la calidad de vida que mayormente se evidencia en estos pacientes, relacionado con el sexo.

HIPÓTESIS

La calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Parkinson está íntimamente relacionada con factores como: edad avanzada, sexo masculino y presencia de Síntomas Depresivos.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ENFERMEDAD DE PARKINSON: CONCEPTOS

Epidemiología

La enfermedad de Parkinson es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente en el mundo por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Se estima que aproximadamente un 3% de los pacientes entre 65 años de edad en adelante sufren de esta patología. ⁽¹⁾

Los datos epidemiológicos en el Ecuador son escasos, no se han encontrado estudios acerca de la prevalencia de esta enfermedad en el país y los datos de referencia provienen de otros países latinoamericanos como Chile, Argentina y Colombia. No obstante, los movimientos anormales e involuntarios constan como una de las causas más frecuentes de consulta neurológica a nivel Latinoamericano y Mundial. ⁽²⁾

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica y degenerativa, afectando no solamente al paciente sino a su entorno familiar y social. Consta de un conjunto de afecciones psicológicas y emocionales, así como genera un elevado gasto económico que debe ser asumido por el paciente y su familia. Esta enfermedad posee varias etapas entre las que se combinan sentimientos de insatisfacción y en algunos casos, depresión, llegando a producir conflictos en el entorno familiar, produciendo alteraciones en la

convivencia y en la calidad de vida del paciente y de las personas que lo rodean también. ⁽⁵⁾

Fisiopatología

En el desarrollo de la enfermedad de Parkinson intervienen muchos factores, tanto genéticos y ambientales, por lo que se la conoce como una enfermedad de etiología multifactorial. A nivel genético se encuentra la mutación de varios genes como la alfa – sinucleína, la cual participa en el almacenamiento de neurotransmisores en las vesículas sinápticas, así también como alteración en los genes DJ-1, PINK1, LRRK2 y ATP13A2. La herencia de las mutaciones en los genes de alfa-sinucleína y LRRK2 son de tipo autosómica dominante. ⁽³⁾

Existe un progreso constante en el proceso de eliminación de neuronas de tipo dopaminérgicas y de tipo catecolaminas como actividad fisiológica normal en las personas, por lo que se considera hay un proceso autodestructivo normal. La oxidación de catecolaminas por vía no enzimática da como resultado liberación de peróxido de hidrógeno, principal precursor de la formación de radicales libres, los cuales pueden desencadenar en efectos tóxicos a nivel celular. ⁽³⁾

La afectación de las neuronas de tipo dopaminérgicas resulta en daños a nivel del sistema conformado por la sustancia negra y la acción dopaminérgica de las neuronas de este tipo. De igual manera se origina una degeneración neuronal total en el sistema nervioso central, afectando estructuras no relacionadas a la sustancia negra, por lo que aparece sintomatología de tipo no motora. ⁽³⁾

Consecuentemente, se ven afectadas neuronas pertenecientes al locus coereuleus, neuronas que conforman el tracto olfatorio, las pertenecientes a los ganglios, tanto parasimpáticos como simpáticos y núcleos como el dorsal del vago y de la región subcortical.

Clínica

Esta patología afecta principalmente a personas en rangos de edad entre los 50 y 60 años, con un desarrollo insidioso que dura de 10 a 20 años desde su aparición. Los síntomas iniciales se desarrollan de manera lenta, lo que dificulta establecer el inicio de la patología. Estos síntomas son considerados los premotores, y pueden estar presentes durante muchos años antes del desarrollo de los considerados motores, característicos de esta enfermedad. Entre estos destacan la astenia, rigidez, disautonomía, alteraciones en la función gastrointestinal y urinaria, acompañado de síntomas neuropsiquiátricos como las alteraciones del estado de ánimo y la aparición de insomnio, ya sea temprano o tardío. ⁽⁴⁾

En la fase que engloba los síntomas de tipo motor, los principales son el temblor, la rigidez, la lentitud en los movimientos representada como bradiscinesia o incluso acinesia y las alteraciones posturales en el paciente. A su vez, es importante recalcar que las múltiples manifestaciones no relacionadas al sistema motor que se observan con mucha frecuencia y son los principales causales de la disminución de la calidad de vida de los pacientes, entre los que se encuentran trastornos del sueño, alteraciones cognitivas, irascibilidad, disfunción autonómica, entre otros. ⁽¹⁻³⁾

Temblor

El temblor es frecuentemente presente en reposo, originado como consecuencia de una contracción a ritmo lento de los grupos musculares agonistas y los antagonistas. Se encuentra principalmente en grupos musculares distales, con predominancia en las extremidades superiores, pero sin dejar de lado la afección en mentón y en algunos casos, lengua y miembros inferiores. Lo caracteriza el hecho que desaparece conforme se realiza el movimiento y reaparece o se reagudiza cuando el paciente retorna al estado de reposo.

Se ve muy afectado por el estado de alerta del paciente, encontrándose mayormente presente cuando el paciente presenta crisis de ansiedad y que cese durante el sueño. ^(4,5)

Rigidez

Esta consiste en el aumento del tono muscular al momento de realizarse movimientos pasivos en las extremidades, pudiendo ser de tipo sostenida al estar presente durante todo el tiempo de desplazamiento, en el que se lo denomina "rigidez en tubo de plomo". Ésta generalmente es más frecuente en las regiones distales de las extremidades y suele encontrarse mayormente en las articulaciones de la muñeca y del tobillo. Su evaluación se realiza mediante el movimiento pasivo de las diferentes articulaciones, encontrándose el paciente con las extremidades relajadas. Cuando es necesario utilizarse más fuerza de lo normal para realizar el movimiento de la articulación en un rango determinado, se lo define como rigidez. En caso que la rigidez se encuentre con interrupciones rítmicas, se lo denomina

como “rigidez en rueda dentada”, donde la hipertonía se asocia al temblor postural característico de los pacientes, que afecta a dicha extremidad. (4, 5)

Alteraciones de Movimiento

Se denomina como bradicinesia o acinesia a la disminución de velocidad presente al momento de ejecutar un movimiento, con la reducción conjunta de manera progresiva de la amplitud y velocidad de los movimientos repetitivos. Se da a causa de una falta de expresividad a nivel motor, con la patognomónica presencia de una fascie inexpresiva y disminución de la frecuencia de parpadeo o incluso ausencia de él. Por esta razón afecta el habla, con una disminución del volumen, así como produce alteraciones en la masticación y deglución, como resultado de la afección de los grupos musculares que en ella participan. (5,6)

Alteraciones Posturales

Se presentan como posturas en flexión de miembros, tanto superiores como inferiores, y el tronco. Se ven afectados los reflejos posturales y los asociados al enderezamiento, pudiendo provocar caídas y alteraciones al momento de la marcha, con el cuerpo del paciente inclinado hacia delante y con pasos cortos.

El síntoma más frecuentemente encontrado es el temblor en reposo, presente en aproximadamente 1 de cada 2 pacientes con esta enfermedad. Seguido por las alteraciones en la marcha, la cual generalmente comienza con una extremidad hasta desarrollar las alteraciones posturales del tronco.

El tercer síntoma en orden de frecuencia es la bradiscinesia, que resulta en un síntoma característico del Parkinson, el cual es la micrografía. ⁽⁶⁾

Las manifestaciones clínicas están sumamente relacionadas a la pérdida de la sustancia negra y su severidad, la cual debe estar reducida entre un 70 a 90% para que se desarrollen las manifestaciones clínicas variadas y una pérdida del 60% de neuronas dopaminérgicas para que se desarrolle el primer síntoma. Los primeros síntomas en aparecer son los no motores, entre los que destacan los autonómicos como el estreñimiento e hiposmia, presentes en un 90% de pacientes. ^(4,6)

Diagnóstico

El progreso científico desarrollado en las últimas décadas, dentro del campo de la biología molecular, la bioquímica, la fisiología, los estudios de neuroimagen y la genética asociados a la enfermedad del Parkinson, han influido en un incremento del conocimiento de esta enfermedad que han posibilitado un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes que la padecen. Paralelamente con los estudios clínico-patológicos que se realizaron a enfermos de EP, se plantearon variados criterios clínicos con el propósito de aumentar la exactitud en el diagnóstico y en lo posible, evitar equivocaciones en los estudios clínicos y epidemiológicos realizados. ⁽⁷⁾

El diagnóstico se realiza fundamentalmente enfocado en el estudio y correspondiente análisis de los síntomas, así como de los antecedentes patológicos del paciente, en conjunto con la evaluación física y complementado con datos de biomarcadores y neuroimagen. Además, se ha establecido la tolerancia y mejoría del cuadro sintomático del paciente con el

tratamiento de fármacos de acción dopaminérgica como parte fundamental también del diagnóstico de la enfermedad. ⁽⁸⁾

Se han determinado los siguientes criterios para el diagnóstico clínicamente definitivo de enfermedad de Parkinson en los pacientes: ^(9, 10)

- 1) Presencia de al menos dos o más de los siguientes síntomas motores asociados a la enfermedad con al menos un año de duración:
 - a) Temblor en reposo
 - b) Rigidez muscular
 - c) Disminución en la respuesta motora o bradiscinesia

- 2) Respuesta y mejoría clínica posterior al inicio del tratamiento con levodopa dosis mínima diaria de un gramo durante el transcurso de un mes, que produzca: ^(9, 10)
 - a) Mejoría clínica marcada en el paciente
 - b) Duración de la mejoría de mínimo un año

Estos criterios de diagnóstico clínico de Enfermedad de Parkinson, han demostrado poseer una sensibilidad diagnóstica en un nivel muy alto como parte del proceso de identificación de esta enfermedad, logrando un rango específico del 75–92%. Aunque la convalidación histopatológica no se logra obtener mientras el paciente vive, generalmente en la mayor cantidad de los casos que se obtiene, se realizaron post-mortem. ⁽¹⁰⁾

Entre los exámenes de gabinete, se destaca el estudio de neuroimagen como una herramienta útil en el proceso diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson. En la actualidad, se recomienda la combinación de los estudios de imagen como complementario a una sospecha diagnóstica obtenida a

través de la clínica del paciente, basándose en la anamnesis clínica, la exploración neurológica y el seguimiento del paciente posterior al inicio del tratamiento. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico Diferencial

Existen múltiples trastornos degenerativos a nivel del sistema nervioso central que pueden simular las manifestaciones clínicas presentes en la enfermedad de Parkinson, entre las cuales se destacan la demencia asociada a la presencia de cuerpos de Lewy, la atrofia multisistémica y la parálisis de pares craneales y nervios motores periféricos. Estas disfunciones afectan entre el 9 y 33% de los pacientes en los que cree tengan EP. En lo mencionados casos, el diagnóstico que diferencie la EP y otros trastornos que producen el parkinsonismo se vuelve difícil, principalmente en los periodos evolutivos tempranos de la enfermedad, cuando se superponen los signos y los síntomas. ^(12, 13)

Tratamiento

Hasta el momento, no se ha definido una cura específica para la enfermedad de Parkinson, y tampoco se dispone de un tratamiento seguro que sea efectivo para detener su avance y su agravamiento. Sin embargo, existen medicamentos que se han demostrado pueden ayudar a controlar y reducir la intensidad de los síntomas, en algunos casos, de manera muy significativa. En otros casos donde la enfermedad ha avanzado aceleradamente y el daño hacia la calidad de vida del paciente es muy grande, se recomienda realizar una intervención quirúrgica. ⁽¹⁴⁾

También existe un abordaje y tratamiento no farmacológico, en el cual se recomienda al paciente implementar una serie de cambios en su estilo de vida, como la realización de ejercicios aeróbicos de manera continua. De igual manera es altamente recomendado, y con un beneficio importante en ciertos casos, la realización de fisioterapia, la cual se centra en el equilibrio y el estiramiento muscular. Un logopeda podría ser de gran ayuda también, ya que puede mejorar los problemas que surgen en el habla. ⁽¹⁵⁾

En cuanto a la terapia farmacológica de la Enfermedad del Parkinson, ésta en la actualidad se encuentra dirigido específicamente con la finalidad de mejorar los síntomas que se derivan de la pérdida y muerte neuronal progresiva característica de esta enfermedad. Razón principal por la que los pacientes que padecen esta enfermedad deben ingerir de por vida fármacos antiparkinsonianos, teniendo como única variable acorde a su grado de respuesta, la dosis y la combinación de fármacos que deba tomar. El tratamiento va enfocado a reducir la intensidad tanto de los síntomas motores como de los no motores, puesto que a pesar de no ser tan llamativos, éstos generalmente son los que están más asociados a discapacidad del paciente. ^(16,17)

Una vez iniciado el tratamiento contra la enfermedad de Parkinson, se puede evidenciar una mejoría clínica pronta y de manera eficaz, con la desventaja que conforme avanza el tiempo los beneficios asociados a los fármacos indicados pierden su intensidad o su constancia, pero manteniendo el control y regulación de los síntomas, otorgando un buen estado de salud en el paciente. Solo en el caso donde la EP es avanzada, la preocupación que se debe tener se relacionan con los efectos secundarios a largo plazo a

consecuencia de la medicación dopaminérgica y los síntomas motores y no motores que no reaccionan al levodopa. ⁽¹⁷⁾

Tratamiento Farmacológico

Carbidopa-Levodopa

Hasta el momento, se ha determinado a la levodopa como el medicamento que posee mayor eficacia contra la Enfermedad de Parkinson. Ésta es una sustancia química que al ingresar al cerebro se convierte en dopamina. La levodopa se combina generalmente con otro fármaco, la carbidopa, la cual tiene como función principal evitar la transformación de la levodopa en dopamina antes de atravesar la barrera hematoencefálica. ⁽¹⁸⁾

Esta combinación se realiza con el fin de disminuir la intensidad y en algunos casos prevenir por completo el desarrollo de efectos secundarios asociados a acción dopaminérgica fuera del sistema nervioso tales como la hipotensión ortostática o las náuseas. Se ha demostrado que, en base a la cronicidad del tratamiento, y con una progresión de la enfermedad perenne, los beneficios que provee el tratamiento con levodopa disminuyen en un cierto grado, pero manteniendo el control de la sintomatología. Sin embargo, se ha demostrado que, con poca frecuencia, el paciente puede experimentar ciertas alteraciones como discinesias al momento de ajustar la dosis con el fin de reducir los síntomas. ⁽¹⁸⁾

Infusión de carbidopa-levodopa.

Recientemente aprobado por la FDA, se comercializó en principios del 2016, un medicamento compuesto por los fármacos carbidopa y levodopa, pero con administración directa al intestino delgado a través de sondas de

alimentación en el paciente, con el fin de mantener los niveles séricos de estos fármacos a la par y reducir las variaciones y sus posibles efectos adversos o fracaso terapéutico. ⁽¹⁹⁾

Se encuentra indicado principalmente para pacientes cuya Enfermedad de Parkinson haya sido detectada de manera tardía y haya progresado considerablemente o en casos donde la respuesta al tratamiento convencional con los mismos fármacos varía constantemente, generalmente a causa de trastornos metabólicos que alteren su absorción. ⁽¹⁹⁾

Agonistas de dopamina.

A diferencia del tratamiento convencional con levodopa, los agonistas de la dopamina no requieren ningún proceso de transformación, puesto que consisten en sustancias que mimetizan la acción de la dopamina en los receptores dopaminérgicos encontrados a nivel del sistema nervioso central. Estos fármacos no tienen una eficacia elevada como la levodopa en combinación con la carbidopa, pero se ha evidenciado una mayor duración posterior a su administración y una dosificación más espaciada. Tienen como principal desventaja que no son tan eficaces como la levodopa, por lo que se recomienda su utilización en conjunto con la misma, con el fin de reducir las irregularidades que se presentan en el control de la sintomatología asociada a la misma. ⁽²⁰⁾

Sus efectos secundarios son similares a los ocasionados por la carbidopa-levodopa, aunque incluyen otros síntomas de predominio neuropsiquiátrico como son las alucinaciones auditivas, el desarrollo de somnolencia y comportamientos compulsivos como aumento del apetito, adicción al juego o la hipersexualidad. ⁽²⁰⁾

Inhibidores de la enzima monoamino oxidasa tipo B

Este grupo de fármacos tiene como función principal evitar la sintetización y posterior eliminación de la dopamina a nivel del sistema nervioso central, la cual se encuentra mediada por la acción de la enzima monoamino oxidasa de tipo B. En este grupo se encuentran la seligilina y rasagilina. Tienen como efecto secundario el desarrollo de náuseas o trastornos del sueño como el insomnio, tanto temprano como tardío. Se ha demostrado que, en tratamiento conjunto con carbidopa-levodopa, el riesgo de desarrollar alucinaciones incrementa hasta en un 50%. No es usual que se combinen con la mayoría de antidepresivos o con ciertos narcóticos ya que podrían sufrir graves reacciones, aunque no muy comunes. ⁽²¹⁾

Anticolinérgicos.

Fueron usados durante muchos años como método farmacológico para el control de los temblores en reposo relacionados con la enfermedad de Parkinson. En la actualidad se encuentran disponibles varios medicamentos como la benztropina o el trihexifenidilo para su tratamiento.

Sin embargo, no se recomienda su aplicación puesto que tiene múltiples efectos secundarios asociados como son la confusión, alucinaciones auditivas y visuales, así como alteración en la memoria en conjunto con anhidrosis y xerostomía. ⁽²²⁾

Tratamiento de los síntomas no motores.

Se ha demostrado que la Enfermedad de Parkinson afecta muchas estructuras cerebrales, produciendo diferentes tipos de condiciones en los pacientes, indistintamente de si sean de tipo motor o no. Durante los últimos

años se ha tenido muy presente los síntomas no motores en los pacientes, ya que se ha logrado comprobar que estos son los que poseen un mayor impacto en su calidad de vida, lo que convierte en primordial poder identificarlos con el fin de aplicar un tratamiento que alivien y mejoren lo más posible al paciente. ⁽²³⁾

Los síntomas no motores son:

- Alteraciones del sueño: Somnolencia o insomnio y alteración del sueño en etapa REM
- Alteraciones del sistema nervioso autónomo como estreñimiento, hipotensión ortostática o urgencia miccional.
- Trastornos de ánimo y conducta como depresión, irritabilidad y en ciertos casos crisis de ansiedad
- Trastorno cognitivo como demencia o alteraciones de la memoria y en casos de Enfermedad de Parkinson grave, se evidencia delirio en los pacientes.

Para el tratamiento de estos síntomas los fármacos más utilizados son las benzodiazepinas, puesto que han demostrado mayor eficacia en la reducción de esta sintomatología y los efectos adversos asociados a los fármacos de primera línea como son la levodopa y los agonistas de la dopamina. Se recomienda aplicarlo concomitantemente al tratamiento con dopaminérgicos y ajustar la dosis posterior a las 12 semanas de haber iniciado el mismo, con el fin de evitar efectos adversos asociados a este grupo de medicamentos. ⁽²³⁾

CAPITULO II

CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

Existe un cuestionario especializado para evaluar el estado de los pacientes con Enfermedad de Parkinson, el cual es el PDQ-39 o Parkinson Disease Questionnaire – 39, el cual determina, a través de 39 preguntas dispuestas en 8 diferentes grupos, la capacidad funcional del paciente y por ende, el impacto en la calidad de vida que ha producido la Enfermedad de Parkinson en estos pacientes.⁽²⁴⁾

Este cuestionario, utilizado mundialmente para la evaluación de la enfermedad a pesar de la presencia de otros más cortos pero genéricos, tiene como fin determinar una incapacidad funcional del paciente a través de lo que ellos refieren. Es decir, no limitarse a determinar la calidad de vida que el mismo posee en base a lo que el médico evalúe al realizar el seguimiento, sino a lo que el paciente determine en cuanto a sus actividades diarias y su capacidad para realizarlas. ⁽²⁴⁾

Así mismo se ha determinado a la depresión como una alteración frecuente en personas que padecen la enfermedad de Parkinson y con alto impacto en la calidad de vida. En este punto se recomienda la utilización de los medicamentos antidepresivos, especialmente tricíclicos como la amitriptilina, los cuales pueden ayudar a aliviar los síntomas de la depresión y permitir un mejor desenvolvimiento del paciente. ⁽²⁵⁾

METODOLOGÍA

MATERIALES Y MÉTODOS

Es una investigación de corte transversal, de tipo descriptivo, retrospectivo, para la cual se utilizó una Base de Datos de pacientes bajo el diagnóstico CIE-10 G20, brindada por el Departamento de estadísticas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en la cual constaban los números de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron evolucionados bajo dicho código, en el Sistema AS-400, el cual es el sistema correspondiente a todas las entidades que forman parte de la red del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS, correspondiente al diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, en el periodo comprendido entre julio 2017 y enero 2018. Desarrollada con el fin de analizar la calidad de vida en los pacientes con esta patología y su asociación con síntomas depresivos.

Muestra:

Se registró una muestra de 95 pacientes de entre 50 a 70 años de edad con Diagnóstico Final de Enfermedad de Parkinson, atendidos en la Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el período comprendido entre Julio 2017 y Enero 2018.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con Diagnóstico de Enfermedad de Parkinson atendidos en la consulta externa de Neurología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo del estudio.
- Pacientes adultos en el rango de 50 a 70 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Todos aquellos pacientes cuyas historias clínicas al momento de la revisión se encontraron incompletas.
- Pacientes que al momento de la atención hospitalaria estén diagnosticados de otra patología diferente a Enfermedad de Parkinson que pueda desarrollar síntomas depresivos y afectar la calidad de vida.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Sexo	Descripción de sexualidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino / Femenino
Edad	Edad acorde a cedula de identidad	Cuantitativa Continua	50 – 70 Años

Existencia de Síntomas Depresivos	Síntoma Depresivo que presenta o Refiere el paciente al momento de la consulta	Cualitativa Nominal Politómica	Insomnio Anhedonia Trastornos Libido
Calidad de vida del paciente	Calidad de vida del paciente reflejada por cuestionarios realizados	Cualitativa Nominal Politómica	Buena Regular Mala Según Pdq-39

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

La información fue obtenida de las evoluciones realizadas bajo el diagnóstico CIE-10: G20, en el sistema manejado por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, AS400, correspondiente a las entidades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, brindada por el Departamento de estadística del hospital, donde constaban los números de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados con dicho código, a partir de la cual confeccionó y elaboró una base de datos en Excel con los datos recolectados para posteriormente calcular los datos estadísticos.

Técnicas y procedimientos de análisis de la información

Tipo de Análisis Estadístico: Análisis descriptivo de los resultados obtenidos.

Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas como porcentaje, y medidas de resumen para variables cuantitativas como media y desviación estándar.

Se utilizaron pruebas de Chi Cuadrado, coeficiente de correlación de Spearman, para definir la relevancia de los datos obtenidos y establecer las asociaciones respectivas entre edad del paciente y calidad de vida.

RESULTADOS

Se analiza la prevalencia en cuanto al sexo de los pacientes pertenecientes al grupo de estudio, de enfermedad de Parkinson, donde se puede observar un 61% de casos de sexo masculino y un 38,94% de casos correspondiente al sexo femenino, encontrándose una proporción de 2 a 1 a favor del sexo masculino. De esta manera se establece una asociación causal entre el sexo masculino y el incremento del riesgo de desarrollar Enfermedad de Parkinson ($p < 0,05$) (Ver Tabla 1) (Gráfico 1).

TABLA 1.- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON SEGÚN EL SEXO

PREVALENCIA	FEMENINO	MASCULINO	P-VALOR
CASOS	37	58	<0,05
PORCENTAJE	38,94%	61,02%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Plúas Zuñiga. 2018

En cuanto a la edad, se analiza esta variable por medio de medidas de distribución, donde se la asocia con la calidad de vida de los pacientes reportadas mediante el cuestionario PDQ-39, encontrándose una media de 61 años y una distribución normal en los diferentes grupos de calidad de vida, con mayor frecuencia en buena calidad de vida de 66 años, 63 en regular y 65 años en mala. No se determinó una relación directa entre la edad y la calidad de vida en la enfermedad de Parkinson ($p = 0,224$) (Ver Tabla 2)

**TABLA 2.- MEDIDAS DE RESUMEN PARA LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON PARKINSON**

EDAD	BUENA	REGULAR	MALA	P- VALOR
MEDIA	61	61	61	0,224
MEDIANA	61,5	62	61	
MODA	66	63	65	
DESV. EST	4,96	4,44	4,15	
TOTAL	30	43	22	
%	31,57%	45,26%	23,16%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Zúñiga-Pluas. 2018

Se identifican los síntomas depresivos que con mayor frecuencia reportaron los pacientes con Enfermedad de Parkinson, encontrándose una mayor prevalencia de trastornos del sueño, correspondiente a un 62,10% de los casos, con mayor frecuencia en el sexo masculino. A su vez, se evidencia una prevalencia de anhedonia y trastornos de la libido en un 47% y 38,94% de los casos, respectivamente. Se estableció una relación causal entre la Enfermedad de Parkinson y la presencia de estos trastornos ($p < 0,001$) (Ver Tabla 3) (Gráfico 3)

TABLA 3.- PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN EL SEXO, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON

SÍNTOMA DEPRESIVOS	ANHEDONIA	TRASTORNO LIBIDO	TRASTORNO SUEÑO	P-VALOR
MASCULINO	26	19	34	<0,001
FEMENINO	19	18	25	
TOTAL	45	37	59	
PORCENTAJE	47,36%	38,94%	62,10%	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Plúas Zuñiga. 2018

Como se muestra el número de síntomas depresivos reportados por los pacientes con Enfermedad de Parkinson en relación a la calidad de vida determinada a través de los cuestionarios, existe una asociación entre un mayor número de síntomas reportados con la consecuente alteración en la calidad de vida (Ver Tabla 4) ($p < 0,001$)

TABLA 4.- ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y NÚMERO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS REFERIDOS POR PACIENTES

CALIDAD DE VIDA	0 SINTOMAS DEPRESIVOS	1-2 SINTOMA DEPRESIVO	3 SINTOMAS DEPRESIVOS	TOTAL	P-VALOR
BUENA	26 (86,66%)	4 (13,33%)	0 (0%)	30	<0,001
REGULAR	0 (0%)	41 (95,34%)	2 (4,66%)	43	
MALA	0 (0%)	0 (0%)	22 (100%)	22	
TOTAL	26	45	24	95	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Pluas Zuñiga. 2018

Se realiza un análisis sobre la asociación y la prevalencia de cada síntoma depresivo acorde a la calidad de vida determinada mediante el cuestionario PDQ-39 (Parkinson Disease Questionary), los cuales predominaron en una mala calidad de vida. Se determina por ende una asociación entre la mala calidad de vida y la presencia de trastornos de la libido y del sueño. ($p < 0,005$) (Ver Tablas 5, 6 y 7)

TABLA 5.- ASOCIACIÓN ENTRE ANHEDONIA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cuenta de CALIDAD DE VIDA SEGÚN PDQ 39	CALIDAD DE VIDA			Total general
	ANHEDONIA	BUENA	MALA	
SI	4	20	21	45
Total general	4	20	21	45

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Pluas Zuñiga. 2018

TABLA 6.- ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LÍBIDO Y CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cuenta de CALIDAD DE VIDA SEGÚN PDQ 39	CALIDAD DE VIDA		Total general
	TRASTORNO LÍBIDO	MALA	
SI	20	17	37
Total general	20	17	37

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Pluas Zuñiga. 2018

TABLA 7.- ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cuenta de CALIDAD DE VIDA SEGÚN PDQ 39 TRASTORNO SUEÑO	CALIDAD DE VIDA			Total general
	BUENA	MALA	REGULAR	
SI	2	20	37	59
Total general	2	20	37	59

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Pluas Zuñiga. 2018

Al determinar la calidad de vida que con mayor frecuencia reportaron los pacientes con Enfermedad de Parkinson pertenecientes al grupo de estudio, observamos una mayor prevalencia de calidad de vida regular con 43 pacientes, determinado por el cuestionario PDQ-39. Se establece una asociación significativa entre calidad de vida regular y la Enfermedad de Parkinson relacionado con el sexo. (Ver Tabla 8) ($p < 0,05$)

TABLA 8.- PREVALENCIA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

CALIDAD DE VIDA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	P- VALOR
BUENA	17	13	30	<0,05
REGULAR	29	14	43	
MALA	12	10	22	

Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Pluas Zuñiga. 2018

DISCUSIÓN

A través del presente trabajo de investigación, se pretende determinar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Parkinson, así como la sintomatología de tipo depresiva presente en los mismos de acuerdo a sus características epidemiológicas. Se determinó una prevalencia mayor en pacientes de sexo masculino y un pico de incidencia entre los 59 y 61 años de edad. En comparación con la bibliografía revisada y citada previamente, se encontraron resultados similares, como estudios realizados en Colombia y el publicado por la Revista Latinoamericana de Neurología, donde determinaron una prevalencia mayor en casos de pacientes masculino y mayores de 60 años de edad. ^(21, 25)

Es importante recalcar que uno de los puntos positivos de este estudio es el que, a pesar de estar limitado entre un rango de edad, posee un buen número de pacientes, por lo que los resultados tienen significancia estadística. Sin embargo, al verse limitado a un solo centro hospitalario, no refleja la realidad de los pacientes a nivel nacional.

En cuanto a la prevalencia de sintomatología depresiva, se muestran como principales factores determinados por los pacientes la anhedonia, los trastornos del sueño y la disminución de la libido, presentes en al menos 1 de cada dos casos cada uno. De igual forma fue reportado por el estudio publicado por el Journal Neurology, en el cual se establecían estos síntomas como los predominantes de características psiquiátricas y depresivas. ⁽¹¹⁾

La calidad de vida de los pacientes se observa que es predominantemente regular, determinada mediante el cuestionario PDQ-39, viéndose afectados mediante la sintomatología no motora era más marcada, siendo similar a los resultados determinados por los estudios realizados en España e India, los cuales determinaban el tiempo de evolución y la sintomatología no motora como los principales determinantes del impacto en la calidad de vida de los pacientes con esta patología. ^(8, 18)

CONCLUSIÓN

En conclusión, se puede determinar que existe un mayor riesgo de desarrollar Enfermedad de Parkinson en pacientes de sexo masculino y cuya edad sobrepasa los 60 años, puesto que se evidenció mayor prevalencia en estos casos. De igual manera, se puede concluir que el impacto en la calidad de vida de los pacientes es considerable, donde según los cuestionarios enfocados hacia determinar la misma, la mayoría de pacientes se encuentran entre regular y mala.

Se llega a la conclusión que los síntomas predominantes de tipo depresivo son la anhedonia, los trastornos del sueño como insomnio o hipersomnia y la disminución de la libido, reduciendo la calidad de vida de los pacientes con esta patología.

RECOMEDACIONES

- Se recomienda realizar un mayor enfoque en la sintomatología psiquiátrica de los pacientes, especialmente la depresiva, puesto que se encuentran en un gran número y tienen un alto impacto en la calidad de vida.
- Se recomienda realizar periódicamente, evaluaciones de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Parkinson, especialmente a través del PDQ-39, para poder realizar un seguimiento correcto de la evolución de los mismos.

ANEXOS

1. Cuestionario PDQ-39 para Calidad de Vida de Enfermedad de Parkinson

SEÑALE CON QUÉ FRECUENCIA HA PRESENTADO, COMO CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DURANTE EL ÚLTIMO MES, LAS SIGUIENTES SITUACIONES.

Como consecuencia de la Enfermedad de Parkinson, ¿con qué frecuencia ha tenido durante el último mes los siguientes problemas o sentimientos?

	Nunca	Ocasional - mente	Algunas veces	Frecuente - mente	Siempre o incapaz de hacerlo (si es aplicable)
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer					
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo, efectuar reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza,...)					
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra					
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros					
5. Problemas para caminar					

unos 100 metros					
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría					
7. Problemas para moverse en sitios públicos					
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando salía a la calle					
9. Sensación de miedo o preocupación por si se caía en público					
10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía					
11. Dificultades para su aseo personal					
12. Dificultades para vestirse solo					
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos					
14. Problemas para escribir con claridad					
15. Dificultad para cortar los alimentos.					

16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.					
17. Sensación de depresión					
18. Sensación soledad y aislamiento					
19. Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar					
20. Sensación de enfado o amargura					
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo					
22. Preocupación acerca de su futuro					
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson a la gente					
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público					
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson					
26. Sentimiento de preocupación por la reacción					

de otras personas hacia usted					
27. Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas					
28. Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (Si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla, por favor)					
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba					
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día					
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión					
32. Sensación de que su memoria funciona mal.					
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes					

34. Dificultad al hablar					
35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente					
36. Sensación de que la gente le ignora					
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos					
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo					
39. Sensaciones desagradables de calor o frío					

Gráfico 1.- Distribución de pacientes con enfermedad de Parkinson acorde al Sexo



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Plúas Zuñiga. 2018

Gráfico 2.- Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Plúas Zuñiga. 2018

Gráfico 3.- Prevalencia de Síntomas Depresivos en casos de enfermedad de Parkinson



Fuente: Base de Datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Plúas Zuñiga. 2018

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda A, Gonzalez F, Pruvost M. Perfiles neuropsicológicos: Enfermedad de Alzheimer y Parkinson, Deterioro cognitivo leve, Trastorno depresivo mayor y Envejecimiento. Panamerican Journal of Neuropsychology Vol 9. 2015
2. Cervantes A, Martinez D, Llorents R et al. Evaluación crítica de las guías de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Mexico. 2014
3. Camacho A, Cervantes A, Rodriguez M. Factors associated with the quality of life of subjects with Parkinson's disease and burden on their caregivers. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Mexico. 2015
4. Parra N, Fernandez J. Consecuencias de la Enfermedad de Parkinson en la Calidad de Vida. Revista Chilena de Neuropsicología vol 9, num 1-2, pp 30-35. Chile 2014
5. Bocanegra Y, Trujillo N. Demencia y Deterioro cognitivo leve en Parkinson: Una revisión. Grupo de Neurociencias de Antioquia. Colombia. 2014
6. Martinez R, Gasca C. Actualización en la Enfermedad de Parkinson. Hospital Universitario Mostoles, Madrid, España. 2016
7. Aguilar R, Riofrio W et al. La Enfermedad de Parkinson: Un enfoque Interdisciplinario. Universidad del Callao, Lima, Perú. 2016
8. Minguez S, Garcia S, et al. Calidad de Vida y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de La Mancha, España. 2015
9. Zaragoza A, Senosiain J, et al. Elementos clave en el Proceso de Convivencia con la Enfermedad de Parkinson de Pacientes y Familiares o Cuidadores. Asociación Navarra de Parkinson, Pamplona. 2014
10. Maghalaes F, Silva S. Calidad de Vida de Las Personas con Enfermedad de Parkinson y su Relación con la evolución y gravedad de la enfermedad. Universidad Estadual de Maringa, Brasil. 2012

11. Gomez-Esteban JC, Tijero B, Somme J, Ciordia R, Berganzo K, Rouco I, et al. Impact of psychiatric symptoms and sleep disorders on the quality of life of patients with Parkinson´s disease. *J Neurol*. 2011;258(3):494-9.
12. Leroi I, Ahearn DJ, Andrews M, McDonald KR, Byrne EJ, Burns A. Behavioural disorders, disability and quality of life in Parkinson´s disease. *Age Ageing*. 2011;40:614-21.
13. Bucks RS, Cruise KE, Skinner TC, Loftus AM, Barker RA, Thomas MG. Coping processes and health-related quality of life in Parkinson´s disease. *J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:247-55.
14. Hoehn, MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*. 1967;17:427-42.
15. Li H, Zhang M, Chen L, Zhang J, Zhong P, Hu A et al. Nonmotor symptoms are independently associated with impaired health-related quality of life in Chinese patients with Parkinson´s disease. *Mov Disord*. 2010;25(16):2740-6.
16. Miyashita M, Narita Y, Sakamoto A, Kawada N, Akiyama M, Kayama M et al. Health-related quality of life among community-dwelling patients with intractable neurological disease and their caregivers in Japan. *Psychiatry Clin Neuroscien*. 2011;65:30-8.
17. Lucas-Carrasco R, Pascual-Sedano B, Galán I, Kulisevsky J, Sastre-Garriga J, Gómez-Benito J. Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. *Neurodegener Dis*. 2011;8(4):178-86.
18. Behari M, Srivastava AK, Pandey RM. Quality of life in patients with Parkinson´s disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2005;11:221-6.
19. Matinez-Martin P, Rodrigues-Blazquez C, Kurtis MM. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of patients with Parkinson´s disease. *Mov Disord*. 2011;6(3):399-407.
20. Duncan RP, Earhart GM. Measuring participation in individuals with Parkinson disease: relationships with disease severity, quality of life, and mobility. *Disabil Rehabil*. 2011;33(15-16):1440-6.
21. Navarro FM, Marcon SS. Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(2).

22. Henao Lema C, Pérez Parra J. Situación de discapacidad de la población adulta con Lesión Medular de la Ciudad de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud* 2011; 16(2):52-67
23. Leonardi M, Raggi A, Pagani M, Carella F, Soliveri P, Albanese A, Romito L. Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders* 2012, 18:35- 39
24. Echeverry Díaz J. Validación de la nueva versión de la escala unificada para la evaluación de la enfermedad de Parkinson (MDS-UPDRS) en español. [Tesis Doctoral]. Santa Fe de Bogotá, Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Especialización en Neurología Clínica. D.C. 2011
25. Arango G. CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DE LA CIUDAD DE CALI. 2013. Colombia



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **PLUAS BURGOS SUSANA BEATRIZ**, con C.C: # 0924839723, **ZÚÑIGA VINUESA ANDREA MARINA**, con C.C: # 0925649485 autoras del trabajo de titulación: **Análisis de la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con Enfermedad de Parkinson y su Asociación con Síntomas Depresivos en Consulta Externa de Neurología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo; julio 2017 a enero 2018**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 25 de abril del 2018

f. _____
Pluas Burgos Susana Beatriz
C.C: 0924839723

f. _____
Zúñiga Vinuesa Andrea Marina
C.C: 0925649485



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con Enfermedad de Parkinson y su Asociación con Síntomas Depresivos en Consulta Externa de Neurología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo; julio 2017 a enero 2018.		
AUTOR(ES)	Pluas Burgos Susana Beatriz, Zúñiga Vinuesa Andrea Marina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Mayo Galban Caridad Isabel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	25 de abril del 2018	No. DE PÁGINAS:	43
ÁREAS TEMÁTICAS:	Enfermedades neurológicas, epidemiología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Parkinson, Depression, Sleep disorders, Anhedonia, Libido, Quality of life.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Parkinson's disease is one of the most common among neurodegenerative diseases, which consists of the degeneration of the substantia nigra, still unknown its exact etiology, but producing chronic disorders at the level of the Central Nervous System and functional capacity and quality of life from the patients. The quality of life of the patients is a subject on which some misgivings are maintained, since Parkinson's disease is associated with a serious impairment in the functional status of the patient and even the caregiver. Parkinson's disease is a type of movement disorder. It occurs when nerve cells do not produce enough of an important chemical in the brain, known as dopamine. It usually starts around the age of 60, but it may appear before and until now a cure for Parkinson's disease has not been discovered. Through this research work, we aim to determine the quality of life of patients with Parkinson's Disease, as well as the depressive symptoms present in them according to their epidemiological characteristics. A higher prevalence was determined in male patients and a peak incidence between 59 and 61 years of age. It is important to emphasize that one of the positive points of this study is that, despite being limited among an age range, it has a good number of patients, so the results are statistically significant. However, because it is limited to a single hospital center, it does not reflect the reality of patients nationwide. Regarding the prevalence of depressive symptoms, the main factors determined by patients are anhedonia, sleep disorders and decreased libido, present in at least 1 in two cases each. In the same way, it was reported by the study published by the Journal Neurology, in which these symptoms were established as the predominant ones of psychiatric and depressive characteristics.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-998910932 +593-983595744	E-mail: andrezunigavinueza91@gmail.com susyplus@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO Teléfono: +593-982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.es		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	