



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS NO MOTORES Y CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL  
SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GERIATRÍA DEL HNAAA, PERIODO  
ENERO-JULIO 2019**

PRESENTADO POR

**CENIA ALEJANDRA GUTIÉRREZ LLERENA  
JUAN MARCELO SÁNCHEZ ZEVALLOS**

TESIS PARA OPTAR EL EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR

M.E. JUAN LEGUÍA CERNA

LIMA – PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS NO MOTORES Y CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL  
SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y GERIATRÍA DEL HNAAA,  
PERIODO ENERO-JULIO 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**CENIA ALEJANDRA GUTIÉRREZ LLERENA**

**JUAN MARCELO SÁNCHEZ ZEVALLOS**

**ASESOR**

**M.E. JUAN LEGUÍA CERNA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## INDÍCE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>Resumen</b>	iii
<b>Abstract</b>	iiv
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	4
<b>III. RESULTADOS</b>	8
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	13
<b>V. CONCLUSIONES</b>	19
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	20
<b>VII. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	21
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de síntomas no motores y la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson en el servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero - julio 2019.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, cuantitativo, transversal, descriptivo, prospectivo. La muestra estuvo constituida por 204 pacientes que acuden a consulta externa de neurología y geriatría del hospital. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia accidental se les abordó en el momento de la consulta y se les aplicó los instrumentos para el estudio. Se utilizaron dos instrumentos para la evaluación, NMS Quest para síntomas no motores y PDQ -39 para calidad de vida en enfermedad de Parkinson. El análisis y procesamiento de datos se realizó en SPSS V.22 usando tablas de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. **Resultados:** Las dimensiones de síntomas no motores más frecuentes fueron percepción/ alucinaciones (85,78 %), seguido de síntomas misceláneos (74,01 %) y sueño/fatiga (73,03 %). Cada paciente presentó un promedio de aproximadamente 11 síntomas no motores. El dominio más afectado en la calidad de vida fue movilidad ( $\bar{x}$ =38.26, ME=33.33), seguido de bienestar emocional ( $\bar{x}$ =37.76, ME=33.93) y malestar físico ( $\bar{x}$ = 37.29, ME= 34.50). **Conclusiones:** Las dimensiones más frecuentes fueron la de percepción/ alucinaciones, seguido de misceláneos y sueño/fatiga. Los síntomas presentados con mayor frecuencia fueron dolor, nicturia e incontinencia de urgencia. La movilidad, bienestar emocional y malestar físico fueron los dominios más afectados en la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson en el presente estudio.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson, calidad de vida, síntomas afectivos, depresión, actividades cotidianas, síntomas urinarios (**Fuente:** DeCS-Bireme).

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the frequency of non-motor symptoms and the quality of life in patients with Parkinson's disease in the neurology and geriatrics service of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital during the period January - July 2019.

**Materials and methods:** Observational, quantitative, cross-sectional, descriptive, prospective study. The sample consisted of 204 patients who attended the neurology and geriatrics outpatient clinic at hospital. Through a non-probabilistic sampling for accidental convenience, they were approached at the time of the consultation and the instruments for the study were applied to them. Two instruments were used for the evaluation, NMS Quest for non-motor symptoms and PDQ -39 for quality of life in Parkinson's disease. The analysis and data processing was performed in SPSS V.22 using tables of absolute and relative percentage frequencies. **Results:** The most frequent non-motor symptom dimensions were perception / hallucinations (85.78 %), followed by miscellaneous symptoms (74.01 %) and sleep / fatigue (73.03 %). Each patient had an average of approximately 11 non-motor symptoms. The domain most affected in quality of life was mobility ( $\bar{x} = 38.26$ , ME = 33.33), followed by emotional well-being ( $\bar{x} = 37.76$ , ME = 33.93) and physical discomfort ( $\bar{x} = 37.29$ , ME = 34.50). **Conclusions:** The most frequent dimensions were perception / hallucinations, followed by miscellaneous and sleep / fatigue. The most frequently presented symptoms were pain, nocturia, and urge incontinence. Mobility, emotional well-being and physical discomfort were the most affected domains in the quality of life of patients with Parkinson's disease in our study.

**Key words:** Parkinson's disease, quality of life, affective symptoms, depression, activities of daily living, urinary symptoms (**Source:** DeCS-Bireme).

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson es una patología neurodegenerativa crónica, de inicio insidioso, curso progresivo e invalidante durante toda su evolución. Es la segunda en frecuencia luego de la enfermedad de Alzheimer en la población general, teniendo una incidencia de 1 a 2 % en personas mayores de 60 años (1). Asimismo, según la Organización Mundial de la Salud esta afecta a una de cada 100 personas mayores de 60 años (2).

En el Perú, podrían existir aproximadamente 30 000 personas con esta enfermedad. Cada año se presentan 3 000 casos nuevos de los cuales se ha detectado un incremento en el diagnóstico en personas jóvenes, siendo así la enfermedad de Parkinson la primera causa de morbilidad en la consulta externa del departamento de Enfermedades Neurodegenerativas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (3). En Lambayeque 102,33 de cada 100000 habitantes padece enfermedad de Parkinson de los cuales el 62,9 % son hombres y el 71,2 % tiene de 65 años a más (4).

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por síntomas motores y no motores. Estos últimos son frecuentes en todos los estadios de enfermedad, incluso, muchos de estos aparecen años antes del inicio de las manifestaciones motoras. La prevalencia de los síntomas no motores es de 21 % al momento del diagnóstico y puede llegar hasta el 88 % después de siete años, lo que impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes (5).

Por otra parte, más del 50 % de estos síntomas no son identificados o se infra diagnostican durante la consulta externa, y el 65 % de ellos no son comunicados por el paciente por lo que no se proporcionan alternativas terapéuticas para las mismas. Actualmente, los síntomas no motores están tomando protagonismo porque se ha demostrado que algunos de ellos incluso podrían ser “predictores” de la enfermedad (6).

La importancia de los síntomas no motores no sólo radica en su prevalencia, sino que son considerados como un factor de impacto en la calidad de vida de los

pacientes que lo padecen. Además, suponen el principal motivo de ingresos hospitalarios en la mayoría de los casos.

Tibar H et al. estudiaron la prevalencia de los síntomas no motores y su impacto en la calidad de vida en una cohorte de pacientes marroquíes. Los síntomas no motores más comunes fueron disfunciones urinarias (82,6 %), trastornos del sueño (80,6 %) y gastrointestinales (80 %). El índice de puntuación del PDQ39-SI fue del 23,22 % y la dimensión "movilidad" fue la más afectada. Concluyeron que todos tuvieron algún síntoma no motor y aunque fueron más frecuentes los trastornos autonómicos y del sueño, los digestivos y cardiovasculares impactaron negativamente en la calidad de vida (7).

Prakash K et al. investigaron el impacto de los SMN en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson durante un período de seguimiento de dos años. La carga total de los SMN influyó significativamente en los puntajes de calidad de vida, mientras que los motores, no. Concluyeron la carga de los SMN (sobre todo el sueño, el estado de ánimo y la atención) tienen un impacto significativo en la calidad de vida (8).

Berganzo K, et al. Investigaron la influencia que presentan los síntomas motores y no motores en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Mediante un estudio transversal, estudiaron la calidad de vida con la escala PDQ-39, los síntomas no motores con el PD NMS QUEST y además usaron la escala UPDRS para diferencias subtipos clínicos. Concluyeron que los síntomas cognitivos y del estado de ánimo influyen sobre la calidad de vida de los pacientes con Parkinson ( $p < 0.001$ ) (9).

En Perú, Cosentino et al. (2013) estudiaron la frecuencia de síntomas no motores en pacientes peruanos con enfermedad de Parkinson. Se utilizó el PD NMS Quest para la evaluación de síntomas no motores. El promedio de SNM fue 12,41 % y al menos había un SNM presente en el 99,35 % de pacientes. Los síntomas más frecuentes fueron depresión, incontinencia urinaria y ansiedad respectivamente. Hubo un aumento progresivo de SNM al largo de 5 años. Concluyeron que hay una



relación entre la presencia de síntomas no motores y la progresión de la enfermedad (10).

Por todo lo anteriormente expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de síntomas no motores y la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson en el servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el periodo enero - julio 2019.

## **II. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo observacional, cuantitativo, transversal, descriptivo, prospectivo.

### **Población y muestra**

La población objetivo está conformada por todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson que acuden al servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

El cálculo de la muestra se obtuvo usando el programa Epidat v4.1, en una población de 431 pacientes considerando una proporción esperada de 50 % a partir de un antecedente (Polo C. 2017, 52.2 %) con un intervalo de confianza del 95 % y una precisión absoluta del 5 %. Se calculó un total de 204 pacientes que se incluyeron en el estudio.

### **Muestreo**

La selección muestral se llevó a cabo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia accidental a partir del registro de pacientes con enfermedad de Parkinson que pertenecen al hospital en estudio, se les abordó en el momento de la consulta externa y se les aplicó los instrumentos para el estudio.

### **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

## **Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes que no puedan responder de manera adecuada los cuestionarios clínicos (ej. Trastornos del lenguaje, demencias)
- ✓ Pacientes que presenten alguna otra enfermedad neurodegenerativa o comorbilidades que puedan explicar la presencia de algunos de los síntomas no motores.

## **Método y procedimientos de toma de datos**

Se eligió a través de muestreo no probabilístico a 204 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson que acudían a consultorio externo de neurología.

Para obtener la información sobre las características sociodemográficas se utilizó la entrevista personal con el paciente, para las características clínicas se tomó en cuenta la opinión y evaluación del médico encargado de la consulta en cuanto a la clasificación del estadio de enfermedad y el tratamiento específico en cada caso. Los datos restantes se obtuvieron de la información presente en la historia clínica. La aplicación de los dos instrumentos (PDQ- 39 para calidad de vida y NMS Quest para síntomas no motores en enfermedad de Parkinson) se realizó a través de la entrevista con el paciente. Fue necesaria la intervención de los familiares ya que muchos de los pacientes presentaban dificultades para brindar datos adecuadamente, siendo las entrevistas de modo directo e indirecto.

## **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se confeccionó una ficha de recolección de datos que abarcó datos clínicos y epidemiológicos descriptivos de los pacientes a entrevistar.

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el instrumento PDQ-39, el cual tiene un alpha de cronbach de 0,923 (Souza y cols, P <0,001) y fue validado por The Grupo Centro for Study of Movement Disorders. Ha sido adaptado al español por Martin Martínez en España. PDQ-39 es un instrumento que se basa en la

evaluación de aspectos físicos, emocionales y psicosociales para la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson (11).

Presenta 39 ítems los cuales están agrupados en 8 dimensiones: movilidad, actividades de la vida diaria, bienestar emocional, estigma, soporte social, deterioro cognitivo, comunicación y malestar físico. La puntuación del PDQ – 39 se basa en que, para cada dimensión, el valor final del resultado es la suma de cada valor dividido por la suma del número de ítems que corresponde por cada dimensión. El resultado obtenido será multiplicado por 100, así cada dimensión del cuestionario se puntuará de 0 a 100, donde 0 corresponde a la mejor puntuación y 100 a la más desfavorable.

Para la evaluación de los síntomas no motores se utilizó el cuestionario de síntomas no motores en enfermedad de Parkinson (PD NMS QUEST), el cual tiene un alpha de cronbach de 0, 778 y está validado por el International PD Non Motor Group y que ha sido adaptado y validado al español por Cervantes y cols (México).

El cuestionario consta de 30 ítems agrupados en 9 dominios que analizan diferentes aspectos clínicos con respuesta dicotómica (sí/no). Los dominios son los siguientes: cardiovascular (2 ítems), sueño/fatiga (4 ítems), ánimo/cognitivo (3 ítems), problemas de percepción/alucinaciones (6 ítems), atención/memoria (2 ítems), urinario (2 ítems), digestivo (5 ítems) función sexual (2 ítems) y miscelánea (4 ítems). Cada ítem es puntuado en función a la presencia o ausencia del síntoma de manera dicotómica. Se utilizarán porcentajes para evaluar la frecuencia de cada dimensión, así como el valor total de todas las dimensiones. Sin embargo, con este instrumento no proporciona información sobre la intensidad de cada uno de los síntomas.

Se utilizó la escala de Hoehn y Yahr para la valoración del curso clínico en la enfermedad de Parkinson. Consta de 5 estadios que evalúan la afectación en extensión corporal y el grado de dependencia funcional del paciente.

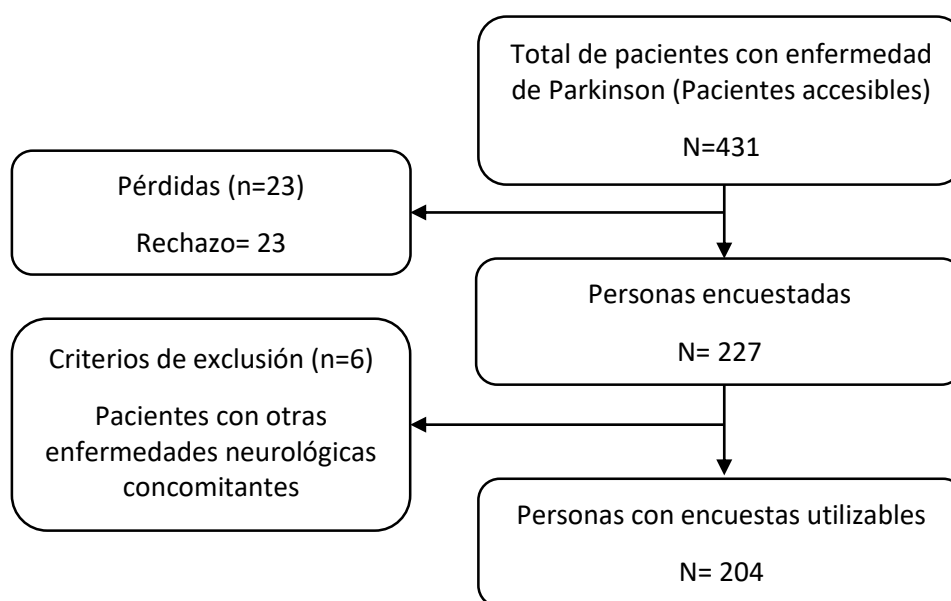
## Análisis estadístico

Todos los datos obtenidos se introdujeron en una base datos de Microsoft Excel 2013 para posteriormente ser analizados mediante el programa estadístico SPSS v22.

Para describir las variables cualitativas mediante un análisis univariado se presentaron tablas de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, para las variables cuantitativas se calcularon medidas estadísticas descriptivas como: medidas de tendencia central (media, mediana), de dispersión (desviación estándar) y rangos intercuartílicos.

## Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo para su revisión y aprobación. Los pacientes aceptaron voluntariamente la participación en el estudio, previo consentimiento informado y, tomando en cuenta la obligación de salvaguardar la confidencialidad de los datos obtenidos del mismo. Se utilizaron medidas de calidad de bases de datos para asegurar que la investigación no esté sujeta a plagio u otros aspectos similares.



**Figura 1.** Criterios de selección de la muestra, teniendo en cuenta los criterios de exclusión.

### III. RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de 70 años, siendo el intervalo de mayor frecuencia el de 71 a más (55 %). La mayoría de pacientes fueron de sexo masculino (61,76 %). El estado civil que predominó fue casado (70,10 %). Respecto al grado de instrucción, la mayoría fue del nivel secundario (36,72 %).

La edad promedio al diagnóstico fue 63 años y el tiempo de evolución en años fue de 6. De estos, la mayoría correspondía al intervalo de 1 a 10 años de evolución de la enfermedad (85,78 %).

Respecto a la valoración de la escala de Hoehn y Yahr, que evalúa estadios de enfermedad de Parkinson, el estadio 1 fue el más predominante (41,66 %). Respecto a la medicación, la mayoría de pacientes recibía tratamiento con levodopa (82,35 %) ya sea sólo o asociado a anticolinérgicos (41.66 %) o agonistas dopaminérgicos (35.29 %).

Respecto a los síntomas no motores, las dimensiones más frecuentes fueron percepción/ alucinaciones (85,78 %), seguido de síntomas misceláneos (74,01 %) y sueño/fatiga (73,03 %). La dimensión menos afectada fue la correspondiente a síntomas cardiovasculares (53,92 %).

Los síntomas no motores más frecuentemente encontrados fueron dolor (73,03 %), nicturia (63,24 %), incontinencia de urgencia (51,96 %), tristeza/bajo de ánimo/ decaimiento (51,47 %) e insomnio (50,98 %). Así mismo, el presentado con menor frecuencia fueron sudoración excesiva (10,29 %) y creer que le pasan cosas que no son verdad (15,19 %). Cada paciente presentó un promedio de aproximadamente 11 síntomas no motores.

Respecto a calidad de vida, la dimensión más afectada fue la de movilidad ( $\bar{x}$ =38,26, ME=33,33), seguido de bienestar emocional ( $\bar{x}$ =37,76, ME=33,93) y malestar físico ( $\bar{x}$ = 37,29, ME= 34,50).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero – julio 2019.

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>			
	30 - 50	18	8,82
	51-70	74	36,27
	71 a más	112	54,90
<b>Sexo</b>			
	Masculino	126	61,76
	Femenino	78	38,24
<b>Estado civil</b>			
	Soltero	42	20,59
	Casado	143	70,10
	Viudo	11	5,39
	Divorciado	3	1,47
	Conviviente	5	2,45
<b>Grado de instrucción</b>			
	Básica	0	0
	Primaria	18	8,82
	Secundaria	75	36,76
	Superior técnica	45	22,05
	Superior universitaria	66	32,35

Fuente: Cuestionario de características sociodemográficas

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero – julio 2019.

<b>Características clínicas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad al diagnóstico</b>			
	20 - 40	14	6,86
	41 - 60	57	27,94
	61 - 80	124	60,78
	> 80	9	4,41
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad en años</b>			
	1 - 10	175	85,78
	11 - 20	28	13,72
	>20	1	0
<b>Estadío de enfermedad según Hoehn y Yahr</b>			

Estadio 1	85	41,66
Estadio 2	52	25,49
Estadio 3	34	16,66
Estadio 4	25	12,25
Estadio 5	8	3,92
<b>Uso de medicamentos</b>		
Levodopa	168	82,35
Agonistas dopaminérgicos	72	35,29
IMAO	7	3,43
ICOMT	5	2,45
Anticolinérgicos	85	41,66
Neurolépticos	10	4,90
Antidepresivos	31	15,19
Benzodiazepinas	48	23,52
Amantina	1	0,49
Otros	64	31,37

**Fuente:** Cuestionario de características clínicas e historia clínica

**Tabla 3.** Frecuencia de síntomas no motores según dimensiones de los pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero-julio 2019 (PD NMS Quest).

<b>Síntomas no motores según dimensiones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gastrointestinales</b>		
Sí	147	72,05
No	57	27,94
<b>Urinarios</b>		
Sí	139	68,13
No	65	31,86
<b>Cardiovasculares</b>		
Sí	110	53,92
No	94	46,07
<b>Sueño/fatiga</b>		
Sí	149	73,03
No	55	26,96
<b>Ánimo/cognitivo</b>		
Sí	138	67,64
No	66	32,35
<b>Sexuales</b>		
Sí	113	55,39
No	91	44,60



<b>Atención/memoria</b>		
Sí	115	56,37
No	89	43,62
<b>Percepción/alucinaciones</b>		
Sí	175	85,78
No	29	14,21
<b>Misceláneos</b>		
Sí	151	74,01
No	53	25,98

**Fuente:** Cuestionario de síntomas no motores (NMS QUEST)

**Tabla 4.** Frecuencia de síntomas no motores según síntoma de los pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al servicio de neurología y geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero-julio 2019 (PD NMS Quest).

<b>Frecuencia se síntomas no motores según síntoma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dolor	149	73,03
Nicturia	129	63,24
Incontinencia de urgencia	106	51,96
Tristeza/bajo ánimo/ decaimiento	105	51,47
Insomnio	104	50,98
Interés por el sexo (pérdida/aumento)	104	50,98
Ansiedad/miedo/pánico	102	50,00
Estreñimiento	99	48,52
Caídas	99	48,52
Pérdida de peso	94	46,07
Memoria	90	44,11
Ortostatismo	90	44,11
Disfunción sexual	88	43,13
Sueños/pesadillas	78	38,23
Tenesmo rectal	75	36,76
Concentración/atención	70	34,31
Disfagia	67	32,84
Piernas inquietas	62	30,39
Hablar/moverse en el sueño	61	29,90
Dificultad para mantenerse despierto en actividad	60	29,41
Incontinencia fecal	59	28,92
Hinchazón de piernas	53	25,98
Pérdida de interés en el entorno	49	24,01
Pérdida de percepción de olores/sabores	46	22,54

Hinchazón de piernas	46	22,54
Alucinaciones visuales/auditivas	39	19,11
Visión doble	36	17,64
Babeo	35	17,15
Creer que le pasan cosas que no son verdad	31	15,19
Sudoración excesiva	21	10,29

Fuente: Cuestionario de síntomas no motores (NMS QUEST)

**Tabla 5.** Calidad de vida según dimensiones de los pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al Servicio de Neurología y Geriátrica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero-julio 2019 (PDQ-39).

<b>Dimensión</b>	$\bar{x}$	$\sigma$	$M_e$	<b>RIQ</b>
Movilidad	38,26	31,01	33,33	8,33 - 58,33
Actividades de la vida diaria	29,77	27,35	19,44	11,11 - 47,22
Bienestar emocional	37,78	24,39	33,93	17,86 - 57,14
Estigma	17,00	23,23	10,00	0 - 25,00
Soporte social	13,73	20,91	8,33	0 - 16,66
Deterioro cognitivo	26,51	23,49	25,00	8,30 - 33,33
Comunicación	25,31	25,89	25,00	0 - 50,00
Malestar físico	37,29	21,45	34,50	25,00 - 50,00

\* $\bar{x}$ : media,  $\sigma$ : desviación estándar,  $M_e$ : mediana, RIQ: rango intercuartilico

Fuente: Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson (PDQ- 39)

#### IV. DISCUSIÓN

Como bien se conoce, desde un comienzo la enfermedad de Parkinson se ha considerado como un trastorno motor. Actualmente el reconocimiento de síntomas no motores en la enfermedad nos hace reflexionar sobre la complejidad de características clínicas que puede presentar, y, por ende, la necesidad de su manejo multidisciplinario (12).

Los síntomas no motores se encontraron presentes en todos los estadios de enfermedad en el presente estudio. Todos los pacientes presentaron al menos un síntoma no motor y, aunque no se ha hecho una relación estadística entre ambos instrumentos, se podría mencionar que puede verse reflejado en la afectación de diferentes dimensiones de la calidad de vida asociada a la enfermedad.

Respecto a las características generales sociodemográficas, la edad promedio fue de 70 años. Esta difiere mínimamente de la obtenida en el estudio de Palacios en el 2015, donde se encuentra una edad promedio de 69 años (13). Otros estudios nos señalan edades un poco más tempranas como el de Tibar et al. en pacientes marroquíes donde la edad promedio fue 60, 77 +- 11.36 y Prakash et al. en pacientes singapurenses con una edad promedio de 64,37 años (14,15).

En este estudio en similitud con algunos de los antecedentes antes mencionados los pacientes lo constituyen en su mayoría adultos mayores (>90 %). Como ya está descrito, el envejecimiento es el principal factor de riesgo. Por otra parte, se ha mencionado que en algunos casos existe una mutación genética como causa específica y esta a su vez podría explicar el inicio temprano de la enfermedad (< 40 años) que representa alrededor del 5 % de los pacientes (8,82 % en nuestro estudio). (1,16).

Cabe resaltar que al igual que este estudio, el sexo de mayor prevalencia fue el masculino con un 61,76 %; sin embargo, es un porcentaje algo mayor al 52 % hallado por Palacios et al. Por su parte Prakash et al. Documentó que un 59,9 % de pacientes fueron varones. La literatura menciona que la enfermedad de Parkinson

es más frecuente en varones, con una relación 1,4 veces mayor que las mujeres. Por otra parte, respecto al nivel de instrucción, el nivel secundario fue el más frecuente (36,76 %) al igual que el estudio de Prakash et al que; sin embargo, documenta mucho mayor frecuencia 84,6 %. Esta diferencia podría explicarse porque este estudio se realizó en una institución Essalud en donde el nivel socioeconómico es algo mejor que el de la población de otras instituciones públicas de salud del Perú (13, 15,16).

Respecto a las características clínicas el tiempo de enfermedad en años más frecuente estuvo en el rango de 1 a 10 años (85,78%). Por su parte, Song et al en su estudio en pacientes chinos, reporta una duración de 4,4 +- 4,2 años; Tibar et al, una mediana de 6 años y Palacios et al, una mediana de 5 años (13, 14,17).

La escala de Hoehn y Yahr es el método más frecuente utilizado para evaluar la progresión de los síntomas en enfermedad de Parkinson. El estadio 1 fue el más frecuentemente encontrado en el estudio (41,66 %) seguido del estadio 2 (25,49 %). Resultados similares reportan Tibar et al. con una mediana de 5 años; Prakash et al, donde el 81,1 % de los pacientes tuvieron un estadio de Hoehn y Yahr menor a 3 y Song et al, con una mediana de 2,5 años (13, 14, 17).

Se ha descrito que el aumento de progresión de los estadios de la escala de Hoehn y Yahr se correlaciona con el deterioro motor y con el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Por otra parte, cabe resaltar que esta escala coloca a la inestabilidad postural como principal marcador de gravedad de la enfermedad, no evalúa otras deficiencias motoras y sobre todo no proporciona alguna información sobre síntomas no motores (18).

La medicación con precursores de dopamina como Levodopa fue el medicamento más frecuentemente encontrada en el estudio (82,35 %) sólo o asociado a agonistas dopaminérgicos como carbidopa (35,49 %), anticolinérgicos (41,66 %), benzodiacepinas (23,52 %) y otros (31,37 %). Prakash et al, reporta que todos los pacientes reciben tratamiento con levodopa asociado a agonistas dopaminérgicos en un 39,7 %, similar a este estudio; también reportan el uso de amantina en un 27,3 %, diferente a nuestro estudio (<1%).

Se ha documentado que el tratamiento a largo plazo con levodopa o agonistas dopaminérgicos trae consigo complicaciones no motoras a largo plazo, por lo que a veces nos sería difícil la diferenciación de la causa de los síntomas no motores presentes en el paciente ya sea que estén asociados con la enfermedad de Parkinson en sí o sean secundarios a la terapia a largo plazo de estos medicamentos. Los agonistas dopaminérgicos por ejemplo producen efectos secundarios no motores como somnolencia, edema periférico, náuseas, mareos y trastornos del control de los impulsos y efectos secundarios neurológicos como alucinaciones y confusión que también están presentes en el tratamiento con levodopa, aunque en menos frecuencia (19).

Las dimensiones de síntomas no motores más frecuentes en el estudio fueron el de percepción alucinaciones (85,78 %), seguido de síntomas misceláneos (74 %), sueño fatiga (73 %) y gastrointestinales (72 %). Por su parte, Tíbar et al. tienen como dimensiones más frecuentes urinarios (82,6%), trastornos del sueño (82,6 %) y gastrointestinales (80 %); Prakash et al. en su cohorte de seguimiento de dos años obtuvo como dominios más frecuentes al comienzo del estudio sueño/fatiga (83 %), urinario (70 %) y miscelánea (69 %), y al final del estudio urinarios (88 %), sueño/fatiga (86 %) y estado de ánimo/ apatía (80 %). Así mismo informan que los menos frecuentes fueron las dimensiones de cardiovasculares, problemas de percepción/ alucinaciones y disfunción sexual. Estos resultados son similares al de este estudio a excepción del dominio de percepción alucinaciones que fue de alta frecuencia (14,15). Por su parte Song et al. tuvieron como dominio más prevalente sueño/fatiga (79,8 %) y Polo en su estudio de pacientes peruanos, reporta como dimensiones más frecuentes ánimo/cognitivo (82,9 %) y sueño/fatiga (77,7 %) (17,20).

Todos los pacientes tuvieron al menos un síntoma no motor al igual que en el estudio de Tíbar et al. Resultados similares reportaron Consentino et al (99,35 % de los pacientes), Chou L en su estudio multicéntrico (97 %) y Pérez (95.5 %). Resultados diferentes nos reporta Polo en su estudio características clínico epidemiológicas de síntomas no motores en pacientes adultos mayores con diagnóstico de enfermedad de Parkinson referentes del Hospital Belén de Trujillo donde encontraron que, a diferencia de este estudio, sólo el 52,2 % de pacientes

presentaron síntomas no motores. Cabe resaltar que en este estudio cada paciente presentó un promedio de aproximadamente 11 síntomas no motores; por su parte Chou L reportó un promedio de aproximadamente ocho síntomas no motores (5, 10, 12, 14, 20).

Los síntomas no motores más frecuentes fueron dolor (73 %), nicturia (63,2 %) e incontinencia de urgencia (51,96 %). Por su parte, Consentino et al. reporta como más frecuentes depresión, incontinencia urinaria y ansiedad; Pérez et al. depresión (72.7 %), nicturia (68.2 %), ansiedad (54,6 %), síndrome de piernas inquietas (50 %), estreñimiento (47,7 %) e insomnio (40,9 %) y Palacios et al. reporta como más frecuente la depresión; Berganzo et al manifestó que el dominio más frecuentemente reportado fue el de miscelánea que engloba la presencia de dolor, déficit de olfacción, trastornos de la sudoración y cambios en el peso (5,9,10,13).

No se evaluaron diferencias entre la cantidad de síntomas no motores presentados y el sexo; sin embargo, en el estudio de Santos et al se encontró que, en comparación con los hombres, las mujeres informaron un mayor número de y un puntaje total SNM más alto (21).

Cabe resaltar que algunos síntomas no motores como disfunción olfativa, estreñimiento, depresión y trastorno de la conducta del sueño REM pueden presentarse antes que las manifestaciones motoras, pudiendo considerarse como “predictivas” de la enfermedad de Parkinson (12).

Respecto a la calidad de vida, el dominio de movilidad fue el más afectado con una media de 38,26 y una mediana de 33,3 [8,33 – 58,33]. Esto coincide con lo manifestado por Tibar et al. que muestra una media del PDQ39 de 23,22 [13,36-36,69] siendo la movilidad el puntaje más alto con una mediana de 30 [11,25–57,5]. Por su parte, Prakash et al. nos informan que los dominios de bienestar emocional, cognición y movilidad) tuvieron las mayores medianas (8,3, P <0,001; 6,3, P <0,001; 2,5, P = 0,007, respectivamente). Song et al. nos manifiestan que los dominios afectados más graves de PDQ-39 fueron bienestar emocional, AVD y movilidad (14,15,17).

Entonces después de haber analizado lo anterior mencionado, nos preguntamos si existe alguna relación entre la presencia de síntomas no motores y la calidad de vida percibida por los pacientes que padecen enfermedad de Parkinson. Respecto a ello, Tibar et al. muestran que la disfunción autonómica, especialmente los síntomas gastrointestinales y cardiovasculares impactaron en la calidad de vida de los pacientes marroquíes ( $p=0,007$  y  $p=0,049$ , respectivamente) (14).

Prakash et al. muestran que los dominios de sueño / fatiga, estado de ánimo / apatía y atención / memoria fueron los predictores más significativos de calidad de vida en los pacientes singapurenses. Hay que tomar en cuenta que este estudio a diferencia del nuestro, hizo un periodo de seguimiento de dos años a sus pacientes, mostrando los cambios significativos de los síntomas no motores y la calidad de vida. Además, demostraron un empeoramiento significativo en deterioro motor en comparación con una ligera reducción de la carga total de los síntomas no motores, así como un cambio en la calidad de vida por estos mismos (15).

Song et al. muestran que existe una correlación positiva fuerte significativa entre el puntaje total de síntomas no motores en el dominio de sueño / fatiga y PDQ-39. Asimismo, una correlación moderada entre las dimensiones de estado de ánimo/apatía, atención/memoria, gastrointestinal y misceláneas con el puntaje de PDQ-39 para calidad de vida ( $p<0,05$ ). Se encontró una correlación fuerte entre los dominios de bienestar emocional, cognición y los síntomas no motores y una correlación moderada entre el dominio movilidad, actividades de la vida diaria, estigma, comunicación y malestar corporal de la calidad de vida con la puntuación total de síntomas no motores (17). Berganzo et al muestran correlaciones de PDQ-39 con los dominios ánimo/cognitivo y sueño/fatiga (9).

Resultados diferentes a los anteriores muestra el estudio de Santos et al que refieren que los síntomas motores son los que tienen mayor impacto en la calidad de vida respecto a los no motores (2,8 % vs 0,7%). Sin embargo, ellos aplicaron un instrumento que evalúa la calidad de vida percibida (PQ-10), diferente a la de este estudio (PDQ-39). También muestran que los pacientes manifiestan que los síntomas no motores son los que dan el impacto negativo a su calidad de vida, más no los síntomas motores (21).

La variabilidad de resultados encontrados entre los estudios antes mencionados y el presente estudio, muestra que no hay una dimensión de síntomas no motores predominante que se puedan establecer en consenso como la más frecuentemente presentada en enfermedad de Parkinson, así como no hay un dominio predominante afectado de la calidad de vida. Algunos de los antecedentes correlacionan y muestran que existen algunos dominios de síntomas no motores que impactan en la calidad de vida de los pacientes, lo que nos exhorta a tomarlos en cuenta para su tratamiento y seguimiento. Es necesario darle la importancia requerida a la identificación de estos síntomas no motores para que su tratamiento forme parte de la atención integral de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

### **Limitaciones**

Entre las limitaciones del estudio se encontró que el instrumento que mide calidad de vida en enfermedad de Parkinson (PDQ 39) no brinda una calificación global de la calidad de vida y no está validado para estratificar la misma en buena o mala, simplemente nos brinda un puntaje según dimensiones que es imposible de categorizar.

Al ser un estudio de tipo descriptivo no se realizó una correlación entre las dos variables principales del estudio, ni se pudo medir el impacto de una sobre la otra, dejando al aire la asociación entre ambas lo cual creemos que es un aspecto importante en el estudio de la enfermedad. Es importante la búsqueda de síntomas no motores en la consulta, ya que su presencia permite al neurólogo encontrar los constituyentes más incapacitantes del paciente con Enfermedad de Parkinson, para así brindarles tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



## **V. CONCLUSIONES**

Existe una amplia cantidad de síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson y todos los pacientes en el estudio tuvieron algún síntoma no motor. Las dimensiones más frecuentes fueron la de percepción/ alucinaciones, seguido de misceláneos y sueño/fatiga.

Los síntomas presentados con mayor frecuencia fueron dolor, nicturia e incontinencia de urgencia. En promedio cada paciente presentó 11 síntomas no motores aproximadamente.

La movilidad, bienestar emocional y malestar físico fueron los dominios más afectados en la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson en nuestro estudio.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Se sugiere abordar planes de capacitación para los profesionales de salud encargados de la atención de pacientes con enfermedad de Parkinson para la identificación y manejo de los síntomas no motores y así dar un enfoque multidisciplinario del tratamiento. Asimismo, se recomienda integrar las especialidades médicas relacionadas a estos síntomas, para brindar una atención integral al paciente y mejorar su calidad de vida relacionada con la enfermedad.

Se sugiere educar al paciente como a sus cuidadores sobre la existencia y presencia de síntomas no motores en enfermedad de Parkinson, con el objetivo de que ellos puedan identificarlos y así aportar mayor información en el momento de la consulta, contribuyendo en el diagnóstico y manejo oportuno de los mismos.

La identificación de síntomas no motores es de vital importancia en los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson. El tratamiento oportuno de estos síntomas debe ser parte del abordaje integral del paciente con esta enfermedad, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de los mismos.

## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Martínez F, Gasca S, Sánchez F. Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Rev Med Clin Las Condes*.2016; 27(3): 363-379. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-la-enfermedad-de-S0716864016300372>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. [Actualizado 13 abr 2018; citado 6 may 2018]. Disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/sector-publico/parkinson-un-mal-en-aumento-segun-la-oms>.
3. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [Internet]. Perú: INCN 2013 [Actualizado 30 de may 2018 citado 23 may 2018]. Disponible en: <http://www.incn.gob.pe/>.
4. Ávila R, Custodio S. Perfil epidemiológico intrahospitalario de la Enfermedad de Parkinson en el departamento de Lambayeque Perú - 2004. [Internet]. Perú: UNPRG; 2004 [citado 3 may 2018]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos39/parkinson-en-lambayeque/parkinson-en-lambayeque.shtml#ixzz5Hu0yzqBx>.
5. Pérez S, Aguilera P, Núñez L, Colina A. Síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Medisan*.2017;21(6):681-687. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000600006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000600006)
6. Argandoña PL, Perona MA, Hernández FF, Díaz MI, García MS. Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. *Rev neurol*. 2010; 50(2): 1-5. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2009733>
7. Tibar H, El Bayad K, Bouhouche A, Haddou EH, Benomar A, Yahyaoui M, et al. Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease and Their Impact on Quality of Life in a Cohort of Moroccan Patients. *Front Neurol* [Internet]. 2018 [citado 8 abr 2018]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00170/full>
8. Prakash KM, Nadkarni NV, Lye W-K, Yong M-H, Tan E-K. The impact of non-motor symptoms on the quality of life of Parkinson's disease patients: a longitudinal study. *Eur J Neurol*. 2016;23(5):854-60. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26806538/>
9. Berganzo K, Tijero B, González E, Somme J, Lezcano E, Gabilondo I, et al. Motor and non-motor symptoms of Parkinson's disease and their impact on quality of life and on different clinical subgroups. *Neurología*. 2016;31(9):585-591. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25529173/>
  10. Cosentino C, Nuñez Y, Torres L. Frequency of non-motor symptoms in Peruvian patients with Parkinson's disease. *Arq Neuro Psiq*. 2013;71(4):216-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23588282/>
  11. Cabello G, Camelia T. Estudio de calidad de vida con la PDQ39 en pacientes con enfermedad de Parkinson tratados con terapias avanzadas. *Rev cient esp Neurol*. 2018; 1(18): 9 – 14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-avance-resumen-estudio-calidad-vida-con-pdq39-S2013524618300175>
  12. Chou L. Clinical manifestations of Parkinson disease. En: Hurtig I, Eishler F, editors. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2021
  13. Palacios E, Silva MA, Vergara JP, Perdomo C, Patiño HM. Síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson, ¿relación con la lateralidad al inicio de la enfermedad? *Act Neurolol Colomb*. 2015;31(3):261-266. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012087482015000300006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012087482015000300006&script=sci_abstract&tlng=es)
  14. Tibar H, El Bayad K, Bouhouche A, Haddou EH, Benomar A, Yahyaoui M, et al. Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease and Their Impact on Quality of Life in a Cohort of Moroccan Patients. *Front Neurol* [Internet]. 2018 [citado 8 abr 2018]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00170/full>
  15. Prakash KM, Nadkarni NV, Lye W-K, Yong M-H, Tan E-K. The impact of non-motor symptoms on the quality of life of Parkinson's disease patients: a longitudinal study. *Eur J Neurol*. 2016;23(5):854-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26806538/>
  16. Saavedra M, Millán P, Buritica H. Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Acta Neurol Colomb*. 2019; 35(3): 2-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v35s1/0120-8748-anco-35-s1-2.pdf>

17. Song W, Guo X, Chen K, Chen X, Cao B, Wei Q, et al. The impact of non-motor symptoms on the Health-Related Quality of Life of Parkinson's disease patients from Southwest China. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014;20(2):149-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24161377/>
18. Oliver B, Veronese S. Palliative approach to Parkinson disease and parkinsonian disorders. En: Morrison R, Hurtig I, editors. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2021
19. Spindler A, Tarsy D. Initial pharmacologic treatment of Parkinson disease. En: Hurtig I, Eishler F, editors. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2021.
20. Polo S. Características clínico epidemiológicas de síntomas no motores en pacientes adultos mayores con diagnóstico de enfermedad de Parkinson referentes del Hospital Belén de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo [Tesis pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
21. Santos G, De la Fuente F. Impact of non-motor symptoms on health-related and perceived quality of life in Parkinson's disease. *J Neurol Sci.* 2013;332(1-2):136-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890935/>
22. Zarranz J. *Neurología*. 5ed. Barcelona: Elsevier; 2013
23. Postuma R, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease *Movement Disorder Society.* 2015;30(12):591-601. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474316/>
24. Jankovic J. Etiology and pathogenesis of Parkinson disease. En: Hurtig I, Eichler F, editors. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2021
25. Chahine L, Tarsy D. Management of nonmotor symptoms in Parkinson disease. En: Hurtig I, Eichler F, editors. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2021

## ANEXOS

### Anexo 1: Presupuesto

Presupuesto						
n.º	Clasificación de gasto	Descripción	Unidad De Medida	Cantidad	Costo Unitario S/.	Total S/.
<b>I</b>	<b>Bienes</b>					
I.1		Lapiceros	UN	10	1.5	15
I.2		Corrector	UN	5	4	20
I.3		Papel Bond	Medio millar	1	15	15
I.4		Folder Manila	UN	25	1.5	37.5
I.5		Anillados	UN	6	5	30
I.6		Fasteners de metal	UN	50	1	50
<b>II</b>	<b>Servicios</b>					
II.1		Alimentación	Refrigerios	100 x mes x 22 meses	10	2200
II.2		Impresión	UN	200	0.2	40
II.3		Anillado	UN	7	5	35
II.4		Pasajes fuera de turno en Hospital	Traslados por investigador en número	44 viajes	25	1100
II.5		Pasajes a domicilio	Traslados por investigador en número	44 viajes	25	1100
II.6		Comunicación Telefónica	Recargas	2 recargas x mes x 22 meses x 2 investigadores	30	1320
II.7		Uso de internet	Días	1 mes x 22	30	660
II.8		Tarifa por realizar estudio en HNAAA	Cuota	1	332	332
II.9		Pago a asesor metodológico	Sesión	10	100	1000
II.10		Tiempo utilizado por investigadores	Hora	200	20	4000
<b>Total</b>						<b>11954.5</b>

## Anexo 2: Ficha de recolección de datos

### Ficha de recolección de datos

Nombre: \_\_\_\_\_

#### 1. Características sociodemográficas

1.1 Edad: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: Femenino  Masculino

1.3 Estado civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Conviviente

1.4 Grado de instrucción: Básica/inicial  Primaria  Secundaria   
Superior Técnica  Superior Universitaria

#### 2. Características clínicas

2.1 Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

2.2 Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

2.3 Hoehn e Yahr:  0  1  2  3  4  5

#### 2.4 Tratamiento:

Levodopa

Agonistas dopanimérgicos

Inhibidores de la MAO

Inhibidores de la COMT

Anticolinérgicos

Neurolépticos

Antidepresivos

Benzodiacepinas

Amantadina

Otros \_\_\_\_\_

## Anexo 3: Instrumentos

### Problemas no motores en enfermedad de Parkinson

Los síntomas motores de la Enfermedad de Parkinson son bien conocidos. Sin embargo, algunas veces pueden aparecer otros problemas como consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento. Es importante que su médico los conozca, especialmente si resultan molestos para Ud.

Abajo aparece una lista de problemas. Por favor, marque la casilla "Sí" si ha tenido alguno durante el mes pasado. El médico o enfermero/a pueden hacerle algunas preguntas para ayudarlo a decidirse. Si no ha tenido ese problema durante el mes pasado, marque la casilla "No".

Si ha tenido el problema anteriormente, pero no durante el mes pasado, también debe responder "No".

### Cuestionario de síntomas no motores en enfermedad de Parkinson (PD NMS Quest)

Nombre:

Fecha:

Edad:

Hombre

Mujer

Toda la información que proporcione en este cuestionario será tratada de forma confidencial y sólo se usará con la finalidad para la cual se recogió. La información aportada solo se utilizará de forma colectiva. Sus datos personales serán tratados y guardados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Desarrollado y validado por el International PD Non Motor Group

#### ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas durante el mes pasado?

1. Babeo durante el día
2. Pérdida o alteración en la percepción de sabores u olores
3. Dificultad para tragar comida o bebidas, o tendencia a atragantarse
4. Náuseas o vómitos
5. Estreñimiento (deposiciones menos de 3 veces a la semana) o tener que hacer esfuerzos para defecar
6. Incontinencia fecal (se escapan las heces)
7. Sensación de evacuación incompleta de las heces después de ir al baño
8. Sensación de tener que orinar urgentemente, que le obliga a ir rápidamente al baño
9. Necesidad e levantarse habitualmente por la noche a orinar
10. Dolores in causa aparente (no debidos a otras enfermedades, como la artrosis)
11. Pérdida de peso sin causa aparente (no debido a un régimen o dieta)
12. Problemas para recordar cosas que han pasado recientemente o dificultad para acordarse de las cosas que tenía que hacer
13. Pérdida de interés en lo que pasa a su alrededor o en realizar sus actividades
14. Ver u oír cosas que sabe o que otras personas le dicen que no están allí
15. Dificultad para concentrarse o mantener la atención
16. Sentirse triste, bajo/a de ánimo o decaído
17. Sentimientos de ansiedad, miedo o pánico
18. Pérdida o aumento de interés por el sexo
19. Dificultades en la relación sexual o cuando lo intenta
20. Sensación de mareo o debilidad al ponerse de pie después de haber estado sentado o tumbado
21. Caídas
22. Dificultad para mantenerse despierto/a mientras realiza actividades como trabajar, conducir o comer
23. Dificultad para quedarse o mantenerse dormido por la noche
24. Sueños intensos, vividos o pesadillas
25. Hablar o moverse durante el sueño como si lo estuviera viviendo
26. Sensaciones desagradables en las piernas por la noche o cuando está descansando, y sensación de que necesita moverlas
27. Hinchazón en las piernas
28. Sudoración excesiva
29. Visión doble
30. Creer que le pasas cosas que otras personas le dicen que no son verdad



## Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson

(PDQ – 39) Autores: V.Peto et al, 1995 (Validada en España por P.Marinéz Martín et al 1998)

**Señale con qué frecuencia ha presentado, en el último mes, los siguientes problemas como consecuencia de la enfermedad de Parkinson**

	Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces	Frecuentemente	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. No ha recibido apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba					
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					
<b>Resultado Total</b>					

## **Consentimiento informado**

### **Ficha de consentimiento informado**

#### **Frecuencia de síntomas no motores y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson en el Servicio de Neurología y Geriátrica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero – julio 2019**

##### **Información al paciente**

Medir la frecuencia de los síntomas no motores en los pacientes con enfermedad de Parkinson mediante una ficha de recolección de datos, además evaluar la calidad de vida de los pacientes mediante un instrumento y tras un análisis, determinar el efecto de los síntomas sobre la calidad de vida de los individuos en estudio.

##### **Propósito del estudio**

El presente estudio permitirá establecer una relación entre la aparición de los síntomas no motores y el deterioro de la calidad de vida del paciente, además de identificar cuáles son lo más y comunes y los que mayor impacto tienen sobre la calidad de vida y lograr un manejo integral del paciente con enfermedad de Parkinson.

##### **Procedimientos del estudio**

Si usted acepta participar, se llenará una ficha de recolección de datos con su ayuda y además se le aplicarán dos encuestas, una sobre la frecuencia de síntomas no motores, la cual consta de 30 preguntas, y la otra sobre su calidad de vida, que consta de 39 preguntas. Todos los formatos serán llenados por el investigador. El proceso total durará entre 15 y 20 minutos aproximadamente.

##### **Beneficios**

Si usted acepta participar no recibirá ningún beneficio económico, sin embargo, a los participantes se les proporcionará una charla sobre los síntomas no motores de la EP, su manejo y la manera correcta de comunicarlos a los profesionales de la salud.

## **Riesgos**

Ninguno

## **Confidencialidad**

El estudio no incluye el nombre de los participantes y toda información recopilada será desechada en un lapso máximo de dos años después de concluida la investigación.

## **Firma del consentimiento**

Usted entiende que su participación en el estudio es voluntaria. En cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el estudio, sin que su tratamiento médico posterior se vea afectado. Su médico también podrá detener el estudio por razones médicas u otras razones. Al firmar este consentimiento usted acepta permitir al investigador recoger la información médica de usted. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado que está firmando; aquí encontrará la información que le permita contactar al investigador y a su equipo de trabajo para cualquier inquietud.

## **Personas a contactar**

Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con cualquiera de los médicos responsables de la Investigación: Est. Med. Cenia Alejandra Gutiérrez Llerena y Est. Med. Juan Marcelo Sánchez Zevallos, asesorados por el Dr. José Alex Cabrejo Bravo.

Correo electrónico: ce.g.ll96@gmail.com

Yo he leído la información brindada en el texto anterior y voluntariamente acepto participar en el estudio respondiendo al llenado de la ficha de recolección de datos, realizando los test descritos y permitiendo a los investigadores usar la información acerca de mí.

**Fecha:** .....

**Nombre, firma y DNI del paciente o la persona que permite consentimiento:**

.....

**Firma del investigador**

.....

## Compromiso del consentimiento informado

Nombre del participante

---

Acepto participar en el estudio:

**“Frecuencia de síntomas no motores y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al Servicio de Neurología y Geriátría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, periodo enero-julio 2019**

Sí      No

Para lo cual, declara haber recibido una adecuada explicación acerca del estudio. Así mismo declaro que acepto participar de manera voluntaria. De la misma forma, constato que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes, y que me explicaron que, si en el futuro tengo nuevas preguntas acerca del estudio o en relación a mis derechos, podré hacerlas a los responsables del estudio.

En consecuencia, doy fe con mi firma y huella digital.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Huella digital

DNI: \_\_\_\_\_

Si el participante no puede leer el formulario, el personal del estudio deberá completar lo siguiente: He explicado verbalmente los detalles del estudio al participante.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_