



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON PARKINSON

**HEALTH-RELATED QUALITY
OF LIFE IN PARKINSON'S**

Nancy Elizabeth Díaz Pérez

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato , México

Mayra Guzmán Morales

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato , México

Irlanda Alicia Ugalde Ramírez

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato , México

María Elena González Prieto

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato , México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10729

Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Pacientes con Parkinson

Nancy Elizabeth Díaz Pérez ¹

elidiaz201028@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1899-4942>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

Mayra Guzmán Morales

mayaguz.md@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4317-1934>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

Irlanda Alicia Ugalde Ramírez

irlanda81@hotmail.com

ugaldeir@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-8731-9798>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

María Elena González Prieto

malena_ur80@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-9883-3900>

IMSS UMF 57 Irapuato, Guanajuato
México

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con Enfermedad de Parkinson en la Unidad de Medicina Familiar N°57. Diseño metodológico: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Se obtuvo una muestra de pacientes de ambos sexos, con diagnóstico y seguimiento de Enfermedad de Parkinson. Para evaluar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), se empleó el Short-form Health Survey (SF-36) cuestionario corto de salud SF-36. Asimismo, se identificaron las principales características clínicas y sociodemográficas, y se empleó estadística descriptiva para cada dimensión de la CVRS Resultados: Se reunieron a 127 pacientes: 54 hombres y 73 mujeres con una mediana de edad de 65 (RIC 58.0 – 71.0) años. El 99.2 % tomaban algún fármaco, principalmente 2 (56.7 %), seguidos de 1 (37.8 %). 54 pacientes tenían más de 10 años de diagnóstico, 38 de 2 a 5 años, 34 de 6 a 10 años y solo 1 tenía menos de 1 año. En el cuestionario SF-36, la dimensión con mejores resultados fue el rol emocional, con una mediana de 91.6 % (RIC 66.6 – 100), seguida del rol físico, la función social y la función mental (las tres con una mediana de 75 % cada una); mientras que la dimensión con el puntaje más bajo fue la vitalidad (mediana 62.5 %, RIC 43.7 – 75). Hallazgos: La CVRS de los pacientes con EP en la UMF N° 57 fue aceptable, siendo afectada principalmente la vitalidad. Además, las dimensiones tuvieron peores resultados después de los 10 años.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, cuestionario sf-36, enfermedad de parkinson, trastorno neurodegenerativo

¹ Autor principal.

Correspondencia: elidiaz201028@gmail.com

Health-Related Quality of Life In Parkinson's

ABSTRACT

Background: Present a couple of sentences referring the main idea and content of the article. **Objective:** To determine the health-related quality of life in patients with Parkinson's Disease in the Family Medicine Unit No. 57. **Methodological design:** A descriptive, observational, cross-sectional, and prospective study was carried out. A sample of patients of both sexes was obtained, diagnosed, and monitored for Parkinson's disease. To assess health-related quality of life (HRQoL), the Short-form Health Survey (SF-36) was applied. Likewise, the main clinical and sociodemographic characteristics were identified, and descriptive statistics were used for each dimension of HRQoL. **Results:** A total of 127 patients were recruited: 54 men and 73 women with a median age of 65 (IQR 58.0 – 71.0) years. 99.2% took some drug, mainly 2 (56.7%), followed by 1 (37.8%). 54 patients had more than 10 years of diagnosis, 38 from 2 to 5 years, 34 from 6 to 10 years, and only 1 was less than 1 year. In the SF-36 questionnaire, the dimension with the best results was the emotional role, with a median of 91.6% (IQR 66.6 - 100), followed by the physical role, social function, and mental function (all three with a median of 75). % each); while the dimension with the lowest score was vitality (median 62.5%, IQR 43.7 - 75). **Findings:** The HRQoL of the patients with PD at FMU No. 57 was acceptable, mainly vitality being affected. In addition, the dimensions had worse results after 10 years.

Keywords: health-related quality of life, sf-36 questionnaire, parkinson's disease, neurodegenerative disorder

Artículo recibido 20 febrero 2024

Aceptado para publicación: 25 marzo 2024



INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP), es el segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente que se relaciona con la edad, afecta aproximadamente al 3 % de la población de 65 años y hasta al 5 % de las personas mayores de 85 años, México la incidencia de la EP se ha incrementado en los últimos años, en 2014 se reportó una incidencia de 8.2 por cada 100 000 habitantes, para 2015 esta aumentó a 10.4, en 2017 paso a 12.7 y descendió en 2018 con 10.8 por cada 100 000 habitantes (2020) Martínez-Ramírez D, et al.; entre los estados con mayor incidencia se encuentran Baja California Norte (55.0 por cada 100 000), Sinaloa (26.82 por cada 100 000), y Durango (21.25 por cada 100 000); Guanajuato por otro lado se encuentra entre los estados con menos incidencia (5.25 por cada 100 000) (2019) Rodríguez-Violante et al.

Antecedentes

La enfermedad de Parkinson (EP) tiene una prevalencia que oscila entre 31 y 201 por 100,000 habitantes, entre hombres y mujeres varía a razón de, 1:3 a 2:0 en la mayoría de los estudios (2021) Dahodwala N et al. En aproximadamente el 90 % de los casos, no se tiene una causa genética identificable, actualmente muchos factores que están asociados con un riesgo de enfermedad tienen propiedades neuroprotectoras o neurotóxicas en modelos animales de la enfermedad (1992) Aaronson N.K, et al.

Fisiopatología

La esencia de la enfermedad es un trastorno neurodegenerativo que se presenta principalmente en la vejez con una ralentización generalizada de los movimientos (bradicinesia) y al menos otro síntoma de temblor o rigidez en reposo. Otras características asociadas son: pérdida del olfato, disfunción del sueño, trastornos del estado de ánimo, salivación excesiva, estreñimiento y movimientos periódicos excesivos de las extremidades durante el sueño (2016) Pérez- de la Torre, et al, (2010). Gutiérrez J, et al, (2020) Armstrong M, et al, (2004) Duran-Arenas L, et al, (2008) Hagell P, et al. Dentro de la fisiología de la EP es la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas del mesencéfalo en la parte compacta de la sustancia negra y la presencia de inclusiones citoplasmáticas de alfa-sinucleína, denominadas cuerpos de Lewy, las complicaciones o fluctuaciones motoras incluyen: acortamiento de la duración del efecto

de la levodopa, pérdida súbita e impredecible del efecto con recurrencia de los síntomas de la EP (2012) Cervantes Arriaga A et al, (2019) Cerri S et al, (2014) Beitz J et al.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos donde, actualmente, no existe un método absoluto para diagnosticar la enfermedad de Parkinson in vivo, salvo pruebas genéticas empleadas solo en circunstancias específicas, para el diagnóstico de la EP se cuenta con dos herramientas principales: la escala de Hoehn y Yahr se puede emplear para establecer la progresión de la enfermedad, que se clasifica dependiendo de la severidad de los síntomas, consta de 6 estadios en los que el 0 significa que el paciente está asintomático y el 5 supone la postración del paciente . (2019) Cabreira V et al, (2019), Palacios Sánchez E et al. Los tratamientos farmacológicos para los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson se basan principalmente en la dopamina. Las preparaciones de levodopa, los agonistas de la dopamina y los inhibidores de la monoaminoxidasa-B (MAO-B) son terapias iniciales útiles. Aunque anteriormente muchos médicos evitaban la levodopa para el tratamiento temprano de la enfermedad de Parkinson, investigaciones recientes no respaldan este enfoque (2021) Prasad E, M et al. Un ensayo clínico encontró que las personas asignadas al azar para comenzar el tratamiento con levodopa tenían beneficios de movilidad pequeños pero persistentes a los 7 años (2018) Fernández H, H et al, (2021) Tolosa E, et al.

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que pretende captar el bienestar, ya sea de una población o de un individuo, en cuanto a elementos tanto positivos como negativos dentro de la totalidad de su existencia en un momento específico. Por ejemplo, las facetas comunes de la calidad de vida incluyen: la salud personal (física, mental y espiritual), las relaciones, el estado educativo, el entorno laboral, el estado social, la riqueza, la sensación de seguridad y protección, la libertad, la autonomía en la toma de decisiones, la pertenencia social. y su entorno físico (2019) Haraldstad K, et al, (2016) Martínez-Ramírez D, et al, (2018) Spronk I, et al, (2017) Veronese S, et al.

Calidad de vida relacionada a la salud

La definición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ha sido problemática y se pueden identificar al menos cuatro definiciones en la literatura. En primer lugar, la CVRS se puede definir como

«qué tan bien funciona una persona en su vida y su bienestar percibido en los dominios de la salud física, mental y social». El funcionamiento se refiere a la capacidad de un individuo para llevar a cabo algunas actividades predefinidas, mientras que el bienestar se refiere a los sentimientos subjetivos de un individuo. Una segunda definición relaciona la CVRS directamente con la calidad de vida y sostiene que: *«la calidad de vida es un concepto global que incorpora todos los factores que impactan en la vida de un individuo. La calidad de vida relacionada con la salud incluye únicamente aquellos factores que forman parte de la salud del individuo»*. Los aspectos no relacionados con la salud de la calidad de vida, por ejemplo, las circunstancias económicas y políticas, no se incluyen en la CVRS (2016) Karimi M, et al.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de carácter transversal descriptivo, cuantitativo, transversal, abierto, descriptivo, observacional, prospectivo y Unicéntrico, de pacientes con enfermedad de Parkinson, atendidos en el servicio de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 57 del IMSS, Guanajuato.

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, tomando como base el trabajo realizado por Rodríguez-Violante et al, se establece que entre 2014 y 2017 se presentaron 28,457 casos nuevos de enfermedad de Parkinson en México. Por lo que se calculó un tamaño de muestra con la fórmula para estimar una proporción aceptando una confianza del 95%, una precisión del 4% y una proporción esperada al 5% [$n = (Za2p (1-p)) d2$]. Se obtuvo un tamaño de muestra de 114 pacientes y se consideró una proporción esperada de pérdidas del 10% por lo que el cálculo final fue de 127 personas.

Como criterios de inclusión de emplearon: pacientes con enfermedad de Parkinson que tengan diagnóstico registrado en SIMF, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 57 del IMSS Guanajuato, quienes aceptaron participar en el estudio manifestado por la firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas (v. gr. trastornos psicoafectivos, neuróticos, psicóticos, disociativos, de la personalidad, etc.), pacientes con enfermedad de Parkinson que por el avance de la enfermedad o alguna comorbilidad hayan perdido toda capacidad de comunicación, pacientes con trastornos que modifiquen la cognición o el estado de alerta, pacientes con trauma físico grave reciente (en los últimos 3 meses), pacientes con diagnóstico

de una afección médica crónica grave que requiera tratamiento y monitoreo médico continuo (v. gr. hipertensión arterial sistémica no controlada, enfermedad endocrina o pulmonar grave, enfermedad renal crónica terminal, cáncer activo, etc.), e individuos con incapacidad física, mental o lingüística para entender o completar las evaluaciones.

Asimismo, como criterios de eliminación se utilizaron: pacientes que decidieron su salida voluntaria del estudio y aquellos que por alguna razón no respondieron los instrumentos empleados.

Instrumento de medición

La calidad de vida relacionada con la salud fue evaluada con el cuestionario SF-36 (Encuesta de Salud SF-36 (Short-Form)), Es una encuesta o instrumento general de calidad de vida relacionada en la salud, validado y consistente en múltiples idiomas, incluido el español, que se usa ampliamente en todas las disciplinas médicas y puede ser autoadministrado por el paciente con alta confiabilidad (2016) Lins L, et al. Este fue publicado en 1992 por Aaronson et al. Está compuesto de 36 reactivos que interrogan en cuanto al estado de salud, sus actividades físicas, sociales y el estado emocional. La validación del cuestionario SF-36 fue realizada en México por Zúñiga et al, en 1999, presentado en la International Society of Technology Assessment in Health Care, Twelfth Annual Meeting, San Francisco, California. Los autores encontraron un α de Cronbach de 0.84 para el dominio de función física, 0.70 para rol físico, 0.80 para dolor corporal, 0.73 para salud general, 0.83 para vitalidad, 0.76 función social, 0.56 para rol emocional y 0.83 para salud mental⁷. De acuerdo con Zhao et al., a través de una revisión sistemática que incluyó 20 estudios cubriendo 2,707 pacientes con EP y 150,661 controles sanos, encontraron que, en comparación con los controles sanos, los pacientes con EP tenían una CVRS significativamente más pobre en general y en la mayoría de los dominios con tamaños de efectos de moderados a grandes (2021) Zhao N, et al. Lubomski et al., a través de un estudio prospectivo, observacional y transversal que evaluó la CVRS de 103 pacientes con EP que compararon con 81 cuidadores, a través del cuestionario SF-36, reportaron que los pacientes con EP informaron una CVRS física y mental significativamente menor en comparación con sus cuidadores (ambos $p < 0.001$) (2021) Lubomski et al.

RESULTADOS

Se seleccionaron a 127 pacientes que acudieron con enfermedad de Parkinson a la consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar N° 57, en donde 54 fueron hombres (42.5 %) y 73 mujeres (57.5 %), con una edad de la muestra completa de 65.0 años (rango intercuartílico (RIC) 58.0 – 71.0): el paciente más joven tuvo 39 años y el más grande 84; asimismo, en los hombres se observó una mediana de edad de 63.5 años (RIC 58.0 – 71.2) y de 65.0 años (RIC 57.5 – 70.0) en las mujeres, en cuanto al estado civil, se observaron principalmente 64 pacientes casados (50.4 %), seguidos de 32 viudos (25.2 %), 13 que vivían en unión libre (10.2 %), 11 divorciados (8.7 %) y 7 solteros (5.5 %). (Tabla 1)

Sobre las comorbilidades, 58 pacientes no presentaban ninguna (45.7 %), mientras que 45 tenían hipertensión arterial sistémica (35.4 %), 18 diabetes mellitus (14.2 %) y 6 presentaron otra (4.7 %). En cuanto a los fármacos administrados, solo 1 paciente no recibía ninguno (0.8 %) y, de manera predominante, 72 recibían dos fármacos (56.7 %), 48 un fármaco (37.8 %), 5 tres fármacos (3.9 %) y 7 recibía 4 (0.8 %). (Tabla 2). En el tiempo de diagnóstico, 54 pacientes tenían más de diez años (42.5 %), 38 de dos a 5 años (29.9 %), 34 de seis a diez años (26.8 %) y 1 menos de un año (0.8 %) (Tabla 2)

Los resultados de los cuestionarios SF-36 sobre la CVRS de los participantes con Enfermedad de Parkinson, así como los puntajes obtenidos se detallan en la (Tabla 3.)

Por último, se obtuvieron los puntajes de cada una de las dimensiones dependiendo del tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad. Al solo tener un paciente con menos de un año, se tomaron únicamente aquellos de 2 a 5 años, 6 a 10 años y más de 10 años. Se evidenció que, a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, los puntajes fueron más bajos en todas las dimensiones del instrumento, siendo las medianas del dolor corporal (52.0 %) y vitalidad (59.3 %) las más afectadas. (Tabla 4).

DISCUSIÓN

En este estudio se determinó cual es la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad de Parkinson en la Unidad de Medicina Familiar N° 57, de acuerdo con lo encontrado se puede observar que las dimensiones en las que mejor se encuentran los pacientes es el rol emocional que obtuvo la puntuación más alta, lo que significa que los problemas emocionales de los pacientes prácticamente no tienen interferencia con las actividades de los pacientes, aunque en el análisis por

tiempo de diagnóstico se vio que el rol emocional fue mejor entre los pacientes que tenían menos tiempo con la enfermedad; al rol emocional le siguió la dimensión de función física que refleja cómo afecta la salud en las actividades de la vida, es decir, que en general por el puntaje alcanzado los pacientes aún pueden realizar sus actividades a pesar de la enfermedad de Parkinson, aunque similar a la dimensión pasada aquellos con menos tiempo con la EP tuvieron mejor función física. Muy relacionado con la función física, se encontró el rol físico que también tuvo un puntaje que lo ubicó en el tercer lugar, esto refleja que los pacientes por lo general no tienen una actividad menor a la que esperarían, en especial hasta los 10 años del diagnóstico, dado que después de este tiempo se notó una disminución importante. También en el tercer lugar se encontraron la dimensión de salud mental y función social, la primera refleja en términos generales que los pacientes se encuentran bien emocionalmente; esta dimensión incluye entre sus ítems la depresión, la ansiedad y el control emocional de las personas, no obstante no habla de cada uno por separado en sus interpretaciones globales, para dar un diagnóstico se necesitaría una prueba específica; aun así se puede conocer que la mayoría de los pacientes no están experimentando dichos trastornos, de manera interesante, los pacientes con 6 a 10 años desde el diagnóstico fueron quienes tuvieron menores puntajes que aquellos con más de 10 años, lo que nos puede hacer pensar que es un tiempo de adaptación y aceptación a la enfermedad. La función social que refleja las actividades sociales no tiene una interferencia importante, aun en los pacientes de más de 10 años, en quienes el puntaje fue de 75.0.

El dolor corporal y la salud general se ubicaron en el cuarto lugar, aunque con una mayor tendencia a la baja en el dolor corporal; es importante resaltar que a diferencia de las otras dimensiones el dolor corporal entre más alto indica que los pacientes pasan menos días sin dolor, esta dimensión fue reduciendo sus puntajes entre más tiempo pasaban los pacientes, que puede explicarse por el avance de la misma enfermedad. La salud general se mantuvo estable entre los 2 y 5 años mostrando una disminución después de los 10, que al igual que el dolor puede explicarse por el avance de la enfermedad ya que esta dimensión valora la percepción del paciente precisamente sobre su salud y las expectativas para el futuro, que en los pacientes con EP después de 10 años probablemente ya tiene un deterioro significativo.

La vitalidad fue la dimensión con menor puntaje que refleja no solo una disminución de energía en los pacientes, sino también menos resistencia, esta se encontró baja en los pacientes desde los 2 años y hasta más de 10, aunque en ningún rango estuvo por debajo de 50, es entendible que los pacientes con EP experimenten mayor cansancio que la población sana pues para cuando se recibe el diagnóstico, los temblores ya interfieren en la vida y las actividades que solían ser normales. Con respecto de la población mexicana sana, un trabajo de Durán-Arenas et al., que obtuvo los puntajes de población sana de Sonora y Oaxaca, los resultados de los pacientes del presente estudio estuvieron más bajos a excepción de las dimensiones de salud general, función social (comparado con Sonora), rol emocional y salud mental (comparado con Sonora), lo cual es esperable, menos en la dimensión de salud, puesto que el estudio se realizó en personas sanas (2004) Duran-Arenas L, et al.

Con respecto de otros pacientes con EP, un estudio de Hagell et al., encontró puntajes más bajos en todas las dimensiones del cuestionario comparados con los pacientes del presente estudio, aunque no se estableció el tiempo de la enfermedad, únicamente se mencionó que los pacientes terminales no fueron incluidos, lo que hace posible pensar que los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 57 con EP tienen una calidad de vida aceptable (2018) Fernández H H, et al.

En otro trabajo de Tu et al., en el que se evaluó la calidad de vida de los pacientes con EP mediante dos cuestionarios incluidos el SF-36, se observaron puntajes menores a los de los pacientes del presente estudio excepto en dolor corporal, que tuvo dos puntos más en el estudio de Tu et al. Un resultado que concuerda con lo encontrado en el presente estudio fue la disminución de los puntajes con el avance de la enfermedad, al año 34 pacientes de los 50 pacientes de Tu et al, obtuvieron peores resultados en el cuestionario (2017) Tu, et al.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra.

Característica	n	%
Sexo		
Hombre	54	42.5
Mujer	73	57.5
Estado civil		
Soltero	7	5.5
Casado	64	50.4
Unión libre	13	10.2
Viudo	32	25.2
Divorciado	11	8.7
Mediana		RIC
Edad (años)	65	58.0 – 71.0

RIC: rango intercuartílico, n: frecuencia, %: porcentaje Fuente: Análisis de datos obtenidos.

Tabla 2 Características clínicas de la muestra.

Característica	n	%
Comorbilidades		
Ninguna	58	45.7
DM	18	14.2
HAS	45	35.4
Otra	6	4.7
Medicamentos		
Presentes	126	99.2
Ausentes	1	0.8
Número de fármacos		
0	1	0.8
1	48	37.8
2	72	56.7
3	5	3.9
4	1	0.8
Tiempo desde el diagnóstico		
Menos de 1 año	1	0.8
De 2 a 5 años	38	29.9
De 6 a 10 años	34	26.8
Más de 10 años	54	42.5

DM: diabetes mellitus, HAS: hipertensión arterial sistémica, n: frecuencia, %: porcentaje.
Fuente: Análisis de datos obtenidos.

Tabla 3. Puntajes de cada una de las dimensiones de la calidad de vida medida por el cuestionario SF-36.

Dimensión	Mediana (%)	RIC
Función física	80	55.0 – 100
Rol físico	75.0	50.0 – 100
Dolor corporal	72.0	41.0 – 84.0
Salud general	72.0	55.0 – 85.0
Vitalidad	62.5	43.7 – 75.0
Función social	75.0	62.5 – 100
Rol emocional	91.6	66.6 – 100
Salud mental	75.0	55.0 – 90.0

RIC: rango intercuartílico.

Fuente: Análisis de datos obtenido

Tabla 4. Puntajes del cuestionario SF-36 dependiendo del tiempo de diagnóstico.

Dimensión	Mediana (%)	RIC
Función física		
2 a 5 años	90.0	68.7 - 100
6 a 10 años	85.0	45.0 - 100
Más de 10 años	65.0	38.7 – 91.2
Rol físico		
2 a 5 años	87.5	68.7 - 100
6 a 10 años	81.2	50.0 - 100
Más de 10 años	62.5	50.0 – 87.5
Dolor corporal		
2 a 5 años	79.0	52.0 - 100
6 a 10 años	67.0	41.0 - 100
Más de 10 años	52.0	22.0 – 74.0
Salud general		
2 a 5 años	72.0	55.0 – 87.0
6 a 10 años	72.0	59.0 – 86.7
Más de 10 años	62.0	46.5 – 82.0
Vitalidad		
2 a 5 años	68.7	50.0 – 81.2
6 a 10 años	56.2	43.7 – 87.5
Más de 10 años	59.3	37.5 – 75.0

Función social		
2 a 5 años	81.2	71.8 - 100
6 a 10 años	87.5	59.3 - 100
Más de 10 años	75.0	50.0 - 100
Rol emocional		
2 a 5 años	100	66.6 - 100
6 a 10 años	83.3	58.3 - 100
Más de 10 años	75.0	58.3 - 100
Salud mental		
2 a 5 años	85.0	63.7 – 95.0
6 a 10 años	67.5	55.0 – 95.0
Más de 10 años	75.0	45.0 – 90.0
Global		
2 a 5 años	80.7	66.3 – 89.5
6 a 10 años	73.9	57.5 – 86.7
Más de 10 años	69.1	44.7 – 84.2

RIC: rango intercuartílico.

Fuente: Análisis de datos obtenidos.

CONCLUSIONES

Con los hallazgos del presente estudio, se puede concluir que la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de Parkinson es aceptable, ninguno de ellos estuvo por debajo de 50. La dimensión con mejores puntajes fue el rol emocional y la de más bajo puntaje fue la vitalidad, estas en conjunto con las demás dimensiones, reflejan que los pacientes en lo general se encuentran bien adaptados a su enfermedad y a las limitaciones de esta, aunque si tienen poca energía, sin embargo, sus actividades sociales y diarias han tenido una disminución no tan dramática como en otros estudios. También se puede concluir que la calidad de vida en general va disminuyendo con el tiempo, en especial después de los 10 años del diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., & Keller, S. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 1(5), 349–351. <https://doi.org/10.1007/BF00434949>



- Armstrong, M. J., & Okun, M. S. (2020). Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. *JAMA*, 323(6), 548–560. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.223604>....Ascherio A, Schwarzschild MA. The epidemiology of Parkinson's disease: risk factors and prevention. *Lancet Neurol*. 2016;15(12):1257–72.
- Beitz J. M. (2014). Parkinson's disease: a review. *Frontiers in bioscience (Scholar edition)*, 6(1), 65–74. <https://doi.org/10.2741/s415>
- Cabreira, V., & Massano, J. (2019). Doença de Parkinson: Revisão Clínica e Atualização [Parkinson's Disease: Clinical Review and Update]. *Acta medica portuguesa*, 32(10), 661–670. <https://doi.org/10.20344/amp.11978>
- Cerri, S., Mus, L., & Blandini, F. (2019). Parkinson's Disease in Women and Men: What's the Difference?. *Journal of Parkinson's disease*, 9(3), 501–515. <https://doi.org/10.3233/JPD-191683>
- Cervantes-Arriaga, A., Rodríguez-Violante, M., Yescas, P., & Alonso-Vilatela, E. (2012). Fluctuaciones motoras en enfermedad de Parkinson. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(2), 141-146.
- Dahodwala, N., Li, P., Jahnke, J., Ladage, V. P., Pettit, A. R., Kandukuri, P. L., Bao, Y., Zamudio, J., Jalundhwala, Y. J., & Doshi, J. A. (2021). Burden of Parkinson's Disease by Severity: Health Care Costs in the U.S. Medicare Population. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 36(1), 133–142. <https://doi.org/10.1002/mds.28265>
- Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., & Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36 [Towards a Mexican normative standard for measurement of the short format 36 health-related quality of life instrument]. *Salud publica de Mexico*, 46(4), 306–315. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342004000400005>
- Fernandez, H. H., Boyd, J. T., Fung, V. S. C., Lew, M. F., Rodriguez, R. L., Slevin, J. T., Standaert, D. G., Zadikoff, C., Vanagunas, A. D., Chatamra, K., Eaton, S., Facheris, M. F., Hall, C., Robieson, W. Z., Benesh, J., & Espay, A. J. (2018). Long-term safety and efficacy of levodopa-carbidopa

intestinal gel in advanced Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 33(6), 928–936.

<https://doi.org/10.1002/mds.27338>

Gutiérrez, J., & Singer, C. (2010). Parkinsonismo: diagnósticos alternativos a la enfermedad idiopática de Parkinson. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(3), 279-292

Hagell, P., Törnqvist, A. L., & Hobart, J. (2008). Testing the SF-36 in Parkinson's disease. Implications for reporting rating scale data. *Journal of neurology*, 255(2), 246–254.

<https://doi.org/10.1007/s00415-008-0708-y>

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Norekvål, T. M., ... LIVSFORSK network (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(10), 2641–2650.

<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-98> ...Hendricks RM, Khasawneh MT. A systematic review of Parkinson's disease cluster analysis research. *Aging Dis.* 2021;12(7):1567–86.

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>

Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE open medicine*, 4, 2050312116671725.

<https://doi.org/10.1177/2050312116671725>

Lubomski, M., Davis, R. L., & Sue, C. M. (2021). Health-Related Quality of Life for Parkinson's Disease Patients and Their Caregivers. *Journal of movement disorders*, 14(1), 42–52.

<https://doi.org/10.14802/jmd.20079>

Martínez-Ramírez, D., Rodríguez-Violante, M., Velázquez-Ávila, E. S., Cervantes-Arriaga, A., González-Cantú, A., Corona-Vázquez, T., & Velásquez-Pérez, L. (2020). Incidencia y

- distribución geográfica de la enfermedad de Parkinson en México. *Salud Pública De México*, 62(6, Nov-Dic), 873-875. <https://doi.org/10.21149/11750>
- Palacios Sánchez E, González AV, Vicuña JA, Villamizar L. (2019) Calidad de vida en los pacientes con enfermedad de Parkinson valorados en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. *Neurol Argentina*. 11(3):151–8.
- Prasad, E. M., & Hung, S. Y. (2021). Current Therapies in Clinical Trials of Parkinson's Disease: A 2021 Update. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 14(8), 717. <https://doi.org/10.3390/ph14080717>
- Pérez-de la Torre, R. A., Calderón-Vallejo, A., Morales-Briceño, H., Gallardo-Ceja, D., Carrera-Pineda, R., Guinto-Balanzar, G., Magallón-Barajas, E., Corlay-Noriega, I., & Cuevas-García, C. (2016). Estimulación cerebral profunda en la enfermedad de Parkinson. Resultados preliminares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 124-131.
- Rodríguez-Violante, Mayela, Velásquez-Pérez, Leora, & Cervantes-Arriaga, Amin. (2019). Incidence rates of Parkinson's disease in Mexico: Analysis of 2014-2017 statistics. *Revista mexicana de neurociencia*, 20(3), 136-140. Epub 28 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.24875/rmn.m19000043>
- Spronk, I., Legemate, C. M., Polinder, S., & van Baar, M. E. (2018). Health-related quality of life in children after burn injuries: A systematic review. *The journal of trauma and acute care surgery*, 85(6), 1110–1118. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002072>
- Tolosa, E., Garrido, A., Scholz, S. W., & Poewe, W. (2021). Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *The Lancet. Neurology*, 20(5), 385–397. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00030-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00030-2)
- Tu, X. J., Hwang, W. J., Hsu, S. P., & Ma, H. I. (2017). Responsiveness of the short-form health survey and the Parkinson's disease questionnaire in patients with Parkinson's disease. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0642-8>
- Veronese, S., Gallo, G., Valle, A., Cugno, C., Chiò, A., Calvo, A., Cavalla, P., Zibetti, M., Rivoiro, C., & Oliver, D. J. (2017). Specialist palliative care improves the quality of life in advanced

neurodegenerative disorders: NE-PAL, a pilot randomised controlled study. *BMJ supportive & palliative care*, 7(2), 164–172. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000788>

Zhao, N., Yang, Y., Zhang, L., Zhang, Q., Balbuena, L., Ungvari, G. S., Zang, Y. F., & Xiang, Y. T. (2021). Quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *CNS neuroscience & therapeutics*, 27(3), 270–279.

<https://doi.org/10.1111/cns.13549>

Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México [Evaluation of health status using Survey SF-36: preliminary results in Mexico]. *Salud publica de Mexico*, 41(2), 110–118.

