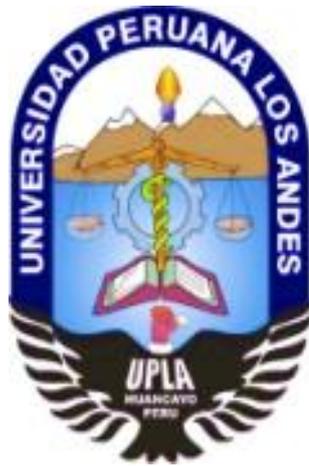


UNIVERSIDAD PERUANA “LOS ANDES”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE
PARKINSON HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO
2016 AL 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

AUTOR : Bach. PALOMARES IBARRA Adrián Edmundo

ASESOR: MG. ERWIN TITO ORTEGA

LINEA DE INVESTIGACION INSTITUCIONAL:

Salud y Gestión de la Salud

LINEA DE INVESTIGACION DE LA ESCUELA PROFESIONAL

DE MEDICINA HUMANA: Patología Médica y Quirúrgica.

FECHA DE INICIO: ENERO 2018

FECHA DE CULMINACION: ENERO 2019

HUANCAYO - PERU - 2019

DEDICATORIA

A mí estimada familia.

Que se esmeró durante este tiempo para concluir y hacer la investigación mejor posible, ya que me acompañó durante el transcurso de toda mi carrera profesional.

A mis amigos cercanos que me brindaron apoyo en momentos difíciles y poder así sobrellevar una vida más estable y alegre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Hospital EsSalud de Huancayo por su predisposición a través de la Oficina de Investigación, en acceder a la fuente de información de los pacientes tratados con enfermedad de Parkinson, base fundamental para culminar el presente trabajo, al personal docente de investigación por su calidad humana en brindarme los datos necesarios para finalizar la investigación, a la Universidad Peruana “Los Andes” y docentes de la Facultad de Medicina Humana que me brindaron asesoramiento, siendo el fin la culminación de este estudio.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
CONTENIDO DE TABLAS	vi
CONTENIDO DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2. Delimitación del Problema	13
1.3. Formulación del Problema	14
1.3.1. Problema General	14
1.3.2. Problemas Específicos	14
1.4. Justificación	14
1.4.1. Social	15
1.4.2. Teórica	17
1.4.3. Metodológica	18
1.5. Objetivos	20
1.5.1. Objetivo General	20
1.5.2. Objetivos Específicos	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO	21
2.1. Antecedentes	21
A. Internacionales	21
B. Nacionales	23
C. Locales	24
2.2. Bases Teóricas o Científicas	24
2.3. Marco Conceptual	26
CAPITULO III: HIPÓTESIS	33
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	34
4.1. Método de Investigación	34

4.2. Tipo de Investigación	34
4.3. Nivel de investigación	35
4.4. Diseño de la Investigación	35
4.5. Población y Muestra	36
4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	37
4.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	39
4.8. Aspectos Éticos de la Investigación	40
CAPITULO V: RESULTADOS	41
5.1. Descripción de Resultados	41
5.2. Contrastación de Hipótesis	51
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	63
A. Matriz de Consistencia	64
B. Matriz de Operacionalización de Variables	65
C. Instrumento de Investigación	68
D. Validación por Criterio de Jueces del Instrumento	72
E. Confiabilidad Válida del Instrumento (Alfa de Cronbach)	78
F. Registro de Pacientes	80
G. Autorización	91

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla N ^o 1.	Tabla de Agentes Antiparkinsonianos.	32
Tabla N ^o 2.	Tabla de edad de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	41
Tabla N ^o 3.	Tabla de las características epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	42
Tabla N ^o 4.	Tabla de los síntomas motores y miembros afectados de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	44
Tabla N ^o 5.	Tabla de síntomas no motores de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	45
Tabla N ^o 6.	Tabla de otros síntomas de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	47
Tabla N ^o 7.	Tabla de tratamiento de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	48
Tabla N ^o 8.	Tabla de factores asociados y complicaciones de los pacientes con Enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017	50

CONTENIDO DE FIGURAS

- Figura N^o 1. Gráfico del tiempo de enfermedad de los pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017 **43**
- Figura N^o 2. Gráfico de los síntomas no motores de los pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017 **46**

RESUMEN

Objetivo: Determinar las principales características de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017. **Material y Método:** Estudio básico, observacional de nivel descriptivo retrospectivo, la muestra fue no probabilística (no aleatorizada) tipo censal donde se analizó a 125 pacientes. **Resultados:** La edad promedio fue de 73,54 años, género más frecuente fue masculino (60,8%), el (66,4%) tiene estado civil casado y (46,4%) grado de instrucción superior universitario. El (59,2%) tiene tiempo de enfermedad entre (1-7 años), el síntoma motor más frecuente fue temblor de reposo y bradicinesia (24,8%), seguido de temblor de reposo y rigidez (19,2%). Así mismo el (75,2%) refiere en los síntomas sensoriales dolor; (47,2%) depresión y (40%) urgencia de orinar. En los síntomas no motores fue la alteración del sueño (36,8%) siendo frecuente el insomnio (40%); además: síndrome de piernas inquietas (25,6%), antecedentes familiares de Parkinson (24%), delirios (23,2%), visión borrosa (22,4%), sialorrea (19,2%), anhedonia/apatía (16%) y demencia (15,2%). **Conclusiones:** Se determinó una mayor frecuencia del género masculino, una baja prevalencia de antecedentes familiares con enfermedad de Parkinson, dentro de los síntomas motores el temblor de reposo fue el más frecuente, y en los síntomas no motores fue muy notorio la presencia de enfermedades neuropsiquiátricas como insomnio y depresión.

Palabras claves: Enfermedad de Parkinson, neurología, depresión, sueño.

ABSTRACT

Objective: Determine the main characteristics of Parkinson's disease in patients of EsSalud Huancayo Hospital 2016 to 2017.

Material and Methods: Basic and observational study of retrospective descriptive level, the sample was non - probabilistic (non- randomized), census type where 125 patients were analyzed.

Results: The average age was 73.54 years, the most frequent was male gender (60.8%), (66.4%) is married marital status and (46.4%) has university higher education degree. The (59.2%) had sickness time between (1-7 years), the most frequent motor symptom was tremor of rest and bradykinesia (24.8%), followed by rest tremor and rigidity (19.2%). Likewise, (75.2%) refer pain sensory symptoms; (47.2%) depression and (40%) urge to urinate. In non-motor symptoms, was sleep disturbance (36.8%), being the insomnia being frequent (40%); in addition are: restless legs syndrome (25.6%), family history of Parkinson's disease (24%), delusions (23.2%), blurred vision (22.4%), sialorrhea (19.2%), anhedonia/apathy (16%) and dementia (15.2%).

Conclusions: The frequency of the male gender was determined, a low prevalence of family history Parkinson's disease. In the motor symptoms, the resting tremor was the most frequent, and in the non-motor symptoms the presence of neuropsychiatric was very noticeable diseases such as insomnia and depression.

Keywords: Parkinson Disease, Neurology, Depression, Sleep.

INTRODUCCIÓN

En el mundo la esperanza de vida está aumentando incluso en países en vías de desarrollo donde se creía antes que era una utopía, aun así todavía la brecha es larga y aunque el anhelo es tener una esperanza de vida más larga, ésta va asociada a veces con problemas poco conocidos como son las enfermedades neurodegenerativas, siendo en primer lugar la enfermedad de Alzheimer y luego la enfermedad de Parkinson, es por ende importante estar “preparados” para el futuro no muy lejano que nos espera.

En el mundo según cifras oficiales de la OMS en el año 2016 la enfermedad de Parkinson afectaba a una persona por cada 100 personas mayores de 60 años, en ese mismo año se estimó que había 6,3 millones de personas con esta patología, y además se llamaba a la reflexión porque para el año 2030 las cifras se duplicaría a 12 millones de personas con esta enfermedad en todo el mundo.¹ Las enfermedades neurológicas generalmente siempre traen bajo el brazo un costo económico alto para la familia y también para el Estado, es así que en Europa se calculó el costo que implicaba el abordaje de enfermedades neurológicas que llegaba a ser 139 mil millones de Euros; es por eso que en el Congreso de Bruselas se determinó realizar una concientización en todos los países sobre las enfermedades neurológicas y sus implicaciones que esto está conllevando.² La Organización Panamericana de la Salud también se refirió a este fundamento en Washington en el 2008, donde establecía que los trastornos neurológicos como la Epilepsia, la enfermedad de Parkinson y el Alzheimer representaba más del 6% de carga global, así mismo estas cifras se duplicarían dentro de 20 años y se volvía a

enfaticar sobre el estigma que se tiene con estas enfermedades y las intervenciones costo-efectivas para el tratamiento, al igual en una distribución más equitativa en la región respecto a la oferta en los servicios de salud.³ En Estados Unidos la enfermedad de Parkinson afecta a más de un millón de personas, la mayoría personas mayores de 50 años, aunque se observa la presencia de la enfermedad en personas más jóvenes debido a una carga genética más importante.⁴ En nuestro País las cifras que se tienen no son claras, el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) estimo que en el año 2014 el 1% de la población tenía enfermedad de Parkinson o sea 300 mil personas, para tener una idea un estadio de futbol de capacidad de 100 mil espectadores, ahora imagine en nuestro país 3 estadios de futbol con igual capacidad llenos de pacientes con enfermedad de Parkinson, como se entenderá por cada persona enferma que herede se le incluya toda una familia detrás; esto empeora además por los costos que se refleja como por ejemplo con la terapia quirúrgica donde en los casos más complicados se viene realizando en los Hospitales como el Guillermo Almenara y Edgardo Rebagliati Martins, donde todavía el costo es muy alto y poco accesible.⁵ Es por eso que se realiza la presente investigación con la finalidad de obtener las principales características de la enfermedad de Parkinson en la ciudad de Huancayo y aportar datos útiles para futuras investigaciones sobre esta enfermedad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El Perú en el año 2006 estaba registrado para la OMS como un país con una alta tasa de mortalidad tanto infantil como de adultos pero en vías de desarrollo, con esa categorización la proyección que se tendría respecto a los problemas neurológicos para el año 2030 sería la siguiente: 2'015,065 de personas con enfermedad de Parkinson y la tasa de mortalidad sería de 25,45 por cada 100 mil personas.⁶ Cada año se registran entre dos y tres mil casos nuevos en el Perú y que solo en Lima estaría aproximadamente 10 mil personas con dicha enfermedad, cifra que nos lleva mucho a reflexionar sobre que se está haciendo en el interior del país respecto a esta patología.⁷

En nuestro país existe la “Asociación de Lucha contra el Parkinson - Perú”, Carlos Plasencia fundador de dicha asociación refiere que es importante que las personas que desarrollen esta patología antes de los 65 años tengan un

soporte económico y fundamental para las personas que tienen trabajo estable pidan esos derechos y pidan una jubilación anticipada en la AFP por invalidez total y así poder sobrellevar esta enfermedad, además es importante que el Estado tenga más soporte económico para las familias que no pueden contar con esos derechos.⁸ Datos útiles para futuras investigaciones sobre esta enfermedad.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital de EsSalud trata de brindar una atención más integral que va desde terapias de rehabilitación, consejos nutricionales, apoyo psicológico, tratamiento con medicamentos y en última instancia la cirugía por estimulación en casos severos, recordando que los costos son altos todavía para dicha operación y que vienen realizando algunos Hospitales como el Edgardo Rebagliati Martins desde el año 2007.⁹

Otro dato importante durante la realización de esta investigación fue encontrar un artículo de tipo retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas del Departamento de Neurología y Gerontología del Instituto de Ciencias Neurológicas de la ciudad de Lima entre los años 1970 y 1995 sobre las características clínicas - epidemiológicas de la enfermedad de Parkinson; un dato fundamental que resaltaba este artículo era la prevalencia que mostraba en la Sierra Central específicamente en Junín, donde de todos los casos registrados, Junín ocupaba el segundo lugar respecto al lugar de nacimiento y procedencia después de Lima, dicho artículo desde su publicación han pasado 20 años y en su momento hubiera sido fundamental

realizar estudios de algunos factores que hoy en día se sabe están relacionados con la enfermedad de Parkinson como son los tóxicos y en especial el uso de algunos herbicidas.¹⁰

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema General

- ¿Cuáles son las principales características clínico - epidemiológicas de la enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017?
- ¿Cuáles son las características clínicas de la enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017?
- ¿Cuáles son los factores asociados (comorbilidades) y complicaciones de la enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017?

1.4. JUSTIFICACIÓN

En nuestra ciudad no existe muchos estudios o en última instancia no existe estudios sobre las principales características de la Enfermedad de Parkinson, por lo cual el tratamiento y/o presentación clínica no es bien conocida para poder controlar y disminuir su frecuencia y cronicidad; el área de Salud

Mental y Neurológica lamentablemente en nuestra ciudad es incipiente y mucho menos en los adultos mayores donde generalmente están relegados.

1.4.1. **Social**

En el tratamiento y prevención de la enfermedad de Parkinson se considera un reto para el médico internista y el médico neurólogo respecto a la evolución en el tiempo de la enfermedad que conlleva a muchas complicaciones como son las neuropsiquiátricas y que mellan la calidad de vida de los pacientes, casi igual o más que los trastornos motores de la enfermedad.

Debido a lo descrito anteriormente el investigador plantea que los estudios en el campo o área de la neurología son muy pocos o casi nulo en la Región Junín al igual que en el país, lo cual nos lleva a reflexionar de cómo estos pacientes están llevando su enfermedad, la carga social, psicológica, económica y familiar no solo para el paciente sino para toda su familia; ya que los costos para recibir un tratamiento oportuno y de calidad es muy restringido, aunque el seguro social tiene un sostén económico se recalca que la enfermedad del Parkinson genera muchas otras comorbilidades y que es muy necesario caracterizar esta enfermedad para tomar medidas preventivas y de tratamiento por lo cual conocer esta enfermedad en nuestra Región y en específico en el Hospital EsSalud de Huancayo nos da una imagen de cómo estos pacientes están afrontando esta patología.

El aspecto social que tiene todo investigador es muy importante, porque el fin de su estudio es la población de pacientes diagnosticados con la enfermedad

de Parkinson según sus historias clínicas, donde se realiza el análisis cuantitativo o cualitativo; es por ello que las enfermedades neurológicas son patologías muy demandantes para los familiares no solo en lo económico sino también: Psicológico y Social, que requiere el apoyo como sostén que pueda llevar una mejor calidad de vida respecto al tratamiento. El Seguro Social intenta tener un enfoque integral sobre salud aunque tenga carencias la misión y el objetivo es que el paciente pueda sobrellevar su enfermedad con dignidad; para ello su comunidad más íntima también es un factor que ayuda y mucho más si el Hospital a donde acude le brindan atención no sólo para curarse sino para prevenir, promover y tratar la enfermedad oportunamente.

A nivel práctico implementar medidas de diagnóstico diferencial al ingreso de los adultos mayores a la institución y revisar periódicamente la evolución que tienen sabiendo que el tratamiento multifactorial en la enfermedad de Parkinson es complejo; tomar medidas preventivas en las complicaciones por lo cual las autoridades deberían promover promoción de la salud y así reducir los costos que esto puede conllevar en el futuro. La prevención en las enfermedades neurodegenerativas como en el Parkinson económicamente es costosa y complicada, si bien existe varios estudios que van dirigidos al tratamiento la prevención son vistos muy poco aplicable viendo su costo-beneficio, sin embargo; se puede experimentar el “envejecimiento saludable” con una buena calidad de vida y sobre todo preservar su autonomía durante más tiempo en los pacientes con enfermedad de Parkinson.¹¹

1.4.2. Teórica

Todo investigador tiene un tema de investigación que le apasiona, es un punto en la gran recta de la investigación y el estudio descriptivo que muy habitualmente es ninguneado entre aquellos autores que pertenecen a la escuela impertinente, todo estudio tiene su importancia desde aquel que identifica el fenómeno o diagnostica la enfermedad hasta el último peldaño de un problema de estudio que es el tratamiento o la solución final; uno como investigador plantea ¿Cómo se determinará los factores asociados de riesgo o protectores si antes descriptivamente no determinaron qué variables son más frecuentes en una enfermedad en específico?, es por ello importante todo estudio descriptivo y aún más si dicho estudio en una Región en específico no existe; pues el siguiente investigador al tener ese peldaño realizado en la pirámide de la investigación seguirá esa línea para adelante no solo para determinar los factores asociados, sino plantear las causas, predecir el pronóstico y complicaciones para finalmente terminar con el tratamiento y/o solución final para el paciente que por ser solo un paciente en sí, presenta mucha angustia respecto a su enfermedad.

La enfermedad de Parkinson antiguamente solo se enfocaba en los trastornos motores que son en sí lo más característico de esta enfermedad, pero se vio que a lo largo de los años las comorbilidades, el efecto del tratamiento o factores como de índole de trabajo era un tema de preocupación para el paciente, siendo de vital importancia que el personal médico tenga ese conocimiento científico en sus dimensiones más básicas como son la epidemiología, clínica, tratamiento, comorbilidades y estimar las frecuencia

de aquellas variables. Epidemiológicamente como la edad, procedencia o estado clínico orienta de cómo estos pacientes respecto a la carga económica pueden soportar, clínicamente y de tratamiento es necesario que los criterios de diagnóstico sean de conocimiento más amplio y para lo cual hay síntomas motores característicos así como enfocarlos de qué aqueja más en nuestra población de estudio. En el tratamiento el uso de medicamentos como la Dopamina es suministrado de manera constante para controlar la degeneración de la *sustancia negra*, pero además, hoy en día se prescribe otros medicamentos para la enfermedad en sí como para efectos adversos de los mismos. En las comorbilidades que los pacientes con enfermedad de Parkinson es muy habitual y se recalca su importancia por los problemas neuropsiquiátricos, es así que determinar en nuestra población de estudio; que variables más frecuentes contribuirán más adelante en la línea de la investigación de los factores que están asociados.

Esta investigación en el enfoque teórico brindará datos de real importancia respecto a esta patología, además aportará conocimiento nuevo que se tiene sobre la epidemiología, clínica, comorbilidades y complicaciones; en sentido general tener conocimiento sobre nuestra realidad es importante para tomar decisiones sabiendo que los casos aumentarán en los años venideros.

1.4.3 Metodológica

Desde el punto de vista metodológico se debe reestructurar las guías de protocolo de atención en el adulto mayor para tomar medidas preventivas que serán importantes para reducir el riesgo de desarrollar las complicaciones que

se generan en los pacientes con enfermedad de Parkinson en el Hospital EsSalud Huancayo.

Al recolectar información de fuentes secundarias que en este caso es la historia clínica y luego utilizar la estadística descriptiva, determinar las frecuencias y las medidas de tendencia central nos lleva a responder nuestros objetivos en un estudio descriptivo que es describir. No lleva hipótesis porque no planteamos enunciados que pueden ser verdaderos o falsos sino al contrario se trató de describir o caracterizar nuestra variable de estudio.

En el diagnóstico de esta enfermedad se debe enfatizar que los trastornos parkinsonianos, la primera causa es el uso de medicamentos seguido de la enfermedad de Parkinson, es por ello que se debe tener muy claro las diferencias significativas, el diagnóstico es eminentemente clínico luego de descartar causas orgánicas a través de medios de confirmación como son estudios de laboratorio imagen, aunque la prevalencia es muy baja de esta enfermedad en el mundo y en el país es fundamental tomar las medidas de protocolos de prevención como son las enfermedades neurodegenerativas y que según la OMS van a aumentar en los próximos años, es por ello estar preparados y conocer más estas enfermedades y en especial en nuestra localidad. La enfermedad de Parkinson tiene como un factor de riesgo a la edad es por ello importante que en los adultos mayores con esta patología se deben realizar más estudios para poder modificar el curso de la enfermedad y tomar medidas de salud en lineamiento con las políticas de salud como plantea cada Gobierno respecto a las enfermedades neurodegenerativas en el Perú.

La presente investigación es fundamental como un inicio bajo la metodología usada, muy importante para que otros investigadores realicen las mismas para hallar resultados similares o encontrar contradicciones; justamente ahí, radica la importancia de declarar las limitaciones que todo estudio tiene y las recomendaciones para que los demás puedan mejorar y optimizar su estudio respecto a la enfermedad de Parkinson.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

- Determinar las principales características clínico – epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud de Huancayo 2016 al 2017.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud de Huancayo 2016 al 2017.
- Identificar las características clínicas de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud de Huancayo 2016 al 2017.
- Identificar los factores asociados (comorbilidades) y complicaciones de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud de Huancayo 2016 al 2017.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A. Internacionales

Navarro - Peternella F, (2008) en su estudio transversal y prospectivo hecho en Brasil en el 2008 analizó 40 pacientes con el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, determinó en las características sociodemográficas que el sexo masculino tuvo mayor prevalencia (62,5%), que la etnia más afectada fue la Blanca (80%), estado civil más frecuente casado (75%), con una escolaridad básica incompleta (55%) y que la medicación más frecuente es la Dopamina más otras drogas antiparkinsonianos (52,5%).¹²

En un trabajo de investigación de corte transversal en Ecuador sobre los trastornos neurodegenerativos y su presencia en el Hospital Eugenio Espejo de una población de 210 casos, determinaron que la enfermedad de Parkinson fue la más prevalente (51%), que la edad promedio era $62,3 \pm 13.3$ años,

estancia hospitalaria promedio por ingreso a emergencia 9.5 ± 6.5 días y respecto al género el masculino fue más frecuente (53,8%).¹³

Solís M, et al. en su estudio de casos y controles realizado en Chile donde se estudió a 126 personas en total sobre el factor tóxico de algunos herbicidas con la enfermedad de Parkinson; siendo 63 los casos se determinó las siguientes características: El sexo masculino fue prevalente (58,73%), edad media $71,77\pm 7,9$ años, nivel educacional sin estudio superior (69,8%), ruralidad (58,3%), antecedentes de Parkinson en los casos (100%), Traumatismo Encéfalo Craneano (58,3%) y exposición a tóxicos como plaguicidas, herbicidas, pinturas, diluyentes entre otros (75%).¹⁴

En España (2018) en un estudio epidemiológico sobre la enfermedad de Parkinson se determinó que la prevalencia e incidencia era menor a comparación de Europa y Estado Unidos pero era mayor respecto a toda Latinoamérica, determinándose que la aparición de la enfermedad varia respecto al sexo: en los varones aparecía 2,1 años posteriores a la edad de las mujeres (53,4 años en hombres y 51,3 años en mujeres), la genética solo representaba el 5% de historia familiar de todas las formas aisladas, otros factores asociados era el trauma encéfalo craneano aunque no se pudo demostrar en estudios prospectivos más adelante, el uso de tóxicos como los pesticidas los que tenían el compuesto como la rotenona, compuestos de órganos clorados, paraquat.¹⁵ Martín B.S. (2015), en su estudio hospitalario multicéntrico de serie de casos descriptivo hecho en España específicamente en Murcia, analizó a 156 pacientes el 56,41% era varones, la edad media fue de 73.21 ± 9.88 años, promedio de tiempo con la enfermedad era de 7,36 años;

la presencia de demencia 12,50%, alteraciones del sueño 81,36% y el 37,1% tenía depresión.¹⁶

B. Nacionales

En un estudio observacional analítico se analizó a 63 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson que acudieron al Departamento de Enfermedades Neurodegenerativas del INCN, se pudo evidenciar las siguientes características relevantes de la población: Que el sexo masculino fue ligeramente más frecuente (55,56%), que la edad promedio más frecuente se encontraba en el rango de 60-69 años (42,86%), tiempo de enfermedad de 5 a 9 años (42,86%), la presencia de los síntomas motores fueron de la siguiente manera de mayor a menor frecuencia: Bradicinesia (87,3%), rigidez (84,13%), temblor al reposo (79,37%) y alteración postural (74,6%).¹⁷

Torres L, en 1998 realizó un trabajo de investigación epidemiológica con la enfermedad de Parkinson donde analizó los datos que se tenían para ese momento, siendo la incidencia de edad que esta ocurría era frecuentemente entre 50-69 años, determinándose además los factores de riesgo como son la edad, sexo, carga genética, exposición a tóxicos nocivos como son algunos herbicidas y en factores protectores como el tabaquismo.¹⁸ En el año de 1995 se realizó un estudio muy importante pero que lamentablemente no se le dio la importancia, en el Instituto de Ciencias Neurológicas se revisó historias clínicas entre los años 1970 hasta 1995 analizando un total de 6987 pacientes.¹⁰

Núñez-Peralta C, en su estudio descriptivo - retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, donde revisó las historias

clínicas de 134 pacientes, determinó que el (62,7%) eran varones, con una edad promedio 72,37 años, los síntomas encontrados más frecuentes fueron rigidez (69,4%), seguido de temblor de reposo (64,2%) y Bradicinesia (42,5%); dentro de los síntomas no motores se describió la presencia de depresión (23,9%) además que el (55,6%) presentaron alteración gastrointestinales así mismo que la constipación era la más frecuente (26,9%) y la presencia de disfagias (11,2%).¹⁹

C. Locales

Torres L, et al. realizó un estudio epidemiológico a escala muy grande respecto a la población en Ulcumayo en el año 2003, un estudio puerta a puerta dividido en dos fases donde la primera fue la entrevista personal y después la confirmación por un Neurólogo para la Enfermedad de Parkinson; de un total de 1340 personas que fueron evaluadas resultaron que 9 personas (5 varones y 4 mujeres) tenían Parkinson teniendo una prevalencia cruda de 6.71 por cada 1000 habitantes mayores de 40 años, en general la prevalencia era menor del 1% como se presumía; además en varones fue mayor la gravedad según la escala para la enfermedad de Parkinson.²⁰

2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

Dinámica mitocondrial–Fisión mitocondrial y fusión en enfermedades humanas

Aunque la causa exacta de la Enfermedad de Parkinson es desconocida hay varias teorías sobre la degeneración de la sustancia negra y por consiguiente la muerte neuronal que producen la reducción de dopamina, la teoría

mitocondrial revela muchas pistas sobre la causa que hoy en día se sabe es multifactorial.²¹ El desarrollo neuronal requiere del gen DRP1 por lo cual una anomalía en este gen causa una mala distribución mitocondrial, apoptosis y muerte perinatal por hipoplasia cerebral, siendo por ello vital el papel que juega el DRP1 - inducido por fisión en el desarrollo del cerebro humano, destaca también por la descripción de un caso en un bebé con un dominante negativo o mutación del gen DRP1 el cual tenía hipotonía, microcefalia, atrofia óptica y que murió repentinamente a los 37 días de nacido.²¹ Los estudios mostraron problemas en el metabolismo e hiperfusión mitocondrial debido a esta alteración que fueron consistentes con la fisión alterada.²¹ La molécula PINK1 es una serina - treonina quinasa, que protege a las neuronas al prevenir que las mitocondrias inducidas por el estrés despolaricen y sufran apoptosis paliando el estrés oxidativo mitocondrial y fisión.²¹ Hoy en día se sabe que la fisión mitocondrial mediada por el gen DRP1 es muy importante respecto a la muerte neuronal, neuronas que carecen de PINK1 u otro gen “parkin” pueden acumular moléculas DRP1 y el exceso resulta en la fisión y esta finalmente aumenta el estrés oxidativo y reduce la producción de ATPs.²¹ Estas neuronas laboratorialmente pueden ser rescatado inhibiendo la fisión con el uso de otra molécula “mdivi-182” o mejorando la fusión a través del aumento de mitofusina-2 u OPA1; los genes PINK1 y “parkin” también regulan la mitofagia ahora la relación entre la dinámica mitocondrial y la mitofagia es incierta; sin embargo, la autofagia lesiona las entregas mitocondriales a los lisosomas y contribuye a la fragmentación mitocondrial.²¹ En niveles fisiológicos, tanto la fisión mitocondrial como la

mitofagia son beneficiosos trabajando juntos para eliminar lo dañado en las mitocondrias despolarizadas; sin embargo, un exceso de cualquiera de los procesos conduce a la muerte celular.²¹ Dos pesticidas que promueven el parkinsonismo (el inhibidor del complejo 1 de la cadena de transporte de electrones la rotenona y paraquat) inducen la fragmentación mitocondrial, mediante la promoción y degradación de la mitofusina a través de un mecanismo proteosomal mediado por la superfamilia de aminoácidos como son las enzimas ATPasas y la proteína p97 que contiene la valosina; las ATPasas interactúan con el p97 para componer una ruta de ubiquitina-proteosoma que extrae proteínas como la mitofusina-2 de la superficie mitocondrial externa de la membrana en el citosol, donde finalmente sufren una degradación proteosomal.²¹

2.3. MARCO CONCEPTUAL

La patología neurológica Enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo, singularizado por tener movimientos involuntarios como es el temblor de reposo, rigidez en rueda “dentada” el cual es un aumento del tono muscular e hipoquinesia o bradicinesia (una lentificación de los movimientos).²²⁻²³ Esta enfermedad presente en todo el mundo en todas las etnias, aunque más frecuentemente en los países anglosajones, siendo una prevalencia de 1/1000 habitantes así mismo en mayores de 65 años llega a ser 1/100 habitantes.²²⁻²³

1) ETIOLOGÍA

La causa específica de la enfermedad de Parkinson es desconocida, pero hay teorías donde se presume que hay una interacción entre la susceptibilidad genética que trae el paciente y algún factor del medio ambiente que en algunos casos son identificados como son algunos tóxicos y en la mayoría de casos es desconocida.²²⁻²³

2) FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

Aunque existe algunos factores de riesgo para desarrollar enfermedad de Parkinson no es 100% en todos los casos, salvo se tenga un familiar directo o un hermano gemelo monocigoto con la enfermedad.²²⁻²³ Dentro de los factores de riesgo que se refiere son: El sexo (masculino), la etnia (blanca), edad (mayor edad), y también algunos estudios plantearon factores protectores pero que tenían más perjuicios que beneficios como es el consumo de tabaco y la cafeína con resultados contradictorios.²²⁻²³

3) CUADRO CLINICO

MANIFESTACIONES MOTORAS

En la clínica de la enfermedad de Parkinson las manifestaciones motoras son las más evidentes, esta incluye alteraciones cardinales identificables como son el temblor en reposo, rigidez, bradicinesia y en algunos pacientes en etapas avanzadas la inestabilidad postural; además la afectación es unilateral progresando a una bilateralidad en el curso de la enfermedad, aunque puede existir el predominio del hemisferio donde se inició los síntomas.²²⁻²³ Para el

diagnóstico de la enfermedad no existe un test sea de laboratorio, de neuroimagen o psicométrico para confirmar el diagnóstico, por lo cual el diagnóstico es eminentemente clínico por el especialista encargado, en lineamiento con los criterios establecidos por el “Banco de Cerebros del Queen Square de Londres” y/o la “Sociedad de trastornos del movimiento” que son la presencia.²²⁻²³

- ❖ Bradicinesia (Lentitud del movimiento)
- ❖ Rigidez muscular
- ❖ Temblor (reposo)
- ❖ Inestabilidad postural no atribuible a una alteración visual, vestibular, cerebelosa o propioceptiva.²²⁻²³

También se refiere que el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson se puede “confirmar” cuando hay una respuesta excelente a la Levodopa en el inicio del tratamiento; además otras características a resaltar son el inicio unilateral, presencia del temblor de reposo, persistencia de la asimetría en el curso de la enfermedad y así mismo estas características son factores independientes respecto a la mortalidad.²²⁻²³

Algunos datos de laboratorio pueden ser útiles para descartar otras patologías, como son la neuroimagen, niveles de ácido úrico, progranulina, hemograma completo para descartar infecciones o tóxicos, además de las manifestaciones motoras luego aparecen otras que ayudan a la sospecha de la enfermedad como son: A nivel cráneo facial la hipomimia facial, reducción del parpadeo espontáneo, problemas del lenguaje (disartria hipocinética), hipofonía, palilalia y la disfagia; afecciones visuales como es la borrosidad visual,

alteración de la percepción de los colores, sacadas hipométricas, una alteración del reflejo vestibular, de la superversión de la mirada y la convergencia y también se refiere una apraxia para la apertura ocular.²²⁻²³

MANIFESTACIONES NO MOTORAS

Dentro de los últimos años el componente no motor de la enfermedad de Parkinson ha tenido un mayor impacto, especialmente los trastornos neuropsiquiátricos son los que provocan o mellan la calidad de los pacientes en si más que la enfermedad, es por ello que hoy en día se sabe es una enfermedad más compleja como se pensaba; dentro de los síntomas no motores se refiere las siguientes:²²⁻²³

- ❖ Demencia y/o trastorno cognitivo
- ❖ Trastornos psiquiátricos (alucinaciones y psicosis), descartando que puede ser atribuible a la medicación
- ❖ Trastorno de la conducta (depresión, ansiedad y apatía/abulia)
- ❖ Trastorno del sueño (Insomnio, somnolencia diurna excesiva, descartar la dosis de los medicamentos que podían producir está afección), trastorno de la conducta del sueño REM (TCREM), el síndrome de piernas inquietas (SPI) y los movimientos periódicos de las miembros durante el sueño.²²⁻²³
- ❖ Fatiga
- ❖ Disfunción del sistema autonómico que incluye: Urgencia/frecuencia urinaria, estreñimiento, hipotensión ortostática, disfunción sexual y diaforesis.²²⁻²³

- ❖ Los niveles de ácido úrico aumentan y la progranulina esto conlleva a más agravamiento de los problemas musculoesqueléticos.²²⁻²³
- ❖ Hiposmia
- ❖ Trastornos gastrointestinales
- ❖ Dolor y trastorno sensitivos
- ❖ Alteraciones dermatológicas (seborrea)
- ❖ Sialorrea

Estos síntomas no motores están incluidos dentro de las manifestaciones neuropsiquiátricas, esto conlleva una discapacidad que como se expuso reduce la calidad de vida de los pacientes, más en sí que los motores, algunos autores también describen que hay síntomas premonitorios como son el estreñimiento, disfunción olfatoria, depresión o el trastorno TCREM, todo esto aún no denota al 100% pero si se describe en algunos estudios prospectivos.²²⁻²³ El TCREM parece ser un marcador predictor de la enfermedad y también va asociado a complicaciones como es la demencia por cuerpos de Lewy en 5 años de seguimiento.²²⁻²³ La depresión es un síntoma común presente en aproximadamente un 30% de los casos; los pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson, tienen una prevalencia de depresión incrementada hasta 3 veces en los 5 años previos al diagnóstico y puede preceder al diagnóstico de la enfermedad hasta en más de 15 años.²²⁻²³

4) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse con:

- ❑ **Parkinsonismo–plus:** La evolución permitirá evidenciar la aparición de síndromes clínicos atípicos para enfermedad de Parkinson como piramidalismo, ataxia, demencia, disautonomía; los estudios de neuroimágenes son útiles para los estadios intermedios y avanzados.²²⁻²³
- ❑ **Parkinsonismo secundario:** Una minuciosa anamnesis para evidenciar el consumo y/o exposición a drogas, medicamentos, tóxicos u otros que tengan capacidad de inducir un síndrome parkinsoniano mientras que los estudios por tomografía y resonancia magnética cerebral pueden evidenciar una hidrocefalia o múltiples lesiones isquémicas cerebrales.²²⁻²³

5) MANEJO TERAPÉUTICO

En primera instancia el pilar del tratamiento es la Levodopa, hoy en día en las guías se determina que si el paciente no recibió ningún tratamiento y se encuentra en el estado inicial se administrará Levodopa a dosis baja en 2 ó 3 tomas aumentado progresivamente hasta poder alcanzar la mejoría importante de los síntomas motores, esto se podría adicionar con un inhibidor de la MAO-B (Selegilina) esto a dosis baja sabiendo los efectos adversos que este medicamento podría originar, viendo el costo beneficio con su médico Neurólogo.²²⁻²³

Pacientes menores de 50 años se recomienda iniciar un agonista dopaminérgico como la monoterapia, incrementado la dosis hasta encontrar la mejora de los pacientes respecto a los síntomas motores.²²⁻²³ Si no hay trastorno cognitivo evidenciado a través de pruebas psicométricas y solo se evidencia el problema motor se recomienda iniciar con un anticolinérgico oral

(biperideno u otros) a dosis paulatinamente creciente.²²⁻²³ Si el paciente está en estadio intermedio o avanzado y nunca recibió tratamiento se inicia con Levodopa aumentando a dosis siendo el umbral máximo (mayor de 1000 mg/día), se adiciona un agonista dopaminérgico o un inhibidor de la COMT, recordando que la toma de esta medicación en lo posible no debe hacerse con la administración de comida y menos con contenido proteico al competir en la metabolización del medicamento.²²⁻²³

Tabla N° 1. Medicamentos Antiparkinsonianos

• Anticolinérgicos	• Trihexifenidil.
	• Biperideno
	• Bromocriptina
• Agonistas dopaminérgicos	• Pergolide
	• Pramipexole
	• Ropirinole
• Levodopa	• Levodopa- carbidopa
	• Levodopa-Benzeracida
• Inhibidores del COMT	• Tolcapone
	• Entacapone
• Otros	• Amantadina
	• Selegilina

Tabla de los Medicamentos Antiparkinsonianos. Alvarado A. Estimación de la Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson en Extremadura. [Tesis Doctoral]. Facultad de Enfermería- Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y Genética, Universidad de Extremadura; 2016

CAPITULO III

HIPÓTESIS

1) HIPOTESIS

En el entendimiento de que no toda investigación lleva una hipótesis y al ser este estudio monovariado y en especial al ser un estudio de nivel descriptivo no cuenta con una hipótesis, al contrario se realiza la estimación puntual de variables numéricas y categóricas con el uso de medidas de tendencia central y de frecuencias.

2) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Definición conceptual y operacional): TABLA B-ANEXOS

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Rigiéndonos con los principios universales que se emplea en la comunidad científica se utilizó el **método científico** como método general, el cual es un medio que nos ayudó a profundizar en los conocimientos nuevos que pudimos adquirir en lineamiento con los objetivos planteados y poder más adelante demostrarlos con rigor metodológico y sin interés lucrativo o de alguna otra índole.²⁴⁻²⁵

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es de tipo **Básica** (Sánchez Carlessi H y Reyes - 2006) porque está dirigida al rastreo de conocimientos nuevos y áreas de estudio; con el fin imperativo de generar y complementar conocimientos teóricos.²⁴⁻²⁵

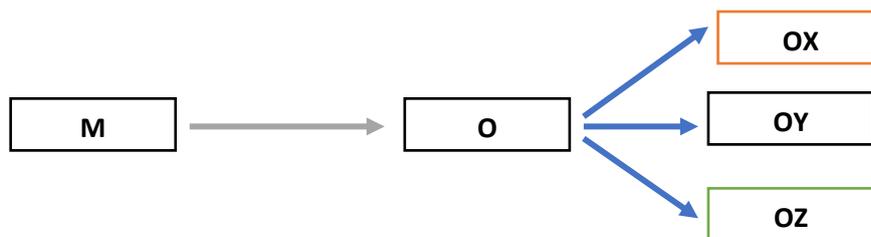
4.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es de nivel **descriptivo**, una de las razones es que solo estudiamos una variable que es “monovariable” y otra fundamental es el objetivo principal, que en este caso es caracterizar el análisis estadístico, la estimación puntual y determinar las frecuencias absolutas y relativas de las dimensiones asociadas con la Enfermedad de Parkinson.²⁴⁻²⁵

4.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No Experimental-Transversal

Es no Experimental u Observacional porque se ejecutó sin intervención sobre las variables y en donde solo se realiza el fenómeno de la observación tal cual se presentan los procesos naturales para luego analizarlo estadísticamente y para ello se hace el uso de la Estadística Descriptiva.²⁴⁻²⁵ Transversal debido a que se realizó solo una medición en el tiempo y solo se dispone de una población (grupo de estudio para describir) y no se compara con ningún otro grupo.²⁴⁻²⁵



- ✓ **M:** Población Adulta con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson
- ✓ **O:** Dimensiones en Estudio
- ✓ **OX:** Dimensión Epidemiológica
- ✓ **OY:** Dimensión Clínica
- ✓ **OZ:** Dimensión Comorbilidades (Factores Asociados).

4.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1 Población

La población objeto del presente estudio fueron aquellos pacientes hospitalizados con el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson en el Servicio de Neurología y/o Medicina Interna del Hospital EsSalud Huancayo durante los años 2016 al 2017 y que según el informe del sistema estadístico del Hospital fue aproximadamente en un inicio de 135 pacientes pero que finalmente después de seleccionar las historias adecuadas con los criterios solo nos quedamos con **125**.

4.5.2 Muestra

Tipo no probabilístico, en este caso **tipo censal**, además en este trabajo de investigación no aplica el tamaño de la muestra ya que vamos usar toda la población disponible pero que cumplieron con nuestros criterios de inclusión y exclusión a través de las historias clínicas comprendidas en el periodo establecido.

4.5.3 Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson confirmados que fueron hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna y/o atendido por Consultorios Externos del Hospital EsSalud de Huancayo durante los años 2016 y 2017.

4.5.4 Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, pero no se encuentre sus historias clínicas.

- Pacientes con registros incompletos en sus historias clínicas y cuyos datos requeridos para el estudio no se dispongan.
- Pacientes que no cumple criterios con la Enfermedad de Parkinson o son dudosos.

4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método de recolección de datos en este caso fue **Retrospectivo** es decir que la información son mediciones secundarias, el investigador no hizo la medición primaria sino son datos secundarios y en este caso recopilamos esa información para nuestro estudio; además otro punto importante es que se realiza esta investigación después de ocurrido el evento o en este caso la enfermedad.

4.6.1 Técnica

La técnica es la documentación o el **análisis documental** porque obtenemos información indirectamente a través de textos de registro y son medios de información y en este caso es a través de las historias clínicas, por lo cual el investigador reúne esa información, recopila y clasifica según las dimensiones a estudiar y darle la interpretación estadístico a su trabajo de investigación.

4.6.2 Instrumento

Ficha de recolección de datos en el cual se registraron los datos a estudiar con los datos más importantes de los pacientes con la enfermedad de Parkinson, se determinó su validez de contenido por juicio de expertos y su fiabilidad por el Alfa de Cronbach.

Validez del instrumento

Para determinar su validez se realizó la validación de la ficha de recolección de datos para los pacientes con Enfermedad de Parkinson por expertos en la materia como son los Neurólogos y/o Neurocirujanos, siendo esta validación por criterio por **juicio de expertos** recordando que es el primer paso para una validación de algún instrumento siendo esta medición el reflejo del concepto o variable a estudiar. (Anexos-Tabla D).

Confiabilidad

Para determinar la fiabilidad o la consistencia interna de nuestra ficha de recolección de datos se utilizó el **Alfa de Cronbach** con el estadístico SPSS 24.0 ya que no todos los ítems son dicotómicos, se realizó en 20 pacientes como prueba piloto incluyendo solo los ítems categóricos(nominales) y no las variables numéricas obteniendo:

- Cantidad de Ítems=**K=20**
- Sumatoria de las varianzas individuales= $\Sigma V_i = 22,17$
- Sumatoria de las varianzas totales= $\Sigma V_t = 92,65$
- Alfa de Cronbach = $(K/(K-1))*[1-(\Sigma V_i/\Sigma V_t)] = \alpha = 0,80$

Resultando el Alfa de Cronbach (α) con un valor de **0,80** el cual es un grado de confiabilidad alta siendo el grado de consistencia interna muy aceptable para nuestro instrumento. (**Anexos- Tabla E**).

4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Medicina Interna y/o Neurología con el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, en el Hospital EsSalud Huancayo entre los años 2016-2017, la recolección estuvo a cargo del investigador y compañeros que ayudaron a la recolección de datos de las historias clínicas y el análisis de datos si fue hecho sólo por el investigador. Estas etapas en un inicio incluyeron:

Fase de autorización: Presentar documentos para sustentar el desarrollo del proyecto de tesis a la institución donde se realizará el trabajo, con el nombre completo del autor, facultad y fechas de realización.

Fase de evaluación: En esta etapa luego de la autorización se procedió a recoger los datos de las historias clínicas con la venia por supuesto de las personas encargadas del sistema informático-estadístico del Hospital, para determinar que números de historia clínicas que se usaron en nuestro estudio.

Fase de resultados: Luego del recojo de los datos, se procede al análisis estadístico para finalmente contrastar los resultados con los antecedentes y determinando en última instancia las conclusiones y recomendaciones más importantes.

Análisis de Datos

En primer lugar, se utilizó la estadística descriptiva para los datos cuantitativos (numéricos) como son la edad y el tiempo de enfermedad de los participantes (Media, mediana, rango, desviación estándar, mínimo, máximo

y además si las variables presentan una distribución normal o no); para establecer las prevalencias de las variables asociadas se usaron (frecuencias, porcentajes), así mismo el uso de gráficas de barras, el diagrama de cajas y bigotes, diagrama de sectores. Se utilizó para el análisis el SPSS 24.0 y Excel 2016.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El Proyecto de tesis se realizó con la autorización pertinente de la institución que en este caso es la comisión de docencia e investigación del Hospital EsSalud Huancayo, teniendo como principio ético que los datos utilizados son para fines meramente científicos por lo cual las historias clínicas debieron ser anónimas en el registro de la ficha de recolección de datos, evitando así la publicación de los nombres propios de algún paciente.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A continuación, se realiza la presentación de los resultados establecidos de nuestra investigación en lineamiento a nuestros objetivos que se planteó al inicio de este proyecto. Se revisó a 125 pacientes con enfermedad de Parkinson del Hospital EsSalud Huancayo del periodo 2016 al 2017 a través de sus historias clínicas.

5.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

5.1.1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

TABLA N°2 EDAD DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017

Media (Promedio)	73,54
Mínimo	50
Máximo	90
Desviación estándar	9,59
Intervalo de confianza al 95% para los datos	(54,74 - 92,34)

En la tabla N°2 se determina que el promedio de edad es 73,54 años con un IC 95% = (54,74-92,34), para los datos siendo el máximo 90 y mínimo 50 años.
Fuente: Base de datos del H EsSalud.

**TABLA N⁰3 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL
ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017**

GÉNERO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Masculino	76	60,8
Femenino	49	39,2
Total	125	100,0
ESTADO CIVIL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Casado	83	66,4
Soltero	33	26,4
Viudo	8	6,4
Divorciado	1	0,8
Total	125	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin Grado de Instrucción	5	4,0
Primaria	8	6,4
Secundaria	38	30,4
Superior no Universitario	16	12,8
Superior Universitario	58	46,4
Total	125	100,0

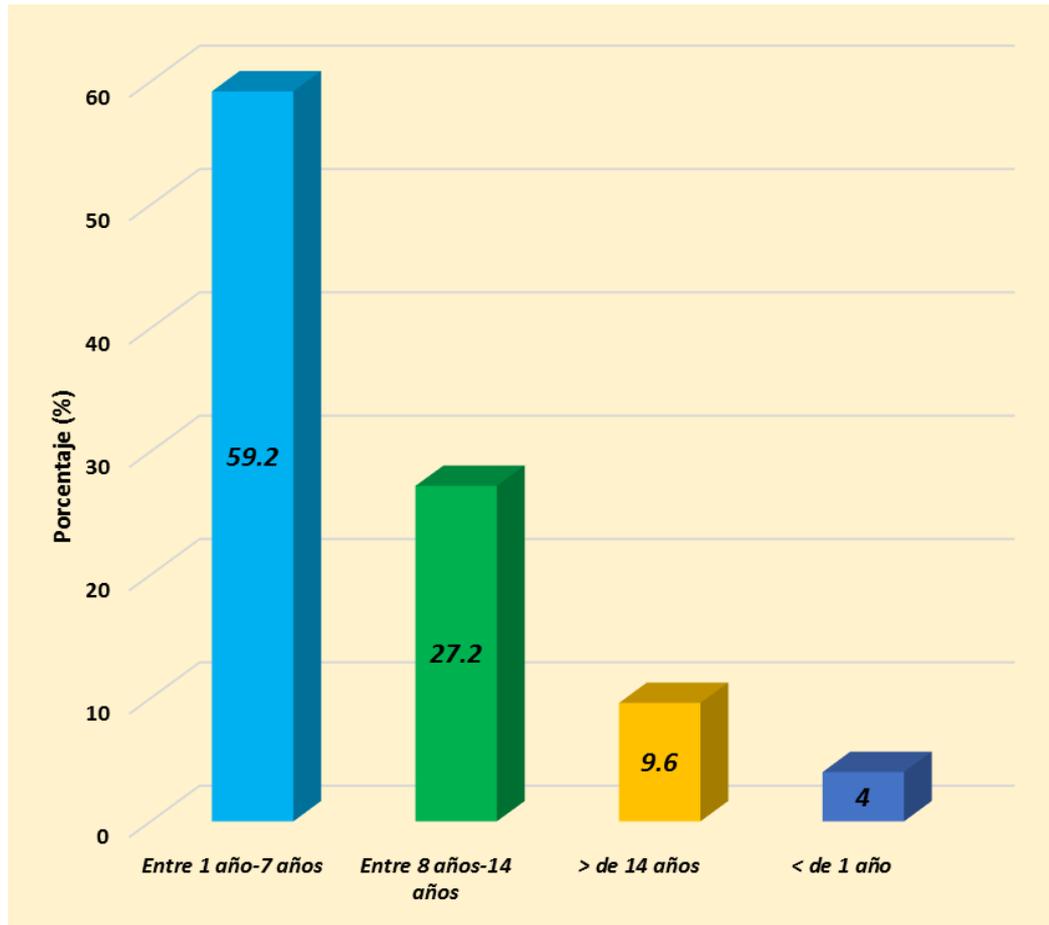
En la tabla N⁰3 se establece que el género masculino fue prevalente (60,8%), estado civil casado (66,4%), y el grado de instrucción superior universitario (46,4%).
Fuente: Base de datos del H EsSalud.

Se determinó dentro de las características epidemiológicas, con respecto a la variable edad que la media o promedio fue de 73,54 años, con un intervalo de confianza al 95% para los datos (54,74 - 92,34), además la edad mínima y máxima fueron 50 y 90 años respectivamente, así como la desviación estándar es 9,59. (Tabla N⁰2). En la descripción de la variable género se vio que el más prevalente fue el masculino (60,8%), seguido del femenino (39,2%); en cuanto al estado civil el más frecuente fue el casado (66,4%), seguido del soltero (26,4%) y finalmente en el grado de instrucción se estableció que el más frecuente fue el Superior universitario (46,4%), segundo lugar el secundario (30,4%), y en tercer lugar el Superior no universitario (12,8%). (Tabla N⁰3).

5.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A. TIEMPO DE ENFERMEDAD

**GRÁFICO N°1 TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES
CON ENFERMEDAD DE PARKINSON**



Dentro de las características clínicas en primer lugar analizamos el tiempo de enfermedad que tiene los pacientes con enfermedad de Parkinson siendo las frecuencias las siguientes: Entre 1 año y 7 años (59,2%), entre 8 años y 14 años (27,2%), mayor de 14 años (9,6%) y menor de 1 año (4%). (Gráfico N°1).

B. SINTOMAS MOTORES Y MIEMBROS AFECTADOS

TABLA N°4 SINTOMAS MOTORES Y MIEMBROS AFECTADOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017

SÍNTOMAS MOTORES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Temblor de reposo y bradicinesia	31	24,8
• Temblor de reposo y rigidez	24	19,2
• Temblor de reposo, bradicinesia e inexpressividad facial	17	13,6
• Temblor de reposo, bradicinesia e inestabilidad postural	12	9,6
• Temblor de reposo y de movimiento	11	8,8
• Temblor de reposo	7	5,6
• Bradicinesia	7	5,6
• Temblor de movimiento y bradicinesia	6	4,8
• Temblor de movimiento	4	3,2
• Otros	6	4,8
Total	125	100,0
MIEMBROS AFECTADOS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Todos los miembros	42	33,6
• Miembro superior derecho y Miembro inferior derecho	25	20,0
• Miembro superior izquierda y Miembro inferior izquierdo	17	13,6
• Ambos miembros superiores	15	12,0
• Miembro superior izquierda	10	8,0
• Miembro superior derecho	8	6,4
• Miembro superior derecho y Miembro inferior izquierdo	5	4,0
• Miembro superior derecho, Miembro superior izquierda y Miembro inferior derecho	2	1,6
• Ambos miembros inferiores	1	0,8
Total	125	100,0

En la tabla N°4 se determinó que dentro los síntomas motores el más prevalente fue temblor de reposo y bradicinesia (24,8%), además la afección de todos los miembros fue frecuente (33,6%), la afectación solo del hemicuerpo derecho (20%) y del hemicuerpo izquierdo (13,6%).

Fuente: Base de datos del H EsSalud.

En segunda instancia se determinó dentro de las características clínicas el síntoma motor más frecuente de los pacientes con Enfermedad de Parkinson identificándose los siguientes: Temblor de reposo y bradicinesia (24,8%), temblor de reposo y rigidez (19,2%), temblor de reposo, bradicinesia e inexpressividad facial (13,6%), temblor de reposo, bradicinesia e inestabilidad postural (9,6%), temblor de reposo y de movimiento (8,8%), sólo temblor de reposo (5,6%), Bradicinesia (5,6%) y el menos habitual dentro de los síntomas motores fue tener sólo temblor de movimiento (3,2%). Asimismo según los miembros afectados, según su prevalencia fue en primer lugar: Todos los miembros (33,6%) seguido de Miembro superior derecho y miembro inferior derecho (20%), Miembro superior izquierda y miembro inferior izquierda (13,6%), ambos miembros superiores (12%), siendo el menos frecuente la afección de los miembros inferiores (0,8%). (Tabla N^o4).

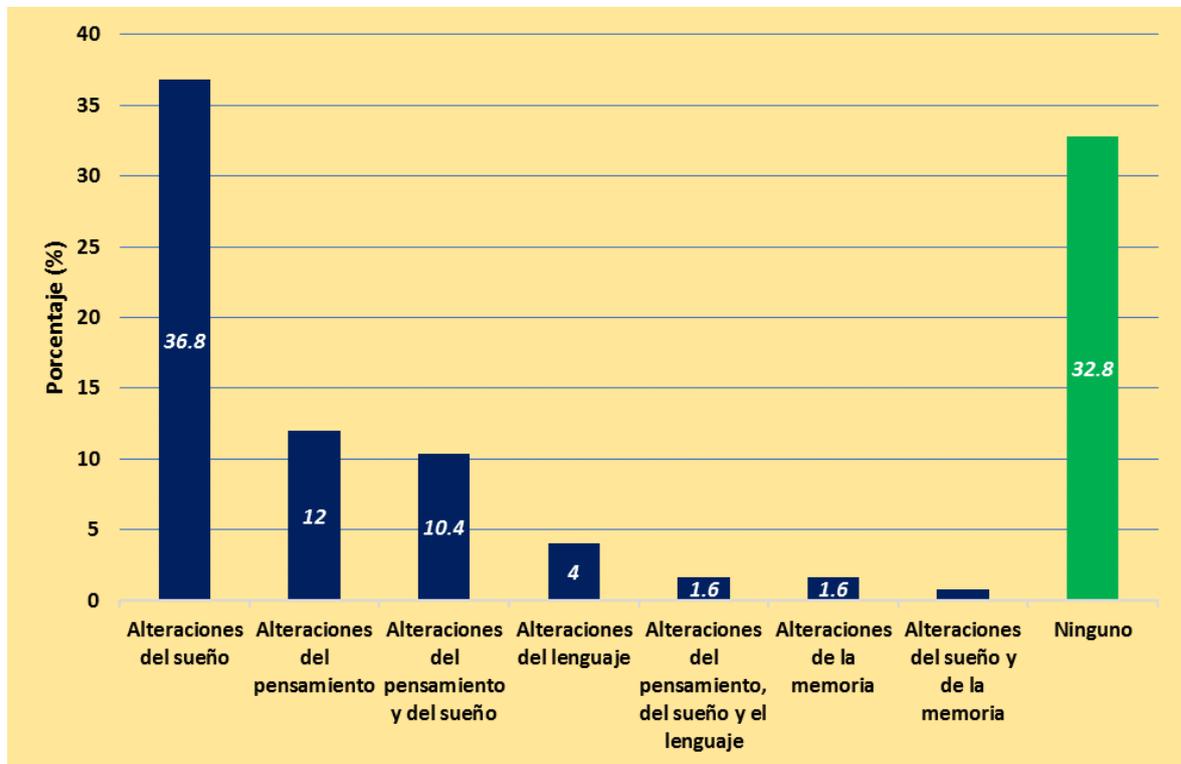
C. SINTOMAS NO MOTORES

TABLA N^o5 SINTOMAS NO MOTORES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO 2016 AL 2017

SÍNTOMAS NO MOTORES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Alteraciones del sueño	46	36,8
• Alteraciones del pensamiento	15	12,0
• Alteraciones del pensamiento y del sueño	13	10,4
• Alteraciones del lenguaje	5	4,0
• Alteraciones del pensamiento, del sueño y el lenguaje	2	1,6
• Alteraciones de la memoria	2	1,6
• Alteraciones del sueño y de la memoria	1	0,8
• Ninguno	41	32,8
Total	125	100,0

En la tabla N^o5 se estableció que en los síntomas no motores el más frecuente fue las alteraciones del sueño (36,8%).
Fuente: Base de datos del H EsSalud.

GRÁFICO N°2 SINTOMAS NO MOTORES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017



En tercer punto dentro de las características clínicas se estableció que los síntomas no motores presente en los pacientes con Enfermedad de Parkinson son entidades médicas que en el pasado no se le tomaba en importancia siendo las siguientes de mayor a menor frecuencia en nuestro estudio: Alteraciones del sueño (36,8%), Alteraciones del pensamiento (12%), Alteraciones del pensamiento y del sueño (10,4%), Alteraciones del lenguaje (4%), Alteraciones del pensamiento, sueño y el lenguaje (1,6%), alteraciones de la memoria (1,6%), Alteración del sueño y memoria (0,8%); también se describe que el (32,8%) de los pacientes no referían tener ningún síntoma no motor. (Tabla N°5 y Grafico N°2).

D. OTROS SÍNTOMAS

TABLA N°6 OTROS SINTOMAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017

SÍNTOMAS AUTONÓMICOS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Sialorrea	24	19,2
• Alteraciones gastrointestinales	8	6,4
• Hipotensión ortostática	6	4,8
• Ninguno	87	69,6
Total	125	100,0
SÍNTOMAS URINARIOS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Urgencia de orinar	50	40,0
• Nicturia	32	25,6
• Incremento de frecuencia	7	5,6
• Disuria	2	1,6
• Ninguno	34	27,2
Total	125	100,0
SÍNTOMAS SENSORIALES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Dolor	94	75,2
• Ageusia	15	12,0
• Dolor y Parestesias	6	4,8
• Dolor y Acatisia	6	4,8
• Parestesias	4	3,2
Total	125	100,0
SÍNTOMAS VISUALES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Visión borrosa	28	22,4
• Diplopía	0	0,0
• Ninguno	97	77,6
Total	125	100,0

En la tabla N°6 se identifica que en otros síntomas la presencia de síntomas autonómicos- sialorrea (19,2%), síntomas urinarios- urgencia de orinar (40%), dolor (75,2%) y visión borrosa (22,4%).
Fuente: Base de datos del H EsSalud.

En la descripción de otros síntomas que refieren los pacientes con enfermedad de Parkinson se determinó que dentro de los síntomas autonómicos la presencia de sialorrea fue (19,2%), seguido de alteraciones gastrointestinales (6,4%), hipotensión ortostática (4,8%); en los síntomas urinarias se describe la presencia

de urgencia de orinar (40%), nicturia (25,6%), e incremento de frecuencia de orinar (5,6%); en los síntomas sensoriales se evidencia que (75,2%) de los pacientes presenta dolor, seguido de ageusia (12%) y en los síntomas visuales la presencia de visión borrosa estuvo presente en el (22,4%). (Tabla N^o6)

E. TRATAMIENTO

TABLA N^o7 TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017

TIPO DE LEVODODA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Levodopa- carbidopa	67	53,6
• Levodopa	52	41,6
• Ninguno	6	4,8
Total	125	100,0
OTROS TRATAMIENTOS ADICIONALES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Anticolinérgicos	79	63,2
• Anticolinérgicos y Selegilina	16	12,8
• Selegilina y/u Otro antidepresivo	12	9,6
• Anticolinérgicos y Agonistas dopaminérgicos	10	8,0
• Agonistas dopaminérgicos y Selegilina	5	4,0
• Anticolinérgicos, Agonistas dopaminérgicos y Selegilina y/u Otro antidepresivo	2	1,6
• Agonistas dopaminérgicos	1	0,8
Total	125	100,0

En la tabla N^o7 se puede ver que el tratamiento más frecuente es Levodopa-Carbidopa (53.6%), y en otros tratamientos adicionales los anticolinérgicos (63,2%).
Fuente: Base de datos del H EsSalud.

Para concluir en la descripción en las características clínicas, el tratamiento principal de los pacientes de Parkinson se estableció que fue el medicamento Levodopa-carbidopa (53,6%), seguido de Levodopa (41,6%); en los otros tratamientos adicionales que se administran de mayor a menor frecuencia son: Anticolinérgicos (63,2%), anticolinérgicos y selegilina (12,8%), selegilina y/u otro antidepresivo (9,6%), anticolinérgicos y agonista dopaminérgicos (8%), siendo el menos medicado los agonistas dopaminérgicos solamente (0.8%). (Tabla N^o7).

5.1.3. FACTORES ASOCIADOS (COMORBILIDADES) Y LAS COMPLICACIONES

TABLA N°8 FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO PERIODO 2016 AL 2017

ANTECEDENTES FAMILIARES DE PARKINSON	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	30	24,0
• No	95	76,0
DELIRIOS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	29	23,2
• No	96	76,8
DEMENCIA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	19	15,2
• No	106	84,8
DEPRESIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	59	47,2
• No	66	52,8
SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	32	25,6
• No	93	74,4
ANHEDONIA/APATÍA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	20	16,0
• No	105	84,0
INSOMNIO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	50	40,0
• No	75	60,0
SOMNOLENCIA DIURNA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Si	3	2,4
• No	122	97,6
Total	125	100,0

En la tabla N°8 se puede establecer que los factores asociados y complicaciones son los siguientes: la presencia de antecedentes de Parkinson, delirios, demencia, depresión, síndrome de piernas inquietas, anhedonia/apatía, insomnio y somnolencia diurna siendo (24%), (23,2%), (15,2%), (47,2%), (25,6%), (16%), (40%) y (2,4%) respectivamente. Fuente: Base de datos del H EsSalud.

Respecto a los factores asociados de los pacientes con enfermedad de Parkinson se analizó en primer lugar los antecedentes familiares de Parkinson siendo la presencia de solo el (24%), además se refiere la presencia de delirios (23,2%), y de otras patologías asociadas como son demencia (15,2%) y depresión (47,2%). En cuanto a algunas complicaciones habituales se determinó la presencia de algunas patologías como son síndrome de piernas inquietas, anhedonia/apatía, insomnio y somnolencia diurna que fueron: (25,6%), (16%), (40%) y (2,4%) respectivamente. (Tabla N^o8).

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

La presente tesis no tiene contrastación de hipótesis al no tener hipótesis.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a las características epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad de Parkinson el promedio de edad fue 73,58 años con un IC al 95%: (54,74-92,34), siendo más frecuente el género masculino (60,8%), el (66,4%) tiene estado civil casado y (46,4%) grado de instrucción superior universitario. Resultados casi similares encontrados en Ecuador donde la edad promedio era 62,3 años y el género más prevalente el masculino (53,8%)¹²; así mismo en Chile Solís M, et al. determinaron que el sexo masculino fue el más prevalente (58,73%), con una edad promedio de 71,77 años, no compartiendo la misma frecuencia respecto al grado de instrucción siendo sin estudio superiores (69,8%)¹⁴. De igual manera en nuestro país en un estudio con 6987 pacientes con síndromes parkinsonianos el sexo predominante fue el masculino (90%), edad promedio 55,95 años¹⁰; finalmente Núñez C, identifica en su estudio retrospectivo realizado en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren que el promedio de edad de los pacientes era 72,37 años y la presencia más habitual en el sexo masculino (62,7%)¹⁹.

En las características clínicas se analizó en primer instancia el tiempo de enfermedad que era más frecuente entre (1 - 7 años) (59,2%), el síntoma motor más presente fue el temblor de reposo y bradicinesia (24,8%) seguido del temblor de reposo y rigidez (19,2%) y el temblor de reposo, bradicinesia e inexpressividad facial (13,6%); con una afección de todos los miembros (33,6%), aunque también se vio la unilateralidad como afección del hemicuerpo derecho (20%) y el hemicuerpo izquierdo (13,6%). Según Martín BS, el tiempo enfermedad de los pacientes con Parkinson era 7,36 años ¹⁶; de igual manera en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) estableció que el tiempo de enfermedad fue un rango de 5-9 años (42,86%) y que los síntomas motores más importantes en orden de frecuencia fueron: Bradicinesia (87,3%), rigidez (84,16%), temblor de reposo (79,37%) y alteración postural (74,6%) ¹⁷. Continuando en la descripción de los síntomas motores el inicio de la afección de los pacientes con edad menor de 40 años era unilateral, que el (65,30%) tuvo afección del miembro superior y solo un (34,7%) del miembro inferior ¹⁰; por su parte en otro estudio los síntomas más frecuentes encontrados en la enfermedad de Parkinson fue la rigidez (69,4%), temblor de reposo (64,2%) y bradicinesia (42,5%) ¹⁹.

También en nuestro estudio se determinó en los síntomas no motores que el más frecuente fue las alteraciones del sueño (36,8%), seguido de alteraciones del pensamiento (12%) y alteraciones del pensamiento y del sueño (10,4%). En otros síntomas presentes se destaca la presencia de síntomas autonómicos - sialorrea (19,2%), en los síntomas urinarios urgencia de orinar (40%), síntomas sensoriales el dolor (75,2%), y en los síntomas visuales-visión borrosa (22,4%). En el

tratamiento principal más habitual fue la Levodopa-carbidopa (53%), seguido de Levodopa sola (41,6%); en los tratamientos adicionales se estableció que los anticolinérgicos son muy usados (63,2%), seguido de anticolinérgicos y selegilina (12,8%). En los factores asociados y complicaciones se identificó que el antecedente de familiares con Parkinson fue (24%), así mismo la presencia de patologías neuropsiquiátricas fueron las siguientes: Insomnio (40%), delirios (23,2%), depresión (47,2%), demencia (15,2%), síndrome de piernas inquietas (25,6%), anhedonia/apatía (16%) y somnolencia diurna (2,4%).

En el tratamiento según Navarro F, estableció en su trabajo que la combinación dopamina más otras drogas antiparkinsonianos era la más frecuente (52,5%)¹²; en una discrepancia con Solís M, et al. describen en los casos que los antecedentes de Parkinson de familiares era en el 100%¹⁴ una cifra muy elevada en comparación con nuestro estudio; por su parte en un estudio realizado en España sobre prevalencia e incidencia realizado en Europa y Estados Unidos que el componente genético en los pacientes con Parkinson era solo el 5%¹⁵ cifras más acordes a nuestros resultados. Y aunque hay teorías genéticas sobre la posibilidad genómica en el desarrollo de esta enfermedad esto en especial énfasis en algunos subtipos de Parkinson, la causa exacta es aún hoy en día incierta; esta degeneración neuronal que conlleva a una degeneración de la sustancia negra es el común denominador de teorías como la “Dinámica Mitocondrial” pero que la génesis de la enfermedad de Parkinson en pacientes en general es multifactorial²¹.

En la presencia de patologías o comorbilidades a la enfermedad de Parkinson Martin BS, identifica que la presencia de demencia es (12%), alteraciones del sueño (81,36%) y el (37,1%) depresión¹⁶; así por su parte en un estudio realizado

en nuestro país se identificó que dentro de la complicaciones era frecuente la presencia de la Depresión (42,85%)¹⁰; así mismo Núñez C estableció en los síntomas no motores que la depresión estuvo presente (26,9%), y de disfgias (11,2%)¹⁹. Es muy resaltante observar las similitudes de resultado respecto a los síntomas no motores especialmente en patologías neuropsiquiátricas como es el sueño y la depresión.

El siguiente trabajo de tesis tiene algunas limitaciones que como científicos daremos a conocer pues consideramos que la omisión es una falta a la ética médica, en primer lugar sesgo del investigador pues lo ideal hubiera sido que el análisis y la recolección de datos sea por otras persona para lo cual el análisis ciego hubiera reducido ese sesgo; otro fue la muestra tal vez al ser muy poca cantidad se optó por una muestra censal sabiendo que las muestras probabilísticas tiene mejor y mayor alcance y el muestreo hubiera sido aunque difícil de realizar aleatorio, otro que sea un estudio prospectivo y en el tiempo un estudio de cohortes tal vez aportaría mucho más evidencia pero por la factibilidad es entendible, otro aspecto a resaltar es el surgimiento de este estudio se planteó realizar estudios más profundos de índole relacional y explicativo para establecer esas relaciones estadísticamente significativa con la enfermedad de Parkinson.

CONCLUSIONES

1. Las principales características de la enfermedad de Parkinson fueron la presencia en los síntomas motores de temblor de reposo y en los no motores las patologías neuropsiquiátricas como son el insomnio y la depresión.
2. En las características epidemiológicas la edad promedio fue 73,58 años, las variables más frecuentes fueron género masculino 60,8%, estado civil casado 66,4%, y el grado de instrucción superior universitario 46,4%.
3. En las características clínicas, el tiempo de enfermedad más frecuente fue 1-7 años 59,2%, los síntomas motores más prevalentes fueron temblor de reposo, bradicinesia y rigidez, con una afección de todos los miembros 33,6%, seguido del hemicuerpo derecho 20% y el hemicuerpo izquierdo 13,6%; en los síntomas no motores destaca la presencia de alteraciones del sueño 36,8%.
4. En las características de los factores asociados y complicaciones se determinó que el insomnio es muy frecuente 40%, así como la depresión 47,2%.

RECOMENDACIONES

1. Al ser muy frecuente la aparición del síntoma temblor de reposo es importante ver la relación que tiene esta variable en el tiempo respecto a la mortalidad y además debido a la frecuencia de patologías neuropsiquiátricas como es el sueño entre otros, es importante la prevención, promoción y tratamiento de esta patología con los pacientes, familiares y especialistas de dicha institución.
2. Siendo una patología muy frecuente en el sexo masculino con una edad avanzada y en personas con un grado de instrucción superior es importante que se realice prevención y promoción en la comunidad y no sólo del hospital sino de la ciudad para resaltar la importancia que más que una prevención en esta enfermedad que en la mayoría de casos es inevitable, tomar conciencia sobre la mejor calidad de vida que puedan tener estos pacientes en un futuro.
3. Incentivar que se realice más estudios relacionales en especial sobre si la presencia de algún síntoma motor característico está en relación con la mortalidad o la calidad de vida de los pacientes que puedan tener en un futuro y el tratamiento que se podrá brindar.
4. Establecido sobre la presencia de patologías neuropsiquiátricas, notificar o poner más énfasis sobre el manejo de las mismas con la ayuda de especialistas como psiquiatras, psicólogos, neurólogos, geriatras, médicos de familia o demás en la comunidad médica; para así en lo máximo tratar de disminuir o mejorar esos síntomas y que no afecten la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkinson y Yo, Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Parkinson y Yo, Acerca del Parkinson [Actualizado 2016 Dic; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde: <http://terapiaparkinson.com/testimonial-view/organizacion-mundial-de-la-salud-oms/>
2. Organización Mundial de la Salud, Los trastornos neurológicos afectan millones de personas en todo el mundo: informe de la OMS [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa [Actualizado 2007 Feb; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>
3. Organización Panamericana de la Salud, trastornos neurológicos: Un serio desafío para la Salud Pública en las Américas y en todo el mundo [Internet]. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, Enfermedades no transmisibles y salud mental [Actualizado 2008; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=240%3A2008-trastornos-neurologicos-un-serio-desafio-salud-publica-americas-todo-mundo&catid=916%3Arisk-factors&Itemid=40595&lang=es
4. American Parkinson Disease Association, Understanding the Basic of Parkinson's Disease [Internet]. New York, Estados Unidos: American Parkinson Disease Association, What is Parkinson's Disease? [Actualizado 2017; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde:

<https://www.apdaparkinson.org/what-is-parkinsons/>

5. Diario Médico, Parkinson avanzados es controlable en el Perú [Internet]. Lima, Perú: Diario Médico, Estimulación cerebral profunda Parkinson [Actualizado 2014 Jun; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde:
<http://www.diariomedico.pe/?p=6810>
6. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Neurológicos, desafíos para la Salud Pública. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2006. 217p.
7. Perú 21, Solo en Lima habría 10,000 personas con Parkinson [Internet]. Lima, Perú: Perú 21, Redacción Perú 21 [Actualizado 2017 Abr; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde:
<https://peru21.pe/lima/lima-habria-10-000-personas-parkinson-72412>
8. El Comercio, El Parkinson es una enfermedad en la que vives el día a día [Internet]. Lima, Perú: El Comercio, Redacción EC [Actualizado 2014 Oct; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde:
<https://elcomercio.pe/lima/parkinson-enfermedad-vives-dia-dia-288657>
9. EsSalud, EsSalud ofrece tratamiento integral para enfermedad de Parkinson a sus asegurados [Internet]. Lima, Perú: EsSalud, Noticias [Actualizado 2014 Abr; citado el 1 Feb. de 2017]. Disponible desde:
<http://www.essalud.gob.pe/essalud-ofrece-tratamiento-integral-para-enfermedad-de-parkinson-a-sus-asegurados/>
10. Cuba J, Cosentino C, Díaz A, Torres L, Martinot C. Algunos aspectos Clínico-Epidemiológicos de los síndromes parkinsonianos en un servicio

- de Neurología en 25 años. Revista Peruana de Neurología. 1995; 1(2):70-73. Disponible en internet
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/neurologia/v01_n2/algunos.htm
11. Bovolenta T, et al. Systematic Review and Critical Analysis of Cost Studies Associated with Parkinson's Disease. Parkinson Disease. 2017 Mar; 20(17): 1-11. Tambien disponible en Internet:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357537/>
12. Navarro-Peternella F. 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. Revista Latino-Am. Enfermagem. 2012 Mar; 20(2): 1-8. Tambien disponible en Internet:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_23.pdf
13. Andino-Núñez A. Enfermedades neurodegenerativas en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, período 2000-2012, Quito-Ecuador. [Tesis]. Quito: Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito; 2013.
14. Solís M, Araneda J. Enfermedad de Parkinson y factores ambientales. Un estudio caso-control. Revista Chilena de Neuro-psiquiatria. 2017 Dic; 55(4):1-8. Tambien disponible en Internet:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n4/0034-7388-rchnp-55-04-0239.pdf>
15. Benito-León J. Epidemiología de la enfermedad de parkinson en España. Revista de Neurología. 2018 Feb; 66(4):125-34. Tambien disponible en Internet:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29435969?dopt=Abstract>

16. Martín Balbuena S. Detección e interrelación de los síntomas no motores más comunes en la enfermedad de Parkinson. Estudio multicéntrico observacional descriptivo de serie de casos en la región de Murcia. [Tesis Doctoral]. Murcia: Departamento de Medicina Interna, Universidad de Murcia; 2015.
17. Rodríguez O, Pezo, Torres L. Asociación entre Características clínicas de pacientes con enfermedad de parkinson y su desempeño en la marcha en tándem. Felsocem. 2017; 22(2):9-13. Tambien disponible en Internet:
<https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/766/412>
18. Torres L. Epidemiología de la enfermedad de parkinson. Revista de Neuropsiquiatría UPCH. 1998; 61(1):8-13. Tambien disponible en Internet:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1442/1470>
19. Núñez-Peralta C. Perfil clínico de la enfermedad de Parkinson en el servicio de neurología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo enero – diciembre del año 2013. [Tesis]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma; 2014.
20. Torres L, Mori N, Cuentas M, Dominguez J, Mendoza M, Montoya J, et al. Prevalencia de la Enfermedad de Parkinson, Un estudio puerta a Puerta en Cinco Distritos de Ulcumayo – Junín, Perú. Revista Diagnóstico. 2008Dic; 47(4):150-56. Tambien disponible en Internet:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2008/oct-dic/150-156.html>

21. Archer S. Mitochondrial Dynamics — Mitochondrial Fission and Fusion in Human Diseases. *The New England Journal of Medicine*. 2013 Dic; 369(23):2236-2251. También disponible en Internet:
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1215233>
22. González I. Niveles Séricos de Ácido Úrico y Progranulina, Factores genéticos que los regulan y Enfermedad de Parkinson. [Tesis Doctoral]. Cantabria: Facultad de Medicina Humana-Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria; 2015.
23. Alvarado A. Estimación de la prevalencia de la Enfermedad de Parkinson en Extremadura. [Tesis Doctoral]. Extremadura: Facultad de Enfermería-Departamento de bioquímica y Biología molecular y genética, Universidad de Extremadura; 2016.
24. Sánchez H, Reyes C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica [Internet]. Lima; Business Support Anneth SRL; 2015 jul. [citado el 23 jul. de 2017]. Disponible desde:
<http://www.amazon.com/METODOLOG%20DA-DISE%20O-INVESTIGACION-CIENTIFICA-Spanish-ebook/dp/B013PU1Z0k>
25. Hernández R, Fernández C, Baptista Metodología de la Investigación [Internet]. México D.F; McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A DE C.V; 2010. [citado el 23 de jul. de 2017]. Disponible desde:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edici3n.pdf

ANEXOS

A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO 2016 AL 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADÍSTICA
Problema general	Objetivo General			Población	Tipo de investigación		
¿Cuáles son las principales características clínico-epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017?	Determinar las principales características clínico-epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson en pacientes del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017.	No Aplica para este estudio por ser de estudio descriptivo	Estudio de una Variable o una enfermedad "Monovariable"	Pacientes con el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson del Servicio de Medicina y/o Neurología del Hospital EsSalud Huancayo 2016 al 2017; de 125 pacientes.	Básico y Observacional Nivel de Investigación Descriptivo	Ficha de Recolección de datos de historias clínicas	Se utilizará la estadística descriptiva para la edad de los participantes (Media, mediana, rango, desviación estándar, mínimo y el máximo)
Específicos	Específicos		Variable	Muestra	Diseño de Investigación		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson? 	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar las características epidemiológicas de la Enfermedad de Parkinson. 		Enfermedad de Parkinson Dimensiones:	Tipo No Probabilístico, aplica la misma población en este caso Censal, N=125 pacientes	No experimental-transversal Método Retrospectivo	Validado en este caso solo se realizó la validación de contenido por juicio de expertos.	Para establecer las prevalencias de las variables se usarán (frecuencias, porcentajes). El análisis será con el uso del SPSS 24.0, Excel 2016.
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características clínicas de la Enfermedad de Parkinson? ¿Cuáles son los factores asociados (comorbilidades) y complicaciones de la Enfermedad de Parkinson? 	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar las características clínicas de la Enfermedad de Parkinson. * Identificar los factores asociados (comorbilidades) y complicaciones de la Enfermedad de Parkinson. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Epidemiológicos ✓ Clínicos ✓ Factores asociados o comorbilidades 		Técnica Análisis documental		

B. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA TIPO
ENFERMEDAD DE PARKINSON	Enfermedad neurodegenerativa que produce muerte de la sustancia negra y por lo tanto reducción de dopamina. ²²	<p>La Enfermedad de Parkinson se medirá en sus componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil epidemiológico ▪ Características clínicas ▪ Factores asociados (comorbilidades) y complicaciones 	1. Dimensión epidemiológica	<p>1.- Describir la Enfermedad de Parkinson según el género, grupo etario y nivel de instrucción.</p> <p>2.1. Describir tiempo de evolución de la Enfermedad</p> <p>2.2. Síntomas motores</p>	<p>1.1.1. ¿Cuál es el género del paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino <p>1.1.2. ¿Cuál es la edad del paciente?</p> <p>1.1.3. ¿Cuál es su estado civil?</p> <p>Soltero Conviviente Casado Viudo</p> <p>1.1.4. ¿Cuál es su grado de educación?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin grado de instrucción ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Superior no universitario ➤ Superior universitario <p>2.1.1. ¿Cuál fue el Tiempo de la enfermedad (Desde el diagnóstico de la enfermedad del primer Síntoma a la fecha de ingreso)?</p> <p>2.2.1. ¿Cuáles fueron los síntomas motores que presentaron?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temblor de reposo ▪ Temblor de movimiento ▪ Bradicinesia ▪ Rigidez ▪ Micrografía (dificultades para escribir) ▪ Inexpresividad facial ▪ Inestabilidad postural <p>2.2.2. ¿Cuáles fueron los miembros afectados?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miembro superior derecho ▪ Miembro superior izquierda ▪ Miembro inferior derecho ▪ Miembro inferior izquierdo ▪ Ambos miembros superiores ▪ Ambos miembros inferiores ▪ Todos los miembros 	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	<p style="text-align: center;">Cualitativa Nominal</p> <p style="text-align: center;">Cuantitativa Razón</p> <p style="text-align: center;">Cualitativa nominal</p> <p style="text-align: center;">Cualitativa Ordinal</p> <p style="text-align: center;">Cualitativa Razón</p> <p style="text-align: center;">Cualitativa Nominal</p> <p style="text-align: center;">Cualitativa Nominal</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	INSTRU MENTO	ESCALA TIPO
ENFERMEDAD DE PARKINSON			2. Dimensión Clínica	2.3. Síntomas No motores 2.4. Otros Síntomas	<p>2.3.1. ¿Cuáles son los síntomas no motores?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones olfatorias ▪ Alteraciones del pensamiento ▪ Alteraciones del sueño ▪ Alteraciones de la memoria ▪ Alteraciones del lenguaje <p>2.4.1. ¿Cuáles son los síntomas autonómicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones gastrointestinales ▪ Alteraciones urinarias (disfunción vesical) ▪ Hipotensión ortostática ▪ Sialorrea <p>2.4.2. ¿Cuáles son los síntomas urinarios más frecuentes?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urgencia de orinar ▪ Nicturia ▪ Incremento de frecuencia <p>2.4.3. ¿Cuáles son los síntomas sensoriales?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor ▪ Parestesias ▪ Acatisia ▪ Ageusia <p>2.4.4. ¿Cuáles son los síntomas visuales?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplopía ▪ Visión borrosa ▪ Ninguno 	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	Cualitativa Nominal
			3. Factores asociados	2.5. Tratamiento 3.1. Describir las comorbilidades	<p>2.5.1. ¿El paciente recibe qué tipo de Levodopa?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levodopa- carbidopa ▪ Levodopa-Benzeracida <p>2.5.2. ¿El paciente qué tipo otro de tratamiento recibe?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticolinérgicos: (Trihexifenidil, Biperideno) ▪ Agonistas dopaminérgicos ▪ Inhibidores del COMT (Tolcapone, Entacapone) ▪ Otros (Amantadina, Selegilina) <p>3.1.1. ¿El paciente presenta anhedonia/apatía?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No <p>3.1.2. ¿El paciente presenta insomnio?: (Si, No)</p>		Cualitativa Nominal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	INSTRU- MENTO	ESCALA TIPO
ENFERMEDAD DE PARKINSON			3. Factores asociados	3.2. Describir las comorbilidades y complicaciones	<p>3.2.1. ¿El paciente presenta somnolencia diurna?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No <p>3.2.2. ¿Tiene antecedentes familiares de Enfermedad de Parkinson?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No <p>3.2.2. ¿El paciente presenta depresión?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No <p>3.2.3. ¿El paciente presenta delirios?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No <p>3.2.4. ¿El paciente presenta demencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No <p>3.2.5. ¿El paciente presenta el síndrome de piernas inquietas?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	<p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p> <p>Cualitativa Nominal</p>

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL TRABAJO
CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON
EN PACIENTES DEL HOSPITAL ESSALUD HUANCAYO

2016 AL 2017

I. HC:

II. DIAGNOSTICO:

III. MARCAR CON UNA (x) EN ALGUNAS PREGUNTAS Y EN OTRAS RESPONDER

RELLENANDO

1) ¿Cuál es el género del paciente?

Masculino

Femenino

Jauja

Yauli

Junín

Tarma

2) ¿Cuál es la edad del paciente?

Pasco

Huancavelica

Huánuco

3) ¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Conviviente

Casado

Viudo

Ayacucho

Otros

4) ¿Cuál es su grado de educación?

Sin grado de instrucción

Primaria

Secundaria

Superior no universitario

Superior universitario

6) ¿Cuál es la ocupación principal que realiza? (Una ocupación podría ser algún trabajo o alguna tarea que tengas que hacer diariamente)

.....

7) ¿Cuál fue el Tiempo de la enfermedad (Desde la aparición del primer síntoma a la fecha de ingreso)?

.....

8) ¿Motivo de hospitalización?

.....

5) ¿Cuál es el Lugar de procedencia?

Huancayo

Chupaca

Concepción

9) ¿Cuáles fueron los síntomas motores que presentaron?

- Temblor de reposo
- Temblor de movimiento
- Bradicinesia
- Rigidez
- Micrografía (dificultades para escribir)
- Inexpresividad facial
- Inestabilidad postural

10) ¿Cuáles fueron los miembros afectados?

- Miembro superior derecho
- Miembro superior izquierda
- Miembro inferior derecho
- Miembro inferior izquierdo
- Ambos miembros superiores
- Ambos miembros inferiores
- Todos los miembros
- Otros

11) ¿Cuáles son los síntomas no motores?

- Alteraciones olfatorias
- Alteraciones del pensamiento
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones de la memoria
- Alteraciones del lenguaje

12) ¿Cuáles son los síntomas autonómicos?

- Alteraciones gastrointestinales
- Alteraciones urinarias (disfunción VES vesical)

- Hipotensión ortostática
- Sialorrea

13) ¿Cuáles son los síntomas gastrointestinales más frecuentes?

- Constipación
- Disfagia
- Constipación y disfagia
- Otro

14) ¿Cuáles son los síntomas urinarios más frecuentes?

- Urgencia de orinar
- Nicturia
- Incremento de frecuencia

15) ¿Cuáles son los síntomas sensoriales?

- Dolor
- Parestesias
- Acatisia (movimiento caracterizado por un sentimiento de inquietud y una necesidad imperiosa de estar en constante movimiento)
- Ageusia

16) ¿Cuáles son los síntomas visuales?

- Diplopía
- Visión borrosa
- Ninguno

17) ¿El paciente presenta anhedonia/apatía?

- Si
- No

18) ¿El paciente presenta insomnio?

- Si
- No

19) ¿El paciente presenta somnolencia diurna?

- Si
- No

20) ¿El paciente recibe qué tipo de Levodopa?

- Levodopa- carbidopa
- Levodopa-Benzeracida

21) ¿El paciente qué tipo otro de tratamiento recibe?

- Anticolinérgicos:*
(Trihexifenidil, Biperideno)
- Agonistas dopaminérgicos:*
(Bromocriptina, Pergolide, Pramipexole, Ropirinole)
- Inhibidores del COMT :*
(Tolcapone, Entacapone)
- Otros:*
(Amantadina, Selegilina)

22) ¿Tiene antecedentes familiares de Enfermedad de Parkinson?

- Si
- No

23) ¿El paciente presenta depresión?

- Si
- No

24) ¿El paciente presenta delirios?

- Si
- No

25) ¿El paciente presenta demencia?

- Si
- No

26) ¿El paciente presenta el síndrome de piernas inquietas?

- Si
- No

VALIDACION POR CRITERIO DE JUECES DEL INSTRUMENTO

Huancayo, 6 de Julio del 2018

Señor:
DR. DANILO MORALES MORALES
HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE
CIUDAD.-

ASUNTO: Validación de instrumento por juicio de experto

De mi especial consideración:

Saludándolo cordialmente me dirijo a Usted, y como estudiante de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Peruana “Los Andes” del XIII semestre, con DNI N°: 20085266 y número de matrícula: 000A80991F en la Elaboración de Tesis, necesito validar por juicio de expertos mi ficha de recolección de datos.

Asimismo manifestarle que estoy desarrollando el Trabajo de investigación denominado: **“CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN PACIENTES DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE 2016-2017”** por lo que conocedor de su trayectoria profesional y vinculación en el campo de la investigación, solicito su colaboración en emitir su juicio de experto para la validación del instrumento para recolección de datos.

Para lo cual acompaño:

1. Matriz de consistencia.
2. Matriz de operacionalización de Variables
3. Instrumento de investigación

Seguro de contar con su aprobación y acogida, me suscribo.

Atentamente,

ADRIAN EDMUNDO PALOMARES IBARRA
Estudiante encargado de la investigació

COMPROMISO DEL ASESOR

Yo **Daniilo Antonio Morales Morales** Medico Neurocirujano del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé"; de acuerdo a los requisitos para la aprobación de investigaciones; me comprometo en asesorar el Proyecto de Investigación **"CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE, PERIODO 2016 - 2017"**.

Huancayo, 07 noviembre 2018

Daniilo Antonio Morales Morales
Medico Neurocirujano
C.M.P. 011993 - RE 005846
Residencia Neurocirujia 14345
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE

DANILO ANTONIO MORALES MORALES
DNI: 19991403

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Ninguna

Opinión de aplicabilidad:

Aplicables []

Aplicable después de corregir

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez evaluador:

DANILO MORALES MORALE

DNI:

16591407

Firma y sello del evaluador:

Daniilo Morales Morales
Médico Neurocirujano
CNP: 011993 - RE 005846
Recertificación Neurocirugía: 4175
HOSPITAL NACIONAL PUNTO PUNTO

Especialidad del evaluador:

Neurocirugía

Huancayo, 6 de Julio del 2018

Señor:

DR. WALTER CALDERON GERSTEIN
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL ESSALUD - HUANCAYO
CIUDAD.-

ASUNTO: Validación de instrumento por juicio de experto

Por la presente reciba Ud., mi saludo cordial y fraterno yo como estudiante de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Centro del Perú del XI semestre, con DNI n°: 20085266 y número de matrícula: 000A80991F cursante de Elaboración de Tesis II realice su ejercicio académico que puede ser complementado y optimizado para obtener el título profesional de Médico.

Por ende asimismo, manifestarle que estoy, desarrollando el Trabajo de investigación denominado **“CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN PACIENTES DEL HOSPITAL EsSalud Huancayo 2016-2017”** por lo que conocedor de su trayectoria profesional y vinculación en el campo de la investigación, solicito su colaboración en emitir su juicio de experto para la validación del instrumento para recolección de datos.

Para lo cual acompaño:

1. Matriz de consistencia.
2. Matriz de operacionalización de variables
3. Instrumento de investigación.

Agradeciendo por anticipado su colaboración como experto en la materia, quedando de usted muy reconocido.

Atentamente.

ADRIAN EDMUNDO PALOMARES IBARRA
Estudiante encargado de la investigación

Observaciones (precisar si hay

suficiencia): Ninguna

Opinión de aplicabilidad:
No aplicable []

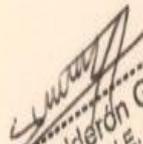
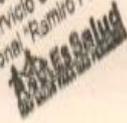
Aplicables

Aplicable después de corregir []

Apellidos y nombres del juez evaluador:
DNI: _____

Dr. Walter Calderón Gerstein

Firma y sello del evaluador:


Dr. Walter Calderón Gerstein
C.M.P. 28967 - R.N.E. 18660
Jefe del Servicio de Medicina Interna
Hospital Nacional "Ramiro Prada Prieto" - RAJ


Especialidad del evaluador:

Medicina Interna

CONFIABILIDAD VALIDA DEL INSTRUMENTO

ANEXOS- TABLA E: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ID	Edades	Tiempo de Enfermedad	ITEM 1	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20	ITEM 21	ITEM 22	Total
1	71	10a	0	2	2	0	4	5	4	0	0	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	29
2	50	20a	0	0	1	1	4	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
3	67	20a	0	2	2	2	6	2	4	0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	1	1	1	27
4	83	4a	1	0	3	2	1	2	4	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	18
5	65	4a	1	2	0	2	1	2	4	1	0	2	0	3	1	1	1	0	0	1	1	1	24
6	86	3a	0	0	4	3	1	5	5	5	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	32
7	79	9a	1	2	4	3	4	5	4	0	0	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	35
8	72	2a	0	2	3	2	6	2	4	0	0	2	2	2	1	0	1	1	1	1	0	1	31
9	80	10a	1	2	1	2	6	2	4	5	0	2	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	32
10	71	5a	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	13
11	70	2a	0	2	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
12	57	3a	0	2	4	2	2	2	0	1	0	2	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	22
13	75	5a	1	2	4	3	6	2	3	1	0	2	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	32
14	67	3a	1	2	4	1	6	2	4	4	0	2	2	2	1	0	0	1	0	1	1	1	35
15	71	22a	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	27
16	66	7a	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	9
17	71	2a	0	2	4	1	6	2	2	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	30
18	71	3a	1	2	3	2	2	2	4	4	0	1	3	3	1	0	1	1	1	1	1	1	34
19	68	2a	0	0	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
20	80	10a	1	2	4	4	2	3	4	4	2	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	34
Varianza			0,248	0,840	2,250	1,228	5,028	1,928	2,760	3,048	0,288	0,540	1,128	1,248	0,128	0,210	0,188	0,210	0,228	0,210	0,228	0,240	

Alfa de Cronbach= $\alpha = (K/(K-1)) * [1 - (\sum Vi / \sum Vt)]$

$\alpha = 0,80$

REGISTRO DE PACIENTES

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
525	5	4	4	5	3	21
729	1	1	5	4		11
734	1					1
949	3	4	5	9	5	26
1267			1	2		3
1634	7	2	1	2	7	19
1672		7	2			9
2062				1	1	2
2526		4			7	11
2775	7	1				8
3421		1	6	8	4	19
4099					1	1
4574		3	4	1	3	11
4743					2	2
5010		9				9
5103			2			2
5181		9	9	4		22
5446		9	7	9	11	36
5870	3	4				7
5932			1	7	9	17
6138					2	2
6231	2		6			8
6488	13	3				16
6793			4	4	6	14
6815					1	1
6853				1	1	2
7074	1	1		1		3
7169			4	9		13
8102	7					7
8124				2		2
8412					1	1
8555		2				2
9158		2	1	1	3	7
9255	1	1	6	2	5	15
9411		1	4	2	7	14
9665		2				2
10182	3	3	3			9
10986		1	2		2	5
11285		1				1
11296				7	5	12
12089	5	3	4	2		14
12504			3			3
13426		1				1
13916			3	2		5
14114	2					2
17965	10	8	7	7	2	34
18483			2	2	2	6
19246			1	2		3
19409			3	5	9	17
19782	4					4
20689			1		1	2

ortiz ponce lisset milagros

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
20744					2	2
21713	3			3	1	7
21888				1		1
22051					1	1
22930					1	1
23246			1	3	3	7
23479					1	1
23555					2	2
23699					4	4
24746					1	1
24964	1					1
24967	2		2	2		6
24983			2	1	4	7
25135		2				2
25186	5					5
25647	6	3	12	9	11	41
25866	13	9	8	9		39
25944				1		1
26197		1				1
26811				1	3	4
27161				10	10	20
27397					1	1
27562		2	1	3	1	7
27718	1					1
28742			1	3	2	6
28756					2	2
28783		1	3	4	3	11
28877		1	4	13	6	24
28936	3	2	9	12	13	39
29046		1				1
30431		2	1	2	8	13
30500	8					8
30864			2			2
31163					4	4
31828					1	1
32050	12	12	10	4	2	38
32055	1	1	1	1		4
32704				1		1
32799	1	2			4	7
33138	2			2		4
33592	2	3	2	2	4	11
34036			2	2	3	7
34277			2	1		3
34743		2	1			3
34929	3	5	3	14	4	29
35108			2	2	16	20
35933			1	2	1	4
36826			2			2
37429	3	1		3	2	9
38255	12	6	3		3	24
38851				2	2	4
					1	1

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
38883	13	4		13	9	39
40067		1		1		2
40965	1	2			2	5
41648	1	3	3			7
41710	4	1	1	3	6	15
42017					1	1
43091		2				2
43357	7	12	11	13	11	54
43726					4	4
43818	2	3	2	3	2	12
44356				1		1
44373				1		1
46167				3	1	4
48989				2		2
49109		1				1
49170			2	4	2	8
49543		1	2	2	1	6
50563					1	1
53931		1				1
55685	11	10	9	13	10	53
55793			1			1
56117	1	4	7	4	7	23
56975			5			5
57220	4	4	4	3	4	19
57286	2	4	4	14	1	25
61805	1	4		2	4	11
62324				3	5	8
62349	1	1				2
63693			1		2	3
64064		1				1
64466	1	2	1	4	1	9
64981			1	2		3
64984	13	16	7			36
66664			1			1
66668					1	1
66921	11	11				22
67393		1				1
67764		2				2
67777				3		3
67790	9	5	9	9	8	40
68849				1		1
68999		2				2
69115	2	2	2		1	7
69835	3	4	5		2	14
69975	1	2	9	1		13
70074	1		3	3	4	11
74366					3	3
74443					3	3
74884	4	3	3	4	1	15
75417	1				2	3
75591			6	11	10	27

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
75862	2	1	1	3	4	11
76133	4	5	1	2	2	14
76165		1	2			3
77172				1		1
79706					1	1
79796	3	2				5
83829			4			4
84064	3	1				4
84927	2	9	12	4		27
85042					1	1
86110				8	3	11
87038	1					1
89361	1	1				2
89579	2					2
90597	3	4		2		9
91323	10	3				13
91413			1			1
91840	2					2
92172			7	5		12
92872	12	11	8	6		37
93090					4	4
94928		6	11	11	11	39
95491			7	1	3	11
96094			3		3	6
97013					1	1
97923	4	1			1	6
98665		2				2
100499				4		4
100997	2					2
101781			1			1
103903	3	2				5
104080			1			1
105592	4		1		2	7
106160			1			1
106262	1		1			2
110206	1					1
110261		1				1
110766	2					2
110844			1	3	8	12
111887	5	1	2			8
112935	2	4	4	2		12
113371		1				1
114178						
114783	1			1	2	4
114950	2	2	2		1	7
115418			2		1	3
117429				2		2
118156		1			1	2
118822	5	2				7
118956						
119232			2	4	1	7
				1	1	2

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
120191					1	1
120354				3	2	5
121581	2		4	1		7
122374					2	2
122881	2	1	5	16	12	36
124319		2	1			3
125156	3	3	3	4	3	16
127544	1	3	1			5
131421	1					1
132506		2	7	9	4	22
132884	4					4
133540			4			4
134433				2	6	8
134470	1					1
134661		2	2	1		5
135712		1	1			2
137436					1	1
139193		4	3	3	4	14
140217					1	1
140443			1		2	3
140736					1	1
142235				2		2
143476	2	4	2	1	1	10
143549					2	2
144629	1					1
144723				1		1
145062			7	6	2	15
148666		3	4	4	2	13
151193	7	8				15
153456					1	1
156006			1		13	14
156776			11	3		14
156938					4	4
159628	1			1		2
161095				1	5	6
161217	4	2				6
161226					1	1
161763		1	1			2
162296	2	1				3
162902			1	8	4	13
163964		1	3			4
164507		3				3
166744		1	1	1		3
169191					2	2
169687	4	4	4	2		14
170376	1					1
170473						1
170635					1	1
174000		4	2	4	2	12
175465		1	1			2
176077					4	4

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
181870				9	6	15
183363				2		2
183969				2		2
187988	3	3	3	2		11
189003				1		1
190681	14	4	4	6	3	31
193223	2	2				4
193832	3	1		2	2	8
196581		1				1
196691		1				1
197553	2					2
198137				2	1	3
198197			1			1
199379					1	1
200497	11	10	11	13	6	51
203478			1	2		3
203638		7	9	6	5	27
203817	6	1				7
203864	1					1
206361			1			1
206434	2					2
207261		2	3		4	9
207417			5			5
209946			3	1		4
211937			1			1
213108		2	4	1		7
213675			3	4	3	10
214173	1					1
215496					3	3
215778	6	1				7
216147					2	2
217178	1					1
220649	1					1
223305				3		3
226899	1					1
227733		1				1
228223	1					1
231739		1				1
234421				2	3	5
234835	2					2
238967				2	2	4
239035			3	4		7
239629	2					2
240262	4	5	6			15
240731	1	1	3			5
244894		5				5
245036			1	1		2
245226	1	3	4	13	9	30
245554		1				1
246503					2	2
247086				1		1

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
301294				2	1	3
305621	2					2
306680			3		2	5
309085	1					1
309823	1	3	1		3	8
311329	1	1				2
311734			2	3	2	7
312600	2	5	4		3	14
314237	7	4	3	3	3	20
314506		1	1		2	4
314536		4	1	2		7
314541		2		2		4
314671			2	2	2	6
315273		1		1	1	3
316753					1	1
316778					1	1
317629				3	1	4
317922		1			1	2
318160	11	2				13
318174				1		1
318471	9	3	3			15
319941	1		1			2
320016					1	1
321454	3			1		4
321863	2	1			1	4
322425	1				3	4
323014	12	10	3			25
324133				1		1
324230	7		1	1		9
326121	8	11	3	7	2	31
326901			2		1	3
327302				2	1	3
327863				3	9	12
328677		1	1	1		3
329421	5		1		9	15
329733	3	4	3	2	1	13
330608	1	2	3	2	3	11
334868		2	1	2	5	10
335757					1	1
337548				2		2
340289					5	5
341340	4	2	8	8	3	25
341368			1			1
352149	6	1	3	5	4	19
353056					1	1
353644	2	2	3	1	2	10
354865	2	1	2	1	2	8
357666	3	2	2	2	1	10
363351				2		2
363937		7	4	3	1	15
364103					1	1

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
364524	3	3	4	3	2	15
367364					1	1
367377	4	2				6
372572	3					3
373653					1	1
374230	1					1
374607			1			1
377485	1					1
379559				1		1
381156			3			3
382376			2			2
383492	1		1			2
384064	7					7
384070	3					3
385064	1			1		2
390425	2					2
391161					1	1
393030	3	4				7
393845				1	1	2
393890					1	1
396982					1	1
401169				1		1
403954			1			1
407847		2				2
408603		1				1
408809		1	2	3	4	10
409083		5	1	5	3	14
413191					1	1
417677		2	20	18	9	49
418012		1				1
420013			4	5	3	12
420661		1	4	3	6	14
421668			1			1
422334		1				1
428018			1			1
428075			1			1
430229	2	2	1			5
432806			1			1
434088			1			1
435811			2	2	1	5
435984			6	10	10	26
437311	2	3				5
441627				1		1
441673			1	3	2	6
442988			1	4	2	7
447447				1	1	2
448039					1	1
449201				7	3	10
451967				2	5	7
453411				1		1
455947				4	5	9

ENFERMEDAD PARKINSON EN ATENCION AMBULATORIA

NRO HC	2013	2014	2015	2016	2017	Total
456422	2	2	1			5
457926				8		8
459591				1		1
460005				1		1
460536				1		1
462372				1		1
462514					1	1
462541					1	1
468359				1		1
468747	1		1			2
470671					2	2
472693					2	2
474105					2	2
476702					3	3
477371					1	1
478313					1	1
480882					3	3
482299					1	1
482495					2	2
485068					1	1
486500					2	2
486813					1	1
486861					2	2
490617					2	2
491056					1	1
491185					1	1
492259					1	1
492784					1	1
494026					1	1
495071					1	1
495314					1	1
495870					1	1
Total general	628	576	666	783	786	3439
Pacientes	178	186	201	218	255	

222

CARTA N° 83- CI-HNRPP-ESSALUD-2018

INFORME N° 043

A : DRA. ISABEL CAMARGO CAMPOS
Jefe de la Unidad de Capacitación Investigación y Docencia
DE : DR. WALTER CALDERON GERSTEIN
Presidente del Comité de Investigación Red Asistencial Junín
ASUNTO : INFORME SOBRE PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:
"CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA
ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE,
PERIODO 2016 AL 2017".
FECHA : HUANCAYO 06 DE NOVIEMBRE DEL 2018.

De mi mayor consideración:

Le presento el informe respecto a la solicitud del alumno, PALOMARES IBARRA ADRIAN EDMUNDO, de la Carrera Profesional de Medicina Humana de la Universidad Peruana los Andes del XIII semestre, quien solicita autorización para realizar el trabajo de investigación titulado "CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON EN EL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE, PERIODO 2016 AL 2017".

El trabajo mencionado es factible de realizar y será beneficioso para la institución y los asegurados, en cumplimiento a las normas de investigación de EsSalud; el suscrito será responsable del manejo de los datos y de la entrega del trabajo concluido. El comité de investigación será informado periódicamente de los avances del proyecto de investigación y ofrecerá apoyo para su correspondiente publicación en las revistas biomédicas tras su término. Al culminar el estudio deberá hacer entrega de 02 ejemplares al Comité de Investigación para el archivo correspondiente.

Es todo cuanto puedo informar.

Atentamente,



DR. WALTER CALDERON GERSTEIN
Presidente Comité de Investigación
Red Asistencial Junín


WCCG/Mrs.
NIT: 1302-2018-8301