

CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ
BARBARA FRANCO MARTINS

INCIDÊNCIA DE SINTOMAS NÃO MOTORES EM PACIENTES
DIAGNOSTICADOS COM PARKINSON

CASCADEL

2024

BARBARA FRANCO MARTINS

**INCIDÊNCIA DE SINTOMAS NÃO MOTORES EM PACIENTES
DIAGNOSTICADOS COM PARKINSON**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de TCAM-1 do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para aprovação da disciplina.

Prof (a). Orientador (a): Marise Vilas Boas.
Coorientador (a): Rafael Gustavo de Mello Couto.

CASCADEL

2024

INCIDÊNCIA DE SINTOMAS NÃO MOTORES EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM PARKINSON

RESUMO:

O objetivo dessa pesquisa é entender qual sintoma não motor está mais relacionada ao Parkinson, a partir da observação e análise epidemiológica de prontuários médicos do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), no ambulatório de Neurologia, na cidade de Cascavel. Dentre os principais sintomas não motores é possível salientar distúrbios do sono, disfunções autonômicas e sintomas neuropsiquiátricos. Compreender quais sintomas estão mais relacionados ao Parkinson é um dos pilares do rastreio das consultas ambulatoriais para garantir melhores condições de vida ao paciente.

Palavras-Chave: Parkinson, distúrbios não motores.

1. INTRODUÇÃO

Parkinsonismo é um síndrome clínica definida pela presença da bradicinesia (lentificação do movimento) somada a outro achado motor, sendo eles: Tremor de repouso, rigidez extrapiramidal (hipertonia plástica) e a instabilidade postural (mais tardio). A principal doença causadora da síndrome parkinsoniana é o Parkinson idiopático.

Os sintomas de exclusão do parkinsonismo idiopático são: Sintomas autonômicos no início do quadro; disfunções piramidais; marcha atáxica; Parkinsonismo restrito aos membros inferiores por mais de 3 anos (causa vascular ou leucoencefalopatias); disfunção bulbar precoce (disfonia, disartria, disfunção respiratória) e o uso de drogas (bloqueadores de canal de cálcio e antipsicóticos)^{1 2}. Essas características estão presentes em 30% das síndromes parkinsonianas e levantam a possibilidade de Parkinsons atípicos como: Atrofia de múltiplos sistemas, demência de corpúsculos de lewy, paralisia supranuclear progressiva e degeneração córtico-basal².

A prevalência de sintomas não motores na doença da Doença de Parkinson (DP) idiopática é 98%^{1 2}. Dentre os principais sintomas não motores podemos citar distúrbios do sono, disfunções autonômicas e sintomas neuropsiquiátricos⁵. Embora as características não motoras sejam comuns, esses sintomas muitas vezes não são reconhecidos na prática clínica, mesmo em especialistas.

Relata-se que os sintomas não motores de Parkinson não são identificados pelos neurologistas em mais de 50% das consultas e o distúrbio do sono, em particular, não é reconhecido em mais de 40% dos pacientes⁵. Esses dados revelam uma defasagem clínica que priva muitos pacientes de uma terapia adequada com qualidade de vida excelente.

Esse trabalho busca auxiliar a prática clínica, elucidando quais os sintomas não motores possuem mais recorrência. Assim, contribuindo para a triagem integral do paciente com Parkinson centrada nos sintomas mais prevalentes, otimizando o tempo e atribuindo mais qualidade à consulta.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que utilizará o método descritivo. Quanto aos procedimentos esta pesquisa enquadra-se em quantitativa. Em relação à natureza, trata-se de uma pesquisa descritiva. Considerando-se os procedimentos, este estudo é documental. Já a abordagem se caracteriza como dedutiva. A coleta de dados se dará por meio de 77 prontuários médicos do

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), no ambulatório de Neurologia, na cidade de Cascavel.

Esse número de amostra foi obtido a partir da fórmula básica de cálculo da extensão¹⁰, levando em consideração um nível de confiança de 95% e erro máximo de 3%. Como base para o cálculo da população estudada, foi utilizado a população de Cascavel (348.051)¹¹ e a incidência de 200¹ casos de Parkinson primários a cada 100.000 pessoas no mundo. Portanto, a estimativa de portadoras de Parkinson em Cascavel foi de 696 pessoas.

O cálculo por meio da Fórmula Básica de Extensão da Amostra⁷: Fórmula: $n = \frac{o^2 \cdot p \cdot N}{e^2 (N-1) + o^2 \cdot p \cdot q}$

- n = tamanho da amostra;
- o^2 = nível de confiança escolhido, expresso em desvios padrões = 95%, ou seja dois desvios padrões;
- p = percentage with which the phenomenon occurs = 98%¹²;
- q = Complementary Percentage = 2%¹²;
- N = Tamanho da população (pessoas com Parkinson, estimado pela população de cascavel) = 696¹⁰;
- e^2 = erro máximo permitido = 3%,

Portanto, após esse cálculo, foi possível chegar a conclusão que o número mínimo da amostra para que a pesquisa tenha uma relevância científica é de 77 prontuários.

2.2 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E PLANO DE RECRUTAMENTO

Serão analisados dados de prontuários médicos de pacientes com Parkinson do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP). Serão incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos e de todas as faixas etárias. O cálculo da extensão da amostra levou em consideração um nível de confiança de 95%, erro máximo de 3%,

A incidência de 200 Doenças de Parkinson a cada 100.000 pessoas no mundo¹. Após um estudo epidemiológico a amostra necessária para que a pesquisa apresentasse relevância foi 77 prontuários.

2.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

Uma das limitações foi o perfil da amostra, cujo foi composta predominantemente por pacientes idosos, 77% maiores de 65 anos. Essa característica pode influenciar a

generalização dos resultados, uma vez que a síndrome de Parkinson está em quadros avançados nos pacientes dessa faixa etária. Assim, ampliando a gama de sintomas adjacentes, visto que a patologia está em um estágio avançado.

Além disso, a limitação dos prontuários médicos prejudicou a coleta de dados. 27,71% dos prontuários não denotam qualquer sintoma não motor. Reforçando o ideal de que há um limitado rastreio médico nos pacientes com Parkinson. Seria vantajoso realizar mais pesquisas com uma amostra mais variada e ampla, a fim de verificar se os resultados permanecem consistentes em diferentes idades e locais.

3.RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Esse estudo abrangeu 77 pacientes diagnosticados com Síndrome de Parkinsons, 30 deles mulheres (38,9%) e 47 homens (61,01%). A faixa etária predominante foi de maiores de 65 anos (77%).

Dentre os sintomas não motores analisados, podemos segmentá-los em três principais grupos: Distúrbios do sono (insônia e transtorno comportamental do sono REM), Sintomas autonômicos (disfunção sexual, sialorréia, hipotensão ortostática, constipação e sudorese) e Distúrbios Neuropsiquiátricos (depressão, ansiedade e alucinações).

3.1 Distúrbios do Sono:

Transtorno comportamental do sono REM, sonolência diurna e insônia são os principais distúrbios do sono relatados ^{1 2}. O distúrbio comportamental do sono REM (RBD) é caracterizado por uma perda de atonia dos músculos esqueléticos durante o sono profundo, associada a comportamentos de atuação durante os sonhos ⁴. Há forte associação do RBD com doenças causadas pela deposição de alfa-sinucleína em neurônios (sinucleinopatias), como é o caso do Parkinson.

A análise de prontuários elucidou apenas 3 (3,89%) pacientes da amostra com distúrbios comportamentais do sono REM (RBD). O RBD é esclarecido com um marcador confiável de sinucleinopatia prodrômica¹², com estimativas de risco que se aproximam a 40-65% em 10 anos. Sendo assim um sintoma que abre possibilidade para uma futura sinucleinopatia, porém a sua ocorrência na síndrome de Parkinson esclarecidas se mostra pequena ou necessitando rastreio mais cauteloso.

Todavia, a insônia se apresentou em 17 (22,07%) dos pacientes. Sendo o acometimento do sono predominante. A privação do sono impacta de maneira significativa a qualidade de vida

dos pacientes, além de estar ligada a declínio cognitivo e piores desfechos emocionais¹³. O tratamento pode incluir educação visando mudanças no comportamento (ou seja, higiene do sono), terapia cognitivo-comportamental e medicamentos específicos¹³.

3.2 Sintomas autonômicos:

Na literatura a constipação é o sintoma autonômico mais comum, relatada em 80% a 90% dos pacientes ³. Fisiopatologicamente a presença de deposição generalizada de α -sinucleína no trato gastrointestinal implica intensamente esse sistema na patogênese da doença de Parkinson ³.

Na análise dos prontuários a queixa de constipação foi denotada em 5 (6,49%) dos pacientes. Comparada a literatura sua prevalência foi baixa, o que pode indicar defasagem no rastreio clínico desta patologia. A constipação se mostra preocupante pois pode atrapalhar a absorção da levodopa e prejudicar o tratamento dos parkinsonismo motores³.

Os outros sintomas autonômicos como sialorréia, rinorreia e disfunção sexual são vistos com menos frequência, suas causas variam quanto ao uso de múltiplos medicamentos e com a piora clínica dos sintomas parkinsonianos ⁸. A hipotensão postural pode decorrer de medicamentos usados para o tratamento como a levodopa, agonistas dopaminérgicos e inibidores da monoamina oxidase tipo B (MAO B)⁸. Na observação de prontuários, os outros sintomas autonômicos não foram denotados.

3.3 Sintomas neuropsiquiátricos:

Dentre os sintomas neuropsiquiátricos se destacam a depressão, ansiedade e alucinações. Fisiopatologicamente relacionados ao desequilíbrio dopaminérgico visto na doença de Parkinson e nas patologias neuropsiquiátricas⁶.

A depressão foi evidenciada por 16 (20,77%) dos pacientes. Revelando alta prevalência e importância. Devido à sobreposição significativa em suas características clínicas, dificulta o seu diagnóstico durante a DP, assim essa patologia é negligenciada e não é tratada. A ansiedade foi denotada em 10 (12,98%) dos casos, e muitas vezes sobreposta a depressão.

Sintomas psicóticos, principalmente alucinações visuais complexas e ilusões persecutórias são vistas em casos avançados de Parkinson ¹. As alucinações foram descritas por 5 (6,49%) pacientes. Todos com idades maiores de 65 anos, o que corrobora para maior depósito de α -sinucleínas, e avanço neurodegenerativo. Esses sintomas tem alta morbimortalidade por impactarem na síndrome do cuidador cansado e na incapacidade do enfermo.

O tratamento inicial da psicose associada à Doença de Parkinson costuma priorizar intervenções não farmacológicas. Contudo, a utilização de medicamentos se torna justificada quando os sintomas psicóticos afetam de maneira significativa a qualidade de vida e o funcionamento diário do paciente. Visto que medicamentos antipsicóticos, que possuem antagonismo dopaminérgico, são comumente usados, e podem piorar os sintomas motores da DP ¹⁴.

4.CONCLUSÃO

A Doença de Parkinson (DP) é caracterizada principalmente por suas características motoras cardinais, como bradicinesia, tremores e rigidez, mas também pode se apresentar com seus sintomas não motores, tornando-se igualmente importante identificar e fornecer tratamento para melhorar a qualidade de vida do paciente.

O distúrbio do sono, em particular, não é reconhecido em mais de 40% dos pacientes com Parkinson esclarecida ⁵ e foi relatado por 20 (26%) dos pacientes da amostra, sendo a insônia o sintoma mais prevalente. A privação do sono está relacionada ao declínio cognitivo e piores desfechos emocionais¹³ sendo assim o sono de qualidade categórico para a saúde do paciente.

Acerca dos distúrbios autonômicos, destaca-se a constipação 5 (6,49%). Mesmo com baixa prevalência nesta pesquisa, na literatura denota-se 80% a 90% dos pacientes com sintomas conspiratórios ³. Sendo assim, é de extrema importância salientar o rastreio clínico desta patologia.

Dentre os sintomas não motores da parkinson, os distúrbios neuropsiquiátricos tiveram maior prevalência 31 (40,25%), isso pode se explicar por ambos compartilham mecanismos interconectados envolvendo as vias dopaminérgica, serotoninérgica e noradrenérgica. A depressão foi o sintoma mais prevalente 16 (20,77%), portanto indispensável durante o rastreio clínico.

A triagem do paciente com parkinson se mostra incompleta por muitos especialistas. Visto que, o predomínio de sintomas não motores no parkinson é de 98% ¹² e no levantamento de prontuários, foram denotados sintomas adjacentes ao parkinson em apenas 56 (72,72%) da amostra.

Indagar ativamente sobre os sintomas não motores é imprescindível. Para a Síndrome de Parkinson não há um plano de tratamento unimodal, mas sim integrado e personalizado para cada indivíduo de acordo com sua apresentação e estágio da doença, com outras variáveis de influência levadas em consideração.

REFERÊNCIAS

1. POSTUMA RB, et al. **MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Movement Disorders.** 2015 Oct;30(12):1591–601.
2. FOLTYNIE T, et al. **Medical, surgical, and physical treatments for Parkinson's disease.** Lancet. 2024;403(10423):305-324. doi:10.1016/S0140-6736(23)01429-0
3. FASANO A. **Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. The Lancet Neurology.** 2015 Jun ;14(6):625–39.
4. MANOEL A S Neto, et al. **REM sleep behavior disorder: update on diagnosis and management. Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** 2023 Dec 1;81(12):1179–94.
5. CHUDHURI KR, et al. **International multicenter pilot study of the first comprehensive self-completed nonmotor symptoms questionnaire for Parkinson's disease: The NMSQuest study.** Movement Disorders. 2006 Mar 17;21(7):916–23.
6. BRUNO F G, et al. **Psychosis and concurrent impulse control disorder in Parkinson's disease: A review based on a case report. Dementia & Neuropsychologia.** 2016 Jun 1;10(2):148–51.
7. Nataliya Titova, Qamar MA, K. Ray Chaudhuri. **The Nonmotor Features of Parkinson's Disease.** 2017 Jan 1;33–54
8. SEPPI K, et al. **Update on treatments for nonmotor symptoms of Parkinson's disease-an evidence-based medicine review. Movement Disorders.** 2019 Jan 17;34(2):180–98.
9. FAG. **Manual de Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos 2015.** Cascavel: FAG, 2015.
10. GIL, AC. **Técnicas de Pesquisa em Economia.** 2. ed. São Paulo: Atlas S.A, 1991.
11. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Censo Brasileiro de 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2024
12. Liashenko EA, Poluéktov MG, Levin OS. **REM sleep behavior disorders in Parkinson's disease.** Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2014.
13. Iranzo A, Iranzo A, Iranzo A, Iranzo A, Iranzo A. **Sleep and sleep disorders in people with Parkinson's disease.** Lancet neurology. 2024 Jun 1;
14. Manit Srisurapanont, Chawisa Suradom, Sirijit Suttajit, Subsai Kongsengdao, Benchalak Maneeton. **Second-generation antipsychotics for Parkinson's disease psychosis: A systematic review and network meta-analysis.** General hospital psychiatry. 2024 Mar.

