

ANEXO 2

HISTORIA EVOLUTIVA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Antecedentes:

Características de la enfermedad:

Años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la fecha de cirugía en años:

Lugar de comienzo de la enfermedad:

Forma de comienzo de la enfermedad:

Forma actual de predominio de la enfermedad:

Motivo de la cirugía:

Dosis equivalente levodopa: mg.

ESCALA UNIFICADA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

(Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) (Fahn S.; Elton, R.L. en Recent developments in Parkinson's disease. Vol 2. Macmillan Health Care information: Florham Park, NJ;153-164,1987).

I. ESTADO MENTAL. COMPORTAMIENTO Y ESTADO DE ANIMO.

1. ALTERACION DEL INTELECTO.

0: Nula.

1: Leve. Falta de memoria evidente, con recuerdo parcial de los acontecimientos, sin otras dificultades.

2: Alteración funcional discreta. Pérdida moderada de memoria, con desorientación y dificultad moderada para la resolución de problemas más complejos, con necesidad de recordarle ocasionalmente las cosas.

3: Pérdida grave de memoria con desorientación temporal y con frecuencia espacial. La capacidad para resolver problemas está muy alterada.

4: Pérdida grave de memoria, conservando solamente la orientación personal. Incapacidad para elaborar juicios o resolver problemas. Requiere mucha ayuda para mantener el cuidado personal. No se puede quedar solo.

2. TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO (Por demencia o intoxicación por fármacos).

0: No hay.

1: Ensueños vívidos.

2: Alucinaciones «benignas», conservando la capacidad de discernir.

3: Alucinaciones o delirios de ocasionales a frecuentes. Sin capacidad de discernir. Pueden interferir con las actividades diarias.

4: Alucinaciones o delirios persistentes o psicosis florida. Incapaz de cuidar de sí mismo.

3. DEPRESIÓN.

0: No hay.

1: Períodos de tristeza o sentimientos de culpa mayores de lo normal, aunque nunca mantenidos durante días o semanas.

2: Depresión mantenida (1 semana o más).

3: Depresión mantenida con síntomas vegetativos (insomnio, anorexia, pérdida de peso, pérdida de interés).

4: Depresión mantenida, con síntomas vegetativos y pensamientos o intento de suicidio.

4. MOTIVACIÓN-INICIATIVA.

0: Normal.

1: Menos pujante de lo habitual; más pasivo.

2: Pérdida de iniciativa o desinterés en cuanto a actividades opcionales (no rutinarias).

3: Pérdida de iniciativa o desinterés en las actividades de cada día (rutinarias).

4: Aislado, apartado; pérdida total de la motivación.

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA I: /16.

II. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

5. LENGUAJE.

0: Normal.

1: Discretamente alterado. No hay dificultad para entender.

2: Moderadamente alterado. A veces hay que pedirle que repita algo.

3: Muy alterado. Hay que pedirle con frecuencia que repita.

4: Ininteligible la mayor parte del tiempo.

6. SALIVACIÓN.

0: Normal.

1: Exceso de saliva en la boca, discreto pero evidente; puede haber babeo durante la noche.

2: Moderado exceso de saliva; puede haber mínimo babeo.

3: Marcado exceso de saliva con cierto grado de babeo.

4: Marcado babeo; requiere constantemente gasa o pañuelo.

7. DEGLUCIÓN.

0: Normal.

1: Rara vez se atraganta.

2: Se atraganta ocasionalmente.

3: Requiere dieta blanda.

4: Requiere alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía.

8. ESCRITURA.

0: Normal.

1: Discretamente lenta o pequeña.

2: Moderadamente lenta o pequeña; todas las palabras son legibles.

3: Muy alterada; no son legibles todas las palabras.

4: La mayoría de las palabras son ilegibles.

9. CORTAR ALIMENTOS Y MANEJAR CUBIERTOS.

0: Normal.

1: Algo lento y torpe, pero no necesita ayuda.

2: Puede cortar la mayoría de los alimentos, aunque con torpeza y lentitud; necesita alguna ayuda.

3: La comida debe ser cortada por alguien pero todavía puede comer lentamente.

4: Imposibilitado para comer solo.

10. VESTIDO.

0: Normal.

1: Algo lento, pero no requiere ayuda.

2: Requiere ayuda en ocasiones para abotonarse, introducir los brazos por las mangas.

3: Requiere bastante ayuda, puede hacer algunas cosas solo.

4: Incapacitado.

11. HIGIENE.

0: Normal.

1: Algo lento, pero no necesita ayuda.

2: Necesita ayuda para ducharse o bañarse, o es muy lento en las actividades higiénicas.

3: Requieren ayuda para lavarse, cepillarse los dientes, peinarse, ir al retrete.

4: Sonda de Foley u otras ayudas mecánicas.

12. DAR VUELTAS EN CAMA Y AJUSTAR LA ROPA DE CAMA.

0: Normal.

- 1: Algo lento y torpe, pero no precisa ayuda.
- 2: Puede volverse solo o ajustar las sábanas, pero con gran dificultad.
- 3: Puede iniciar la acción, pero no puede volverse o ajustar las sabanas solo.
- 4: Incapacitado.

13. CAÍDAS (Sin relación con el fenómeno de bloqueo) .

- 0: Ninguna.
- 1: Rara vez.
- 2: Se cae ocasionalmente (menos de una vez al día).
- 3: Se cae un promedio de una vez al día.
- 4: Se cae más de una vez al día.

14. BLOQUEOS AL CAMINAR.

- 0: No hay.
- 1: Rara vez aparecen bloqueos al caminar; puede haber titubeo al inicio.
- 2: Bloqueos ocasionales al caminar.
- 3: Bloqueos frecuentes. A veces se cae por causa de este fenómeno.
- 4: Caídas frecuentes por bloqueos.

15. CAMINAR.

- 0: Normal.
- 1: Leve dificultad. Puede no balancear los brazos o puede tender a arrastrar las piernas.
- 2: Dificultad moderada, pero requiere poca o ninguna ayuda.
- 3: Trastorno grave de la marcha que requiere ayuda.
- 4: No puede caminar, incluso con ayuda.

16. TEMBLOR.

- 0: Ausente.
- 1: Discreto, infrecuentemente presente. No resulta molesto para el paciente.
- 2: Moderado, molesto para el paciente.
- 3: Intenso; interfiere con muchas actividades.
- 4: Marcado; interfiere la mayoría de las actividades.

17. SINTOMAS SENSORIALES RELACIONADOS CON EL PARKINSONISMO.

- 0: Normal.
- 1: Ocasionalmente tiene entumecimiento, hormigueo o dolorimiento discreto.
- 2: Con frecuencia tiene entumecimiento, hormigueo o dolorimiento discreto; no resulta penoso.
- 3: Frecuentes sensaciones dolorosas.
- 4: Dolor extremo.

PUNTUACION TOTAL SUBESCALA II: /52

III. EXPLORACIÓN MOTORA.

18. LENGUAJE.

- 0: Normal.
- 1: Pérdida discreta de expresión, dicción y/o volumen.
- 2: Monótono, farfullado, pero comprensible, moderadamente alterado.
- 3: Muy alterado, difícil de comprender.
- 4: Ininteligible.

19. EXPRESIÓN FACIAL.

0: Normal.

1: Mínima hipomimia, podría ser una cara inexpresiva («cara de póker»).

2: Disminución discreta, pero claramente anormal, de la expresión facial.

3: Hipomimia moderada, labios separados la mayor parte del tiempo.

4: Pérdida acusada o completa de la expresión facial; labios separados más de 6 mm.

20. TEMBLOR DE REPOSO EN MIEMBROS SUPERIORES.

0: Ausente.

1: Discreto e infrecuentemente presente.

2: Discreto en amplitud y persistente, o de amplitud moderada pero presente sólo de forma intermitente.

3: De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo.

4: De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo.

21. TEMBLOR DE REPOSO EN MIEMBROS INFERIORES.

0: Ausente.

1: Discreto e infrecuentemente presente.

2: Discreto en amplitud y persistente, o de amplitud moderada pero presente sólo intermitente.

3: De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo.

4: De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo.

22. TEMBLOR DE ACCION O POSTURAL DE LAS MANOS.

0: Ausente.

1: Leve; presente con la acción.

2: De amplitud moderada; presente con acción.

3: De amplitud moderada al mantener la postura en el aire, así como con la acción.

4: De gran amplitud, interfiere la alimentación.

23. RIGIDEZ AXIAL. (Paciente sentado y relajado. Movimiento pasivo de grandes articulaciones).

0: Ausente.

1: Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo o de otro tipo.

2: Discreta a moderada.

3: Intensa pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.

4: Muy intensa, la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

24. RIGIDEZ EN MIEMBROS SUPERIORES. (Paciente sentado y relajado. Movimiento pasivo de grandes articulaciones. No considerar la rigidez «en rueda dentada»).

0: Ausente.

1: Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo o de otro tipo.

2: Discreta a moderada.

3: Intensa, pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.

4: Muy intensa, la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

25. RIGIDEZ EN MIEMBROS INFERIORES. ((Paciente sentado y relajado. Movimiento pasivo de grandes articulaciones. No considerar la rigidez «en rueda dentada»).

0: Ausente.

1: Discreta o detectable solamente cuando se activa por movimientos en espejo o de otro tipo.

2: Discreta a moderada.

3: Intensa, pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.

4: Muy intensa; la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

26. GOLPETEO DE LOS DEDOS. (El paciente golpea el pulgar con el índice en rápida sucesión y con la mayor amplitud posible. Realizar con cada mano por separado).

0: Normal (15/5 segundos).

1: Enlentecimiento discreto y/o reducción de la amplitud (11-14/5 segundos).

2: Moderadamente alterado. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento (7-10/5 segundos).

3: Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento (3-6/5 segundos).

4: Apenas puede realizar la acción (0-2/5 segundos).

27. MOVIMIENTOS ALTERNANTES CON LAS MANOS. (El paciente abre y cierra las manos rápida sucesión con la mayor amplitud posible) .

0: Normal.

1: Discreto enlentecimiento y/o reducción de la amplitud.

2: Alteración moderada. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber detenciones ocasionales en el movimiento.

3: Muy alterados. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realizan los movimientos.

4: Apenas puede realizarlos.

28. MOVIMIENTOS RAPIDOS ALTERNANTES DE MIEMBROS SUPERIORES. (Movimientos de pronación-supinación de las manos, en sentido vertical, con la mayor amplitud posible y simultáneamente con ambas manos) .

0: Normal.

1: Discreto enlentecimiento y/o reducción en amplitud.

2: Moderadamente alterados. Fatigoso de manera evidente y precoz. Puede haber ocasionales detenciones en el movimiento.

3: Muy alterados. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realizan los movimientos.

4: Apenas puede realizarlos.

29. AGILIDAD CON LOS MIEMBROS INFERIORES. (El paciente golpea con el talón en rápida sucesión levantando el pie entero del suelo. La amplitud del movimiento debe ser alrededor de 7,5 cm.)

0: Normal.

1: Discreto enlentecimiento y/o reducción en amplitud.

2: Moderadamente alterada. Fatigosa de manera evidente y precoz. Puede haber ocasionales detenciones en el movimiento.

3: Muy alterada. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o detenciones mientras se realiza el movimiento.

4: Apenas puede realizar la acción.

30. LEVANTARSE DE LA SILLA. (El paciente intenta levantarse de una silla de madera o metal de respaldo recto, con los brazos cruzados ante el pecho) .

0: Normal.

1: Lento, o puede necesitar más de un intento.

2: Tiene que impulsarse con los brazos en la silla.

3: Tiende a caer hacia atrás y puede tener que intentarlo más de una vez, pero puede conseguirlo sin ayuda.

4: Incapaz de levantarse sin ayuda.

31. POSTURA.

0: Erecta normal.

1: Postura no muy erecta, discretamente encorvada, podía ser normal en una persona mayor.

2: Postura moderadamente encorvada, claramente anormal. Puede inclinarse a un lado.

3: Postura muy encorvada, con cifosis. Puede inclinarse moderadamente a un lado.

4: Flexión marcada con alteración postural extrema.

32. MARCHA.

0: Normal.

1: Camina lentamente; pueden arrastrar los pies, con paso cortos, pero sin festinación ni propulsión. 2: Camina con dificultad, pero no requiere ayuda o muy escasa. Pasos cortos o propulsionados.

3: Trastornos graves de la marcha que requieren ayuda.

4: No puede caminar, incluso con ayuda.

33. ESTABILIDAD POSTURAL. (Respuesta al desplazamiento súbito posterior producido por un tirón de los hombros mientras el paciente permanece en bipedestación con los ojos abiertos y los pies discretamente separados. El paciente está avisado).

0: Normal.

1: Retropulsión, pero se recupera sin ayuda.

2: Ausencia de respuesta postural. Se caería si no le sujetara el examinador.

3: Muy inestable, tiende a perder el equilibrio espontáneamente.

4: Incapaz de permanecer en pie sin ayuda.

34. BRADICINESIA E HIPOCINESIA. (Combina lentitud, titubeo, disminución del braceo, pequeña amplitud y pobreza de movimiento, en general) .

0: No hay.

1: Mínima lentitud que da al movimiento un carácter deliberado; podría ser normal en algunas personas. Amplitud posiblemente reducida.

2: Lentitud y pobreza de movimientos, en grado leve, que es claramente anormal. Como alternativa, cierto grado de reducción en la amplitud.

3: Lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos moderada.

4: Lentitud, pobreza o pequeña amplitud de movimientos marcada.

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA III: /68.

IV. COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

35. DURACIÓN DISCINESIAS. ¿En qué proporción del día están presentes las discinesias?

0: Ninguna. 1: 1-25% del día.

2: 26-50% del día.

3: 51-75% del día.

4: 76-100% del día.

36. INCAPACIDAD PRODUCIDA POR LAS DISCINESIAS.

0: No incapacitan en absoluto.

1: Discretamente incapacitantes.

2: Moderadamente incapacitantes.

3: Importantemente incapacitante.

4: Completamente incapacitantes.

37. DISCINESIAS DOLOROSAS.

0: No son dolorosas.

1: Discretamente.

2: Moderadamente.

3: Importantemente.

4: Marcadamente.

38. PRESENCIA DE DISTONÍA MATUTINA.

0: No.

1: Sí.

39. PERÍODOS OFF PREDECIBLES (en relación temporal con las dosis de medicación) .

0: No.

1: Sí.

40. PERÍODOS OFF IMPREDECIBLES (en relación temporal con las dosis de medicación) .

0: No.

1: Sí.

41. PERÍODOS OFF DE INSTAURACIÓN SÚBITA.

0: No.

1: Sí.

42. PROPORCIÓN DEL DÍA EN QUE ESTÁ EL PACIENTE EN OFF DE PROMEDIO?

0: Ninguna.

1: 1-25% del día.

2: 26-50% del día.

3: 51-75% del día.

4: 76-100% del día.

43. PRESENCIA DE ANOREXIA, NAUSEAS O VOMITOS.

0: No.

1: Sí.

44. TRASTORNOS DEL SUEÑO.

0: No.

1: Sí.

45. OSTOSTATISMO SINTOMATICO.

0: No.

1: Sí.

PUNTUACIÓN TOTAL SUBESCALA IV: /23.

UPDRS TOTAL: /159.

ANEXO 4

ESTADIO DE HOEHN&YAHR

(Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset progression and mortality. Neurology;17:427-442.1967).

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

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE SCHWAB&ENGLAND

(Schwab RS, England AC Jr. Schwab and England Activities of Daily Living. Projection techniques for evaluating surgery in Parkinson's Disease. pages 152-157; E. & Livingstone Ltd. 1969).

- 100% Completamente independiente. Capaz de realizar todas las tareas sin lentitud, dificultad o alteraciones. Esencialmente normal. No aprecia ninguna dificultad.
- 90% Completamente independiente. Capaz de realizar todas las tareas con cierto grado de lentitud, dificultad o alteración. Puede tardar el doble. Comienza a ser consciente de sus dificultad.
- 80% Completamente independiente para realizar la mayor parte de las tareas . Tarda el doble. Consciente de sus dificultades y lentitud.
- 70% No es totalmente independiente. Mayor dificultad con ciertas tareas. En algunas tarda tres o cuatro veces el tiempo habitual. Tiene que invertir gran parte del día en realizar las tareas.
- 60% Cierta grado de dependencia. Puede realizar la mayor parte de las tareas, pero con mucha lentitud y mucho esfuerzo. Errores; algunas tareas imposibles.
- 50% Más dependiente. Ayuda para la mitad de las actividades. Más lento, etc. Dificultades con todo.
- 40% Muy dependiente. Puede ayudar en todas las tareas, pero pocas las logra hacer solo.
- 30% Necesita mucha ayuda. Con esfuerzo, de vez en cuando hace unas pocas actividades solo o las empieza solo.
- 20% Muy inválido. No hace nada solo. Puede ayudar algo en algunas actividades.
- 10% Completamente inválido. Totalmente dependiente, indefenso.
- 0% Encamado. No mantiene adecuadamente funciones vegetativas como la deglución, función vesical o intestinal.

TESTS CRONOMETRADOS

TEST DEL GOLPETEO CON EL DEDO (THE FINGER TAPPING TEST)

(Shimoyama I, Ninchoji T, Uemura K. The finger-tapping test. A quantitative analysis. Arch Neurol 1990;47:681-4).

Tiempo requerido para tocar 50 veces dos puntos separados 50 cm en las extremidades superiores y 25 cm en las extremidades inferiores.

MARCHA CRONOMETRADA Y BLOQUEOS AL ANDAR

(Schenkman M, Cutson TM, Kuchibhatla M, Chandler JM, Pieper CF, Ray L, et al. 'Exercise to improve spinal flexibility and function for people with Parkinson's disease: a randomized, controlled trial.' J Am Geriatr Soc 1998; 46(10): 1207-16).

La prueba de los 10 metros de distancia constituye una forma fiable de identificar la velocidad a la que los pacientes que caminan de forma independiente lo hacen con comodidad. El número de pasos que requiere para caminar 10 metros a un ritmo cómodo también se puede emplear para determinar la longitud del paso (en conexión con el posible uso de pistas visuales). Durante el desarrollo de la prueba, se puede emplear un soporte para caminar si es necesario.

ANEXO 7

PRUEBA DE RETROPULSIÓN

(Visser M, Marinus J, Bloem BR, Kisjes H, van den Berg BM, van Hilten JJ. 'Clinical tests for the evaluation of postural instability in patients with Parkinson's disease.' Arch Phys Med Rehabil 2003 Nov; 84:1669-74).

La prueba que se emplea con mayor frecuencia y la más sencilla de realizar es la de retropulsión, en la que se da de forma rápida, inesperada y firme un empujón en el hombro al paciente. En la actualidad, esta parece ser la prueba más fiable y válida para valorar el equilibrio del paciente.

PRUEBA FARMACOLÓGICA LEVODOPA/APOMORFINA

(Clarke C. E., Davies P. Systematic review of acute levodopa and apomorphine challenge tests in the diagnosis of idiopathic Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69: 590-594).

¿En qué consiste el test de levodopa/apomorfina?

Consiste en administrar una dosis única de levodopa/carbidopa por vía oral o apomorfina por vía subcutánea.

1. Premedicación con domperidona (20 mg/8 horas) durante al menos 2 días antes de la prueba.
2. El paciente deberá estar en ayunas y sin medicación antiparkinsoniana 12 horas antes del test. Realización de la Escala Unificada para la Enfermedad de Parkinson parte motora (UPDRS-III) antes de la realización del test ("off" basal).
3. Administración de una dosis única de levodopa/carbidopa de 250/50 mg por vía oral o inyección subcutánea de 1,5 mg de apomorfina. Si es ineficaz inyectar nuevamente 3 mg a los 40 minutos. Si no hay respuesta se podría realizar inyecciones sucesivas a intervalos de

40 minutos e incrementando la dosis 1 mg, hasta alcanzar la dosis eficaz o hasta la aparición de efectos secundarios (dosis máxima: 10 mg).

4. Realización de la Escala Unificada para la Enfermedad de Parkinson parte motora (UPDRS-III) cada 30 minutos después de la administración de la medicación.

El test se considerará positivo cuando la puntuación en la subescala UPDRS-III mejora al menos un 30% con respecto a la basal. Los efectos adversos más frecuentes son somnolencia, náuseas, vómitos, hipotensión y sudoración.

ANEXO 9

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON (PDQ – 39)

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

	Nunca	Ocasional- mente	Algunas veces	Frecuen- tamente	Siempre o incapaz
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (e.j. reparaciones, cocinar, ordenar cosas, decorar, limpieza,)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemas para caminar unos 100 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas para moverse en sitios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando salía a la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sensación de miedo o preocupación por si se caía en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Permanecer confinado en casa más tiempo del que usted desearía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dificultades para su aseo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dificultades para vestirse solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problemas para escribir con claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificultad para cortar alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sensación de depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sensación de soledad y aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sensación de enfado o amargura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Preocupación acerca de su futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tendencia a ocultar su Enfermedad de Parkinson a la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Problemas en las relaciones personales Con las personas íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. No ha recibido apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensación de que su memoria funciona mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Incapacidad para comunicarse Adecuadamente con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sensación de que la gente le ignora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Calambres musculares o espasmos dolorosos
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo
39. Sensaciones desagradables de calor o frío

Puntuación para las respuestas del PDQ – 39

0 = Nunca; 1 = Ocasionalmente, rara vez; 2 = Algunas veces, de vez en cuando
3 = Frecuentemente, a menudo; 4 = Siempre o incapaz de hacerlo.

ANEXO 10

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

(Folstein MF, Folstein SE, MCHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 12: 187-198, 1975)

1.- ORIENTACION temporal

- ¿En qué año estamos?
- ¿En qué estación estamos?
- ¿En qué mes estamos?
- ¿En qué día del mes?
- ¿En qué día de la semana?

Puntos: _____ (5)

ORIENTACION espacial

- Nación
- Provincia
- Ciudad
- Hospital
- Planta

Puntos: _____ (5)

2.- FIJACION

Nombrar tres objetos (peseta, perro, manzana) en intervalos de 1 seg. Preguntar al paciente los tres. Anotar un punto por cada respuesta correcta. Repetir los objetos hasta que el paciente se los aprenda.

Puntos: _____ (3)

3.- ATENCION Y CALCULO

Series de sietes. Contar desde 100 hace atrás de 7 en 7. Anotar un punto por cada respuesta correcta.

Alternativa: deletrear la palabra "MUNDO" al revés.

Puntos: _____ (5)

4.- MEMORIA RECIENTE

Preguntar los nombres de los tres objetos mencionados anteriormente. Anotar un punto por cada respuesta correcta.

Puntos: _____ (3)

5.- LENGUAJE Y CONSTRUCCION

Señalar un lápiz y un reloj. Hacer que el paciente los mencione cuando se señalan.

Puntos: _____ (2)

Hacer que el paciente repita: "Ni sí, ni no, ni pero"

Puntos: _____ (1)

Hacer que el paciente obedezca esta orden: " Coja el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo"

Puntos: _____ (3)

Hacer que el paciente escriba una frase de su propia elección. Debe tener sujeto y verbo.

Puntos: _____ (1)

Que el paciente lea esta frase y haga lo que dice

Puntos: _____ (1)

6.- CIERRE LOS OJOS

Copie este dibujo; anotar un punto si todos los lados y los ángulos se mantienen y si los lados que se cruzan forman un cuadrángulo.

Puntos: _____ (1)

PUNTUACION TOTAL: (30)

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS)

(Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry* 139:1136-1139, 1982)

La GDS establece siete estadios posibles: 1 = normal; 2 = deterioro muy leve; 3 = deterioro leve; 4 = deterioro moderado; 5 = deterioro moderadamente severo; 6 = deterioro severo; 7 = deterioro muy severo. La escala define cada estadio en términos operacionales y en base a un deterioro supuestamente homogéneo. Se trata de una de las escalas más completas, simples y útiles para la estimación de la severidad de la demencia.

GDS-1, ausencia de alteración cognitiva

Se corresponde con el individuo normal:

Ausencia de quejas subjetivas.

Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

GDS-2, disminución cognitiva muy leve

Se corresponde con el deterioro cognitivo subjetivo:

Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

- a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
- b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.

No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico. No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS-3, defecto cognitivo leve

Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:

Primeros defectos claramente manifiestos en una o más de estas áreas:

- a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
- b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
- c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
- d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
- e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
- f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
- g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.

Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes. La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

GDS-4, defecto cognitivo moderado

Se corresponde con una demencia en estadio leve. Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
- c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete.
- d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en orientación en tiempo y persona, reconocimiento de personas y caras familiares, capacidad de desplazarse a lugares familiares, incapacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5, defecto cognitivo moderado-grave

Se corresponde con una demencia en estadio moderado:

- a) El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- b) No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.
- c) Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar.
- d) Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40

de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

- e) Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- f) Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.
- g) No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados

GDS-6, defecto cognitivo grave

Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

- a) Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- b) Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- c) Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.
- d) Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- e) Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.
- f) Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- g) Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- h) El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- i) Casi siempre recuerda su nombre.
- j) Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Existen cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como conducta delirante, síntomas obsesivos, síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente, abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS-7, defecto cognitivo muy grave

Se corresponde con una demencia en estadio grave:

- a) Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas, para en las últimas fases no existir lenguaje.
- b) Incontinencia de orina.
- c) Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- d) Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulaci3n.
- e) Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales.

ANEXO 12

ESCALA DE DEMENCIA DE MATTIS

(Mattis S. Dementia rating scale profesional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988).

Es un instrumento breve, de mayor efectividad que el MMSE. Se utiliza en aquellas enfermedades demenciales con compromiso cognitivo subcortical. Esta escala arroja un valor global -con un máximo de 144 puntos- y valores parciales para las distintas funciones cognitivas: atención, iniciaci3n/perseveraci3n, construcci3n, conceptualizaci3n y memoria. Fue diseñada para poder evaluar y cuantificar la progresi3n de la declinaci3n cognitiva de los sujetos con demencia a3n al lado de la cama del paciente. Tiene un índice de confiabilidad test-retest de 0.97. El punto de corte es de 123; por debajo de esta cifra no queda incluido ning3n sujeto con trastorno depresivo mayor, incluye s3lo un 12% de pacientes con trastornos psicol3gicos, un 36% de pacientes con cuadros focales y un 62%

de pacientes dementes.

Es necesario señalar que si bien estas escalas cumplen una función importante en la evaluación diagnóstica y en el seguimiento del paciente, generalmente, resultan poco sensibles para las demencias precoces o muy leves por lo que es recomendable realizar una exploración más exhaustiva de las funciones cognitivas.

ANEXO 13

ESCALA DE VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LA DEPRESIÓN DE HAMILTON

*A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23:56-62, 1960.
Validada al español por Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Ramos Brieva JC. Actas Luso-
Esp Neurol Psiquiatr 14:324-334, 1986.*

Humor deprimido (Tristeza, depresión desamparo, inutilidad)

1. Ausente.
2. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
3. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
4. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
5. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación de verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

1. Ausente.

2. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
3. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
4. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
5. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Suicidio

1. Ausente.
2. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
3. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
4. Ideas de suicidios o amenazas.
5. Intentos de suicidio (cuaquier intento serio se clasifica 4).

Inhibición

1. Palabra y pensamiento normales.
2. Ligeru retrasu en el diálogo.
3. Evidente retrasu en el diálogo.
4. Diálogo difícil.
5. Torpeza absoluta.

Agitación

1. Ninguna.
2. Juega con sus manos, cabellos, etc.
3. Se retuerce las manos, se muerde las uñas y labios, se tira de los cabellos etc.

Ansiedad psíquica

1. No hay dificultad.
2. Tensión subjetiva e irritabilidad.
3. Preocupación por pequeñas cosas.
4. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
5. Temores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática

1. Ausente.
2. Ligera.
3. Moderada.
4. Severa.
5. Incapacitante.
6. Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad (gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, frecuencia urinaria, sudación).

Síntomas somáticos gastrointestinales

1. Ninguno.
2. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

1. Ninguno.

2. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares.
3. Pérdida de energía o fatigabilidad.
4. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

Síntomas genitales

1. Ausente.
2. Débil.
3. Grave.
4. Incapacitante.
5. (Síntomas como: pérdida de libido, trastornos menstruales)

Insomnio precoz

1. No tiene dificultad para dormirse.
2. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
3. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

1. No hay dificultad.
2. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
3. Esta despierto durante la noche -cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

Insomnio tardío

1. No hay dificultad.
2. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.
3. No puede volverse a dormir si se levanta de la cama.

Trabajo y actividades

1. No hay dificultad.
2. Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.
3. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
4. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar con 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.
5. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar 4 si el paciente no se compromete con otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

Hipocondría

1. No la hay.
2. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
3. Preocupado por su salud.
4. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.

5. Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso

1. No hay.
2. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual.
3. Pérdida de peso definida.

Conciencia de sí mismo

1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
2. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3. Niega que esté enfermo.

Variación diurna

1. Ausente. M T
2. Ligeras. M T
3. Grave. M T
(Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (rodear M o T)).

Despersonalización y falta de realidad

1. Ausente.
2. Ligeras. Como: Sensación de irrealidad.
3. Moderada. Ideas nihilistas.
4. Grave.
5. Incapacitante.

Síntomas paranoides

1. Ninguno.
2. Sospechosos.
3. Leves
4. Ideas de referencia.
5. Delirios de referencia y de persecución.

Síntomas obsesivos y compulsivos

1. Ausentes.
2. Ligeros.
3. Graves.

Otros síntomas (Especificar)

1. Ausentes.
2. Ligeros.
3. Graves.

PUNTUACIÓN TOTAL:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Nombre del paciente:
nº de historia:
Nombre del médico que le informa:
Fecha:

En qué consiste la cirugía:

El implante de electrodos cerebrales profundos es una intervención quirúrgica que no cura la enfermedad de Parkinson, pero sí alivia su sintomatología.

Lo primero que se hace al paciente es colocarle en el antequirófano y con anestesia local, el marco de estereotaxia modelo Leksell (un anillo sujeto a la cabeza con unos tornillos especiales). A continuación se realiza un escáner (TC) y una resonancia magnética craneal (RM) para identificar la diana donde implantar el electrodo (núcleo subtalámico, tálamo, pálido medial) y calcular sus coordenadas estereotáxicas mediante el marco de estereotaxia. Posteriormente el paciente es trasladado al quirófano donde comienza realmente la operación. La operación de unas seis horas de duración, se realiza con anestesia local, es decir, el paciente está despierto durante todo el tiempo de la intervención ya que su colaboración es imprescindible para el éxito de la misma. Ocasionalmente, el anestesista puede ponerle, en vena, alguna medicación para sedarlo.

Una vez colocado en la mesa de quirófano, y preparado el campo quirúrgico se le realiza un trépano frontal que servirá para introducir un electrodo de registro cerebral y que será el que nos identificará la diana. Normalmente se realizan unos 3-5 registros para identificar correctamente la diana. Posteriormente se retira el electrodo de registro cerebral y se implanta el electrodo terapéutico. Si la patología del paciente así lo exige se implantará otro electrodo terapéutico en el otro hemisferio cerebral durante el mismo procedimiento.

La duración total de todo el procedimiento quirúrgico, desde la colocación del anillo de estereotaxia hasta el cierre de piel con los electrodos cerebrales implantados viene a ser de unas 8 horas.

Veinticuatro horas después del implante de electrodos se realizará un periodo de prueba del funcionamiento de los electrodos así como una RM de control y si los resultados son satisfactorios, en una segunda operación y con anestesia general se conectarán los electrodos cerebrales a un neuroestimulador colocado subcutáneamente (bajo la piel) a nivel infraclavicular o abdominal. Esta segunda operación se hace 48 horas después de la primera y viene a durar unas 2 horas.

Riesgos típicos de esta cirugía:

Pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes, derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimientos. Las posibles complicaciones de la intervención quirúrgica son

infecciones (0-15%), rechazo del sistema, migración del electrodo (0-19%), rotura del electrodo (0-15%), cefaleas, somnolencia, hematoma intracraneal (0-10%), parestesias, hemiparesia, alteraciones de la marcha, alteraciones del comportamiento, alteraciones del lenguaje, embolismo pulmonar, neumoencefalo, epilepsia etc. El riesgo de mortalidad es de un 0-2%.

Los posible riesgos personalizados pueden ser:

-
-
-

Alternativas posibles a este tipo de cirugía:

No existe una alternativa más eficaz de tratamiento. Al no responder al tratamientos médico los síntomas incapacitantes de la enfermedad de Parkinson, significa que progresarán en el tiempo lo mismo que lo hace la propia enfermedad.

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me ha explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.

Estoy **satisfecho** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me ha aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia **doy mi Consentimiento para la realización del implante de electrodos cerebrales profundos.**

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc):

Nombre del representante legal:

D.N.I.:

Firma

Bibliografía.

Deep Brain Stimulation for Parkinson's Disease. London: National Institute for Clinical Excellence. 2003. ISBN: 1-84257-421-3.

Deep Brain Stimulation for Parkinson's Disease. Understanding NICE Guidance –information for people considering the procedure, and for the public. London: National Institute for Clinical Excellence. 2003. ISBN: 1-84257-422-1.

Bronstein JM, Tagliati M, Alterman RL et al. Deep Brain Stimulation for Parkinson Disease. An expert consensus and review of key issues. Arch Neurol. 2011;68(2):165-171.

INFORME PROTOCOLIZADO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Paciente: N° historia:
 F. nacimiento: Sexo: Residencia habitual del paciente:
 F. de ingreso: F. de alta: Tipo de ingreso: Tipo de alta:
 Servicio responsable del alta del paciente: Neurocirugía Funcional
 Diagnóstico principal:
 Otros diagnósticos:
 Procedimientos diagnósticos realizados del diagnóstico principal:
 Fecha realización de procedimientos diagnósticos realizados:
 Procedimiento terapéutico principal:
 Fecha realización procedimiento terapéutico principal:
 Otros procedimientos terapéuticos relacionados con el diagnóstico principal:
 Fecha realización de otros procedimientos terapéuticos relacionados con el diagnóstico principal:
 Complicaciones quirúrgicas:

Motivo de ingreso:.

Antecedentes:

Características de la enfermedad: Años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la fecha de cirugía en años: Lugar de comienzo de la enfermedad: Forma de comienzo de la enfermedad: Forma actual de predominio de la enfermedad:
 Motivo de la cirugía: Dosis equivalente levodopa: mg. UPDRSv.3 OFF/ ON (mg levodopa). Actividad de la vida diaria: Actividad motora: Estadio Hoehn y Yahr: E. AVD Schwab-England en %: Marcha (OFF/ON): Ganancia UPDRS actividad motora en %: Estudio neuropsicológico: sí/no contraindica cirugía. RM craneal prequirúrgica: sí/no contraindica intervención. Análisis preoperatorios sí/no contraindican intervención. El paciente cumple/no cumple criterios de inclusión para cirugía según protocolo de la UNFCMA.

El se implantan electrodos cerebrales profundos en ambos núcleos subtalámicos. En RM de control realizada el se observa una distancia comisura anterior-comisura posterior de mm y una anchura de tercer ventrículo de mm. Las coordenadas estereotáxicas del contacto más profundo de los electrodos implantados fueron, mm de la línea intercomisural, mm por delante de comisura posterior y mm por debajo de la línea intercomisural. Angulo α : , ángulo β : . El se implanta neuroestimulador modelo en región .
 Parámetros de estimulación al alta, contacto activo de electrodo derecho ----, ---- v, ---- mcs, ---- hz. Contacto activo de electrodo izquierdo ----, ---- v, ---- mcs, ---- hz.

Comentario:

Tratamiento:

Fdo. Dr. Fernando Seijo
 Unidad de Neurocirugía Funcional Centro Médico de Asturias