

GUÍA DE ACTUACIÓN

sobre la enfermedad de

Parkinson

para profesionales de
Medicina de Atención Primaria
y Farmacia Comunitaria



Una iniciativa de:



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS



PARKINSON
FEDERACIÓN ESPAÑOLA



SEMERGEN
Sociedad Española
de Médicos de Atención
Primaria



SEN
Sociedad Española
de Neurología

GUÍA DE ACTUACIÓN

sobre la enfermedad de

Parkinson

para profesionales de
Medicina de Atención Primaria
y Farmacia Comunitaria

- AUTORES -

Juan Prieto Matos.

Médico de Familia en Centro de Salud Periurbana Norte (Salamanca).
Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

M^a Teresa Alcalde Ibáñez.

Médico de Familia en Centro de Salud Arucas (Las Palmas).
Miembro del Grupo Trabajo de Neurología de SEMERGEN.

Dra. Lydia López Manzanares.

Responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).
Grupo Trastornos del Movimiento de la SEN.

Patricia Pérez Librero

Psicóloga. Técnica de e-salud, innovación y apoyo a la investigación.
Federación Española de Párkinson.

Laura Martín Gutiérrez

Farmacéutica. Área de Servicios Asistenciales. Dirección de Innovación y Formación
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Carlos Fernández Moriano

Farmacéutico. Coordinador del Departamento de PAM.
Área de Información del Medicamento. Dirección de Servicios Técnicos.
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

ISBN: 978-84-87089-17-6

- PARTE GENERAL -

1.- Introducción - La enfermedad de Parkinson y parkinsonismos	01
1.1.- Definición, etiología y epidemiología	02
1.2.- Parkinsonismos	02
2.- Diagnóstico	03
2.1.- Criterios diagnósticos	03
2.2.- Técnicas diagnósticas	03
3.- Evolución y sintomatología	04
3.1.- Clasificación por estadios de Hoehn-Yahr	04
3.2.- Síntomas motores	05
3.3.- Síntomas no motores	05
4.- Tratamiento de la enfermedad de Parkinson	06
4.1.- Objetivos del tratamiento	06
4.2.- Tratamiento farmacológico	07
4.2.1.- Síntomas motores	07
4.2.2.- Síntomas no motores	11
4.2.3.- Terapias de segunda línea en enfermedad avanzada	12
4.3.- Tratamiento quirúrgico	13
4.4.- Algoritmos de tratamiento	14
5.- Abordaje integral de la enfermedad de Parkinson: colaboración entre profesionales	16
6.- Educación sanitaria para personas con párkinson, familiares y personas cuidadoras	17
7.- El papel de las asociaciones de párkinson y directorio	22
8.- Listado de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) de Cirugía de los trastornos del movimiento	23



PAPEL DE LA MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1.- Introducción	26
2.- Los signos de alarma y el diagnóstico diferencial	27
2.1.- Síntomas pre-motores	27
2.2.- Escalas de valoración	27
3.- La derivación a Neurología	28
4.- El manejo de los síntomas no motores y las complicaciones motoras	29
4.1.- Cuáles son.....	29
4.2.- Estrategias terapéuticas	30
4.2.1.- Medidas generales	30
4.2.2.- Tratamiento específico.....	31
5.- El papel del/de la profesional de Atención Primaria	34
5.1.- Información y orientación	34
5.2.- Contacto y derivación a neurología	34
5.2.1.- Criterios consulta/derivación neurología.....	34
5.2.2.- Criterios de derivación a Unidad Cuidados Paliativos	35
5.3.- Seguimiento en consulta	35



PAPEL DE LA FARMACIA COMUNITARIA

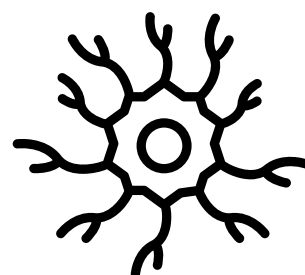
1.- Introducción	37
2.- Identificación de signos tempranos y criterios de derivación a Atención Primaria ..	38
3.- Optimización de la terapia farmacológica	40
4.- Educación sanitaria a personas con párkinson y personas cuidadoras	47

ANEXO

Escalas de valoración de la persona con párkinson	48
--	----

BIBLIOGRAFÍA

.....	53
-------	----



1. Introducción - La enfermedad de Parkinson y parkinsonismos

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en España. Se trata de una enfermedad crónica que va evolucionando a través de una serie de fases, cuya sintomatología es diversa y compleja, para la que actualmente no hay cura y de la que tampoco se conoce la causa. Todo ello hace que las personas que conviven con EP requieran de una atención integral por parte de los profesionales sociosanitarios. Los especialistas en neurología van a ser los profesionales de referencia para las personas con EP y su entorno. Sin embargo, no siempre es posible mantener un contacto fluido durante el tiempo entre consultas. Es en esos momentos en los que las personas afectadas suelen acudir a profesionales sanitarios de proximidad como son los de medicina de atención primaria y farmacia comunitaria.

Es importante que estos profesionales dispongan de información y formación sobre la EP que optimice la atención que brindan a las personas con párkinson, familiares y personas cuidadoras.

Esta guía tiene el objetivo de proporcionar un material de consulta sobre aspectos generales de la EP, así como facilitar pautas de manejo clínico específicos para estos profesionales. Dada la complejidad del abordaje multidisciplinar de la EP, es fundamental fomentar la colaboración entre profesionales que garantice una adecuada atención a la persona afectada y su entorno.

Esta iniciativa, impulsada desde la Federación Española de Párkinson, ha resultado un éxito y se ha materializado en una guía de consulta para profesionales sanitarios de medicina de atención primaria y farmacia comunitaria gracias a la colaboración de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

1.1. Definición, etiología y epidemiología

La denominación de la enfermedad hace referencia a James Parkinson, el doctor que la describió por primera vez en 1817 en su monografía *Un ensayo sobre la parálisis agitante* (*An essay on the shaking palsy*). Es el segundo trastorno neurodegenerativo más prevalente a nivel global en la actualidad, con una posible prevalencia estimada de 150-200 casos por cada 100.000 habitantes, alcanzando el 1,5% en mayores de 65 años. A pesar de ello, es cada vez mayor el número de personas jóvenes diagnosticadas, siendo 1 de cada 5 menores de 50 años.

Se desconoce la causa última de la EP, si bien se piensa que es multifactorial, con el concurso de factores genéticos, tóxicos o ambientales y no tiene cura. Tiene un curso lentamente progresivo y se caracteriza por una degeneración de la pars compacta de la sustancia negra y la presencia de inclusiones neuronales denominadas cuerpos de Lewy, que están compuestos, principalmente por la proteína alfa-sinucleína. A consecuencia de ello, las personas con párkinson pueden experimentar una serie de síntomas motores como son el temblor en reposo, la rigidez muscular, la lentitud de movimiento o el desequilibrio, y también otros no motores como alteraciones del sueño, problemas digestivos, alteraciones sensoriales o cambios emocionales y cognitivos.

1.2. Parkinsonismos

El parkinsonismo es un síndrome caracterizado por un conjunto de síntomas como la rigidez, el temblor, la inestabilidad postural o la bradicinesia. La EP es la causa más común del síndrome, pero puede ser causada por otros trastornos. Los parkinsonismos considerados clásicamente son la Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP), la Degeneración Corticobasal (DCB) y la Atrofia Multisistémica (AMS).

- **PSP.** Los síntomas se dan habitualmente de manera simétrica, pudiendo aparecer lentitud para realizar movimientos o rigidez muscular. Una característica distintiva es la alteración que se produce en los movimientos oculares, como la parálisis de la mirada vertical. Además, pueden aparecer síntomas como alteraciones cognitivas, emocionales o del sueño.
- **DCB.** Al inicio los síntomas aparecen de manera asimétrica y se observa afectación cognitiva. Las personas pueden presentar lentitud para realizar movimientos, rigidez muscular y dificultades para realizar movimientos de tipo apráxico. Es muy característica la aparición de la “mano ajena”.
- **AMS.** Puede presentarse en diferentes formas en función de si el predominio de los síntomas es de tipo parkinsoniano o cerebeloso. Los parkinsonianos incluyen hipocinesia, rigidez, temblor y puede haber afectación del equilibrio. Los cerebelosos afectan a la coordinación de la marcha, la coordinación de movimientos de las extremidades, y provocan alteración de la articulación del habla entre otros.

2. Diagnóstico

El diagnóstico de la EP es fundamentalmente clínico. Se realiza tomando en cuenta la historia clínica, y la exploración física y neurológica de la persona. Se basa en la detección de una serie de síntomas motores y en la exclusión de otros posibles trastornos por medio de pruebas complementarias.

2.1. Criterios diagnósticos

Según los criterios del Banco de Cerebros de la Sociedad de Enfermedad de Parkinson del Reino Unido (UK Parkinson's Disease Society Brain Bank), los síntomas observados en la persona afectada deben incluir la bradicinesia y, además, al menos uno de los siguientes:

- Temblor en reposo a 4-6 Hz.
- Rigidez muscular.
- Inestabilidad postural no debida a otras causas.

Igualmente, existen criterios diagnósticos de soporte. Además, existen unos criterios de exclusión, y finalmente unos criterios adicionales de apoyo, como son:

- Inicio unilateral.
- Presencia de temblor en reposo.
- Curso progresivo.
- Síntomas de inicio asimétrico.
- Respuesta excelente (70-100%) a levodopa.
- Corea grave inducida por levodopa.
- Respuesta a levodopa mantenida ≥ 5 años.
- Curso clínico ≥ 10 años.
- Hiposmia.
- Alucinaciones visuales.

Se recomienda consultar los nuevos criterios recientemente publicados por la Sociedad Internacional de enfermedad de Parkinson y Trastornos del Movimiento (Movement Disorder Society, MDS) en la Guía Oficial de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson (SEN, 2016).

2.2. Técnicas diagnósticas

Las pruebas complementarias permiten excluir otras posibles causas de la clínica que se observa en la persona. Las técnicas de neuroimagen estructural como la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RM) son útiles para detectar la presencia de otros síndromes parkinsonianos. Las técnicas de neuroimagen funcional como la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) o la tomografía por emisión de positrones (PET), son útiles para el diagnóstico temprano de enfermedad de Parkinson. Otras pruebas pueden ayudar al diagnóstico, como las farmacológicas (prueba de levodopa, prueba de apomorfina), los estudios analíticos, genéticos (como el estudio de mutaciones en el gen LRRK2), o los estudios neurofisiológicos (como el estudio del déficit olfatorio o la gammagrafía cardiaca con I-MIBG) que pueden realizarse de forma ocasional con objeto de resolver casos dudosos.

3. Evolución y sintomatología

La EP tiene un curso progresivo que atraviesa por diferentes estadios, aunque puede variar de una persona a otra. A continuación, se detalla la clasificación por estadios de Hoehn y Yahr.

3.1. Clasificación por estadios de Hoehn-Yahr

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.

Tabla I. Estadios de 0 a 5 de la enfermedad de Parkinson según la clasificación de Hoehn-Yahr.

Según el momento vital en el que aparezca y desarrollen los síntomas, se puede distinguir entre párkinson de inicio temprano o avanzado.

3.2. Síntomas motores

Al tratarse de una afectación neurodegenerativa que evoluciona de manera diferente en cada persona, es necesario recalcar que no todas las personas van a experimentar los mismos síntomas. Entre los síntomas motores podemos distinguir entre los **principales** que son temblor en reposo, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural.

A medida que la enfermedad avanza pueden aparecer **complicaciones motoras** como fluctuaciones motoras debidas a alteraciones con el efecto de la medicación, o discinesias que se caracterizan por movimientos involuntarios que pueden afectar a las extremidades, el tronco y la cabeza y cuello. También es frecuente en la EP avanzada la aparición de **manifestaciones motoras** que en ocasiones son **refractarias** al tratamiento dopaminérgico, como disfagia, disartria, alteraciones en la marcha y camptocormia (flexión del tronco hacia delante o hacia otro lado).

3.3. Síntomas no motores

Aunque los síntomas de la EP se suelen asociar principalmente a las dificultades motoras como el temblor, hay muchos otros no relacionados con el movimiento, que se recogen en la siguiente tabla.

Manifestaciones psiquiátricas y cognitivas	Trastornos del sueño	Disautonomías	Otros síntomas
<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Apatía• Ansiedad• Deterioro cognitivo leve• Alucinaciones• Delirios• Demencia	<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Síndrome de piernas inquietas• Trastornos respiratorios• Hipersomnia• Trastorno de la conducta del sueño REM	<ul style="list-style-type: none">• Hipotensión ortostática• Sudoración excesiva• Estreñimiento• Sialorrea• Disfunción urinaria• Disfunción sexual	<ul style="list-style-type: none">• Hipofonía• Hipomimia• Micrografía• Seborrea• Pérdida de peso

Tabla II. Principales síntomas no motores.

4

4. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson

El tratamiento de una persona que padece EP se debe realizar mediante un **abordaje multidisciplinar** que combine medidas farmacológicas y terapias complementarias, y deberá ser lo más **individualizado** posible, adecuándolo continuamente a las características específicas de la persona, principalmente la edad y el grado de discapacidad según la evolución de la patología.

4.1. Objetivos del tratamiento

A pesar de que **no existe un tratamiento curativo**, sí que están disponibles, a diferencia de otras enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC), tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (cirugía y terapias rehabilitadoras) capaces de mejorar los síntomas. El tratamiento de la EP debería ser idealmente un tratamiento neuroprotector, que preservara las neuronas vulnerables para frenar/revertir la progresión de la patología, si bien ninguna terapia antiparkinsoniana ha demostrado hasta el momento tal efecto.

Con el propósito de mejorar la calidad de vida de personas con párkinson, los objetivos específicos de los tratamientos actuales se centran en:

- i) Restaurar los niveles de actividad dopaminérgica cerebral para atenuar los síntomas motores (alteraciones en la marcha, temblores, etc.) y no motores (deterioro cognitivo, episodios depresivos, etc.).
- ii) Retardar la evolución del deterioro cognitivo.
- iii) Preservar la autonomía y promover el bienestar socio-psicológico de la persona afectada.

4. 2. Tratamiento farmacológico

Supone normalmente el primer paso y suele iniciarse tan pronto como se establece el diagnóstico, sobre todo en casos de limitación funcional que afectan a la capacidad laboral y a las relaciones sociales ya que facilitará una mejor evolución clínica.

Hay cierta controversia sobre si se debe iniciar el tratamiento en el momento del diagnóstico (a pesar de que no exista discapacidad) pero sí que hay consenso en que la elección de fármaco, la pauta posológica, así como sus ajustes pertinentes (competencia del neurólogo), varíen según las limitaciones de la persona con párkinson, la demanda funcional de su vida diaria, la existencia de comorbilidades o de otros tratamientos concomitantes.

Se recomienda consultar los niveles de evidencia disponibles en la Guía Oficial de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson (SEN, 2016).

4.2.1. Síntomas motores

4.2.1.1. Medicamentos antiparkinsonianos

Levodopa

Es el fármaco clave en el tratamiento farmacológico de la EP y el más eficaz para controlar los síntomas motores. Es un **precursor de la dopamina** que, a diferencia de ésta, atraviesa la barrera hematoencefálica accediendo al SNC y ganglios basales y se convierte allí, una vez captada por las neuronas dopaminérgicas nigroestriadas, en dopamina que activará los receptores dopaminérgicos neuronales, reponiendo los niveles normales de actividad dopaminérgica. Se administra **siempre** combinada con un **inhibidor de la dopa descarboxilasa periférica** (IDD) a fin de evitar su metabolismo lejos del órgano diana. Los dos IDD actualmente disponibles en combinación con levodopa son **benserazida** y **carbidopa**, que son capaces de mejorar la biodisponibilidad y tolerabilidad a la levodopa, resultando eficaz su combinación en cualquier fase de la enfermedad.

Se recomienda empezar con dosis bajas y hacer incrementos graduales hasta llegar a la dosis mínima eficaz que se sitúa, por lo general, entre 300 y 400 mg/día. La levodopa es un fármaco de primera línea en casos de discapacidad moderada-grave, alteración de reflejos posturales y en personas mayores de 65 años, asociada o no a otros principios activos. En este sentido, la guía clínica de la Sociedad Española de Neurología indica que es razonable iniciar el tratamiento con levodopa en personas con párkinson de edad avanzada (70 años), o en aquellos con una incapacidad funcional manifiesta.

La rigidez y la bradicinesia son los síntomas que más mejoran con levodopa, mientras que, en ocasiones, el temblor y los trastornos posturales y del equilibrio, la disfagia o la congelación de la marcha responden en menor medida. Todas las personas que padecen EP obtienen una respuesta favorable de sus síntomas con levodopa, si bien no todas mantienen esta respuesta estable. El beneficio clínico es claro durante los primeros años de tratamiento, apareciendo posteriormente complicaciones motoras en forma de fluctuaciones y discinesias con períodos on y off (con y sin eficacia farmacológica) alternantes. Con el paso de los años, las fluctuaciones se hacen más pronunciadas y es entonces cuando es más frecuente la aparición de efectos secundarios provocados por levodopa (manifestaciones neuropsiquiátricas, hipotensión, estreñimiento, etc.).

Agonistas dopaminérgicos (AD)

Actúan estimulando directamente los receptores dopaminérgicos que se encuentran en la membrana de las neuronas de proyección estriatales ejerciendo una estimulación dopaminérgica. Carecen de conversión metabólica y de competición con otros aminoácidos en su absorción, y las formas orales de liberación prolongada tienen una vida media larga. Los AD producen mejoría sintomática y funcional de las complicaciones motoras de la EP, aunque puede ser más moderada que la de levodopa.

Los AD son fármacos de elección en fases iniciales de la enfermedad, pues su uso precoz reduce la dosis acumulativa de levodopa y la incidencia de complicaciones motoras (fluctuaciones y discinesias), pudiendo aparecer, no obstante, efectos adversos que pueden llevar a la interrupción del tratamiento (como trastorno del control de impulsos, somnolencia, edemas o reacciones cutáneas en caso de administración transdérmica). De forma poco habitual, se indican en monoterapia en personas que no obtienen una respuesta suficiente o son intolerantes a levodopa.

Se diferencia entre dos grupos: **derivados ergóticos (cabergolina y bromocriptina) y no ergóticos (pramipexol, ropinirol y rotigotina)**. Los AD ergóticos se emplean muy poco en la práctica clínica actual por su tendencia a inducir valvulopatía fibrótica cardíaca; su uso sólo se justifica tras el fracaso de los AD no ergóticos y con una estrecha monitorización cardíaca. No existen estudios que hayan demostrado mayor eficacia de un AD sobre otro con respecto al control de las fluctuaciones motoras.

Inhibidores del catabolismo de dopamina y levodopa

a) Inhibidores de la monoamino oxidasa B (MAO-B): selegilina, rasagilina y safinamida.

Actúan bloqueando una de las vías de metabolismo de la dopamina mediante la inhibición de la enzima MAO-B, generando un aumento de los niveles de dopamina en la sinapsis interneuronal. En general, su eficacia sobre síntomas motores es más moderada que la de levodopa o los AD.

Se emplean como tratamiento complementario a una dosis estable de levodopa o levodopa combinada, en personas en fase media o avanzada de EP con fluctuaciones. Se pueden seleccionar como primera línea de tratamiento pues, si bien la selegilina y la rasagilina en monoterapia tienen un efecto sintomático leve, su uso puede retrasar en varios meses la necesidad de tratamiento dopaminérgico. La combinación de agonistas dopaminérgicos y rasagilina puede ofrecer un mejor control de los síntomas que la monoterapia con agonistas. La selegilina podría mejorar el bloqueo de la marcha.

La safinamida es un inhibidor reversible y altamente selectivo de MAO-B que ejerce, además, otros efectos no dopaminérgicos en el SNC de los que se desconoce si contribuyen a su efecto antiparkinsoniano. Se indica como adyuvante, combinado con levodopa sola o en combinación, en personas afectadas por EP con complicaciones motoras.



b) Inhibidores de la catecol-orto-metiltransferasa (ICOMT): entacapona, tolcapona y opicapona.

Se administran siempre junto a levodopa ya que por sí solos carecen de efecto antiparkinsoniano. Consiguen disminuir la degradación de levodopa, mejorando su biodisponibilidad y permitiendo una estimulación dopaminérgica más fisiológica. Se indican específicamente en personas con fluctuaciones motoras (fenómenos on/off) derivadas de un deterioro de fin de dosis y que no se estabilizan con levodopa sola o en combinación con un IDD.

La tolcapona, debido a su hepatotoxicidad, no se debe considerar como un tratamiento de primera línea complementario a levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa.

Por su parte, la opicapona ejerce una inhibición selectiva, potente y prolongada de la COMT.

Anticolinérgicos: trihexifenidilo y biperideno

Fueron los primeros fármacos que se introdujeron en la terapéutica antiparkinsoniana, debido a que contrarrestan parcialmente la hiperactividad colinérgica que se genera a nivel de los ganglios basales como consecuencia de la pérdida de tono dopaminérgico estriatal.

Su empleo actual es reducido (siendo el trihexifenidilo el más usado), ya que su posible eficacia – modesta – se ve limitada por sus efectos secundarios de tipo cognitivo y psiquiátrico. Están limitados a casos muy concretos, en personas jóvenes sin deterioro cognitivo ni enfermedades neuropsiquiátricas que presenten predominantemente temblor, sobre el que pueden tener un efecto leve. También resultan de utilidad si el temblor (o la rigidez) es grave y presenta pobre respuesta al uso de levodopa.

Amantadina

Es un antiviral capaz de reducir moderadamente los movimientos involuntarios de la EP. Su efecto antiparkinsoniano se debe a que aumenta la liberación de dopamina, retrasa su reabsorción y actúa como agonista dopaminérgico y de los receptores NMDA. Se ha utilizado, durante períodos cortos cuando los síntomas son leves, y para retrasar el inicio del tratamiento con levodopa. Aunque con la aparición de nuevos medicamentos, su uso es más limitado, es eficaz tanto en monoterapia en la EP inicial, como en el control de las discinesias inducidas por levodopa, con un efecto sintomático leve.

El tratamiento de los síntomas motores del párkinson puede requerir, además, de la administración de principios activos de otros grupos farmacológicos diferentes a los mencionados hasta aquí. Por ejemplo, la evidencia disponible sugiere que el propranolol puede ser eficaz en la reducción del temblor postural en personas afectadas que son refractarias a otros fármacos. Por su parte, la domperidona ha demostrado que mejora la tolerabilidad de los fármacos dopaminérgicos, sobre todo levodopa, cuando se coadministra al inicio del tratamiento, reduciendo la incidencia de alteraciones gastrointestinales.



ATC (nivel 4)	Principio activo	Nombre comercial	Forma farmacéutica	Prescripción / Financiación / Dispensación
N04BA-DOPA Y DERIVADOS DE LA DOPA	Levodopa / benserazida	Madopar 250®	C	R / INSNS / FC
		Madopar Retard®	CápsLP	R / INSNS / FC
	Levodopa / carbidopa	Sinemet® 250/25 mg	C	R / INSNS / FC
		Sinemet Plus® 100/25 mg	C	R / INSNS / FC
		Sinemet Retard® 200/25 mg	CLP	R / INSNS / FC
		Sinemet Plus Retard® 100/25 mg	CLP	R / INSNS / FC
		Duodopa® 20/5 mg/ml	GI	R / - / H
	Levodopa / carbidopa / entacapona	Stalevo® 50/12,5/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Stalevo® 75/18,75/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Stalevo® 100/25/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Stalevo® 125/31,25/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Stalevo® 150/37,5/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Stalevo® 200/50/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Levodopa/carbidopa/entacapona EFG 50/12,5/200 mg	C	R / INSNS / FC
		Levodopa/carbidopa/entacapona EFG 75/18,75/200 mg	C	R / INSNS / FC
Levodopa/carbidopa/entacapona EFG 100/25/200 mg		C	R / INSNS / FC	
Levodopa/carbidopa/entacapona EFG 125/31,25/200 mg		C	R / INSNS / FC	
Levodopa/carbidopa/entacapona EFG 150/37,5/200 mg	C	R / INSNS / FC		
Levodopa/carbidopa/entacapona EFG 200/50/200 mg	C	R / INSNS / FC		
N04BC-AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS	Cabergolina	Sogilen® 1 mg / Sogilen® 2 mg	C	R / INSNS / FC
		Cabergolina EFG 1 mg / Cabergolina EFG 1 mg	C	R / INSNS / FC
	Bromocriptina	Parlodel® 2,5	C	R / INSNS / FC
		Parlodel® 5	Cáps	R / INSNS / FC
	Pramipexol	Mirapexin® (0,18 mg o 0,7 mg)	C	R / INSNS / FC
		Mirapexin® (0,26 mg o 1,05 mg o 2,1 mg)	CLP	R / INSNS / FC
		Oprymea EFG (0,18 mg o 0,7 mg)	C	R / INSNS / FC
		Oprymea EFG (0,26 mg o 0,52 mg o 1,05 mg o 2,1 mg o 2,62 mg o 3,15 mg)	CLP	R / INSNS / FC
		Pramipexol EFG (0,18 mg o 0,7 mg)	C	R / INSNS / FC
		Pramipexol EFG (0,26 mg o 1,05 mg o 2,1 mg)	CLP	R / INSNS / FC
	Ropinirol	Adartrel® (0,25 mg o 0,5 mg o 2 mg)	C	R / INSNS / FC
		Requip® (0,25 mg o 0,5 mg o 1 mg o 2 mg o 5 mg)	C	R / INSNS / FC
		Requip Prolib® (2 mg o 4 mg u 8 mg)	CLP	R / INSNS / FC
		Rolpryna SR EFG (2 mg o 4 mg u 8 mg)	CLP	R / INSNS / FC
		Ropinirol EFG (0,25 mg o 0,5 mg o 1 mg o 2 mg o 5 mg)	C	R / INSNS / FC
		Ropinirol EFG (2 mg o 4 mg u 8 mg)	CLP	R / INSNS / FC
	Rotigotina	Neupro® (1 mg o 2 mg o 3 mg o 4 mg o 6 mg u 8 mg/24h)	PT	R / INSNS / FC
	Apomorfina	Apo-GO Pen® 10 mg/ml ®	PI	R-DH / INSNS / FC - VI
Apo-GO PFS® 5 mg/ml		Jl	R-DH / INSNS / FC - VI	
Apomorfina Archimedes® 10 mg/ml		AI	R-DH / INSNS / FC - VI	
Dacepton EFG 10 mg/ml		AI	R-DH / NOINSNS / FC	
Dacepton EFG 5 mg/ml		VI	R-DH / NOINSNS / FC	
N04BD-INHIBIDORES MONO AMINOXIDASA B	Selegilina	Plurimen® 5 mg	C	R / INSNS / FC
	Rasagilina	Altina EFG 1 mg	C	R / INSNS / FC
		Azilect® 1 mg	C	R / INSNS / FC
		Neuromiol EFG 1 mg	C	R / INSNS / FC
		Raglysa EFG 1 mg	C	R / INSNS / FC
		Rasagilina EFG 1 mg	C	R / INSNS / FC
	Safinamida	Xadago® (50 mg o 100 mg) Stalevo® 75/18,75/200 mg	C	R / INSNS / FC
N04BX- OTROS AGENTES DOPAMINÉRGICOS	Entacapona	Comtan® 200 mg	C	R / INSNS / FC
		Entacapona EFG 200 mg	C	R / INSNS / FC
	Tolcapona	Tasmar® 100 mg	C	R-DH / INSNS / FC - VI
	Opicapona	Ongentys® 50 mg Stalevo® 100/25/200 mg	Cáps	R / INSNS / FC
N04AA-AMINAS TERCIARIAS	Trihexifenidilo	Artane® (2 mg o 5 mg)	C	R / INSNS / FC
	Biperideno	Akineton® 2 mg	C	R / INSNS / FC
		Akineton® 5 mg	AI	R / INSNS / FC
		Akineton Retard® 4 mg	CLP	R / INSNS / FC
Prociclidina	Kemadren® 5 mg	C	R / INSNS / FC	
J05AC-AMINAS CÍCLICAS	Amantadina	Amantadine Level 100 mg ®	Cáps	R / INSNS / FC

Tabla III. Medicamentos antiparkinsonianos disponibles en España: clasificación por grupo terapéutico, principio activo, nombre comercial, forma farmacéutica y condiciones de prescripción/ financiación/dispensación.

Formas farmacéuticas: C = comprimidos; CLP = comprimidos de liberación prolongada; Cáps= cápsulas; CápsLP = cápsulas de liberación prolongada; PT = parches transdérmicos; AI = ampollas inyectables; GI = gel intestinal; PI = pluma inyectable; Jl = jeringa inyectable; VI = viales inyectable (perfusión).

Prescripción/financiación/dispensación: R = receta médica; H = uso hospitalario; INSNS = incluido financiación SNS; NOINSNS = no incluido financiación SNS; FC = dispensación en farmacia comunitaria; R-DH= receta médica diagnóstico hospitalario; FC - VI= dispensación en farmacia comunitaria con visado de inspección.

4.2.1.2. Manejo de problemas relacionados con medicamentos antiparkinsonianos

Este aspecto fundamental del tratamiento farmacológico de las personas afectadas por la enfermedad de Parkinson se abordará con mayor detalle en el apartado dedicado al Papel de la Farmacia Comunitaria, en concreto en el epígrafe de Optimización de la terapia farmacológica, dado que es uno de los puntos fundamentales de la actuación del farmacéutico/a comunitario/a. Se revisarán, entre otros, las principales reacciones adversas, contraindicaciones e interacciones de los fármacos antiparkinsonianos.

4.2.2. Síntomas no motores

4.2.2.1. Manifestaciones psiquiátricas y cognitivas

Las alteraciones neuropsiquiátricas son las manifestaciones no motoras más frecuentes presentes en las personas con párkinson. Aparecen con el avance de la enfermedad y en gran medida son consecuencia del tratamiento a largo plazo con levodopa. Son más comunes en los períodos off y generan grados importantes de discapacidad, limitando significativamente la calidad de vida de las personas afectadas. Los trastornos del ánimo (**depresión**, fundamentalmente), las alteraciones cognitivas tipo **demencia** y la **psicosis** (asociada a alucinaciones y delirios) son las más comunes y pueden verse empeoradas por el efecto de otros medicamentos no antiparkinsonianos.

De forma general, los síntomas psíquicos del período off se manejan con un aumento o redistribución de las dosis de **levodopa** o utilizando una dosis de liberación prolongada antes de acostarse, que además permitiría reducir el **insomnio** y la **acatisia** asociados. Los **síntomas sensitivos de tipo doloroso** también responden a ajustes posológicos de la levodopa. En personas con **alucinaciones** u otros **trastornos psiquiátricos** en situación de beneficio de dosis, una de las estrategias es la reducción de la dosis de levodopa, administrando, en su caso, **otros fármacos psicoactivos**.

Los anticolinesterásicos, como la **rivastigmina** son capaces de mejorar los **déficits cognitivos** propios de la EP, con el riesgo de empeorar el temblor y de producir efectos secundarios como pérdida de peso o diarreas, siendo éstos los aspectos que limitarán su uso. La rivastigmina está indicada en el tratamiento de la demencia asociada a la EP reduciendo significativamente la valoración en las escalas mentales y cognitivas, y mejorando la evaluación global y las alteraciones del comportamiento, sin aumentar el riesgo de caídas.

En el tratamiento de la posible **depresión** asociada a la EP, es necesario optimizar el tratamiento dopaminérgico – cabe destacar que el **pramipexol** tiene cierto efecto antidepresivo y mejora la apatía –, siendo a veces necesaria la adición de antidepresivos, que pueden ser de tipo tricíclico (como la **amitriptilina**), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (como la **fluoxetina**) o bien inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (como **reboxetina** o **venlafaxina**). Para el manejo de la **ansiedad** se recomienda el uso de **ansiolíticos** aunque el propio tratamiento dopaminérgico es útil para esta condición.

En relación a la **psicosis**, especialmente en personas con demencia o en fases avanzadas de la EP, resulta preciso tratar el proceso subyacente a la misma (trastornos metabólicos o infecciones), retirar los antidepresivos, ansiolíticos y sedantes, y reducir/retirar los AD, IMAO-B e ICOMT, reduciendo finalmente la dosis de levodopa. Puede ser necesaria la adición de antipsicóticos atípicos de bajo efecto parkinsonizante, como **clozapina** o **quetiapina**, evitando la olanzapina o la risperidona, que empeoran los síntomas motores.

4.2.2.2. Disautonomía, trastornos del sueño y otros

En cuanto a la **fatiga**, actualmente no existe evidencia suficiente para recomendar un tratamiento para la fatiga en la enfermedad de Parkinson.

En relación a los **trastornos del sueño**, parece que el fármaco de mayor utilidad podría ser la **rotigotina**, que mejora las escalas de sueño y la acinesia matutina.

Las personas con párkinson sufren un riesgo notable de desarrollar **estreñimiento** grave que puede generar, a su vez, ansiedad y pérdida de calidad de vida. La práctica habitual para tratar este problema se centra en promover la ingestión de abundante líquido, llevar una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico (en la medida que sea tolerada por la persona afectada) y la posible inclusión de laxantes, supositorios o enemas. Algunas personas pueden requerir masaje abdominal, estimulación rectal o incluso, en los casos más graves, evacuación digital de las heces.

4.2.3. Terapias de segunda línea en enfermedad avanzada

Con la evolución de la enfermedad y el paso de los años del tratamiento antiparkinsoniano, van apareciendo complicaciones motoras en forma de fluctuaciones y discinesias. Éstas pueden mejorar mediante la redistribución proteica de los alimentos y mediante la administración de los medicamentos fuera de las comidas. También se realizan reajustes farmacológicos que incluyen, por un lado, aumento del número de dosis diarias de levodopa y, por otro, la adición de un IMAO-B, un ICOMT o un AD no ergótico a la combinación levodopa/IDD. Salvo en ancianos o personas con deterioro cognitivo en que se prefiere la monoterapia con levodopa, lo más común es el establecimiento, de politerapia: IMAO-B + AD + levodopa. Para abordar el manejo farmacológico de personas con EP con diversas complicaciones y comorbilidades, sin respuesta satisfactoria a otras estrategias, se ha propuesto la utilización de nuevas formas farmacéuticas y vías de administración.

Se han desarrollado **nuevas formas farmacéuticas** que modifican la farmacocinética (por ejemplo, comprimidos de liberación controlada o comprimidos bucodispersables) o que incorporan varios principios activos en un mismo comprimido (por ejemplo, levodopa/carbidopa/entacapona), facilitando el cumplimiento de la pauta posológica. Además, se han introducido **nuevas vías de administración** de algunos principios activos “clásicos” y de otros principios activos de reciente autorización, para el tratamiento de complicaciones motoras de la EP.

Entre los agonistas dopaminérgicos, la **rotigotina** se formula en parches para su administración por **vía transdérmica**. Con una eficacia similar al de otros AD no ergóticos, permite evitar la administración oral cuando sea necesario, como en el caso de operaciones con anestesia general, si bien puede provocar efectos adversos cutáneos.

La **apomorfina** es un agonista dopaminérgico no ergótico un tanto especial. Está autorizada para su administración por **vía subcutánea** en el tratamiento “de rescate” de las fluctuaciones motoras incapacitantes (fenómeno on-off) que persisten en las personas con EP idiopática a pesar del tratamiento con levodopa y/u otros AD. En menor grado, se puede emplear para la prevención de discinesias. Se administra generalmente en la zona abdominal, bien mediante una inyección rápida intermitente o bien mediante la infusión a través de una perfusión programable ajustando la dosis horaria minimizando así las fluctuaciones. Se trata de un tratamiento reversible que, por lo general, permite retirar o reducir la dosis de alguno de los otros fármacos.

También es de utilidad en la EP la **vía enteral**, para la **infusión continua intestinal de levodopa/carbidopa**. Se trata de la administración de un gel intestinal mediante una bomba de infusión portátil conectada directamente al duodeno o al yeyuno superior. La bomba suele estar conectada durante el día (unas 16 horas) y permite mantener niveles sanguíneos más estables de levodopa en el organismo, pues se evita el efecto del vaciamiento gástrico. Es una técnica invasiva pero reversible que ha demostrado eficacia en la reducción de las fluctuaciones motoras, minimizando los períodos off y las discinesias, con dos ventajas principales: permite suprimir parte de la medicación dopaminérgica oral y contribuye a la mejoría de aspectos no motores de la patología. Puede ser de gran ayuda en personas mayores con efectos secundarios psiquiátricos, deterioro cognitivo y/o alteraciones de las funciones involuntarias. Además, puede ser una alternativa relevante a la neurocirugía en personas no candidatas a ese tipo de intervenciones, así como en personas con intolerancia o contraindicaciones para la medicación oral.

4.3. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico en la EP se plantea en la actualidad para mejorar el control sintomático en ciertas personas seleccionadas (según los requisitos descritos en la siguiente tabla IV) que no consiguen un control suficiente de los síntomas con el tratamiento farmacológico convencional o en los que se producen efectos secundarios limitantes.

Criterios de selección de candidatos	Al menos 5 años de evolución de la patología
	Respuesta a levodopa
	Menores de 70 años
	Sin deterioro cognitivo o trastornos psiquiátricos
	Sin síntomas axiales (caídas o congelación de la marcha)

Tabla IV. Criterios de selección para tratamiento quirúrgico de la EP.

Respecto a las técnicas empleadas, las técnicas ablativas más antiguas (talamotomía o palidotomía) han sido sustituidas por la estimulación cerebral profunda (ECP) bilateral del núcleo subtalámico o del globo pálido interno. La ECP se basa en la implantación de electrodos intracerebrales conectados a un generador de impulsos programable (neuroestimulador), que se coloca en el tórax o abdomen y es capaz de administrar, a través de una extensión que se conduce bajo la piel desde la cabeza, una estimulación eléctrica de alta frecuencia que normalice los patrones de descarga anómalos de este núcleo, causantes de los síntomas motores incapacitantes en las personas con párkinson. Se trata de un tratamiento reversible, por lo que los síntomas volverían a aparecer al cesar la estimulación.

La ECP tiene un efecto más constante las 24 h del día y reduce hasta en un 60-70% el número y duración de los períodos off y las discinesias incapacitantes inducidas por el tratamiento prolongado con levodopa, mejorando la calidad de vida de la persona con párkinson y permitiendo una reducción de la medicación antiparkinsoniana. Su efecto se mantiene por largos períodos (en algunos casos de hasta 20 años) y varios estudios han demostrado el coste-efectividad de esta técnica terapéutica en enfermedad intermedia-avanzada. Como desventajas, cabe destacar que no mejora habitualmente los síntomas axiales ni es efectiva en aquellas personas que no responden a levodopa, llevando asociados efectos secundarios relacionados con la cirugía (hemorragias, infecciones, etc.) y al dispositivo que se coloca; además, puede empeorar la fluencia verbal y la apatía.

Como alternativa a la cirugía intracraneal en personas refractarias al tratamiento farmacológico convencional, ha aparecido en los últimos años una técnica pionera: el ultrasonido focal de alta intensidad (HIFU). Esta técnica está indicada para personas con temblor esencial y su uso en la enfermedad de Parkinson se encuentra en estado de investigación.

4.4. Algoritmos de tratamiento

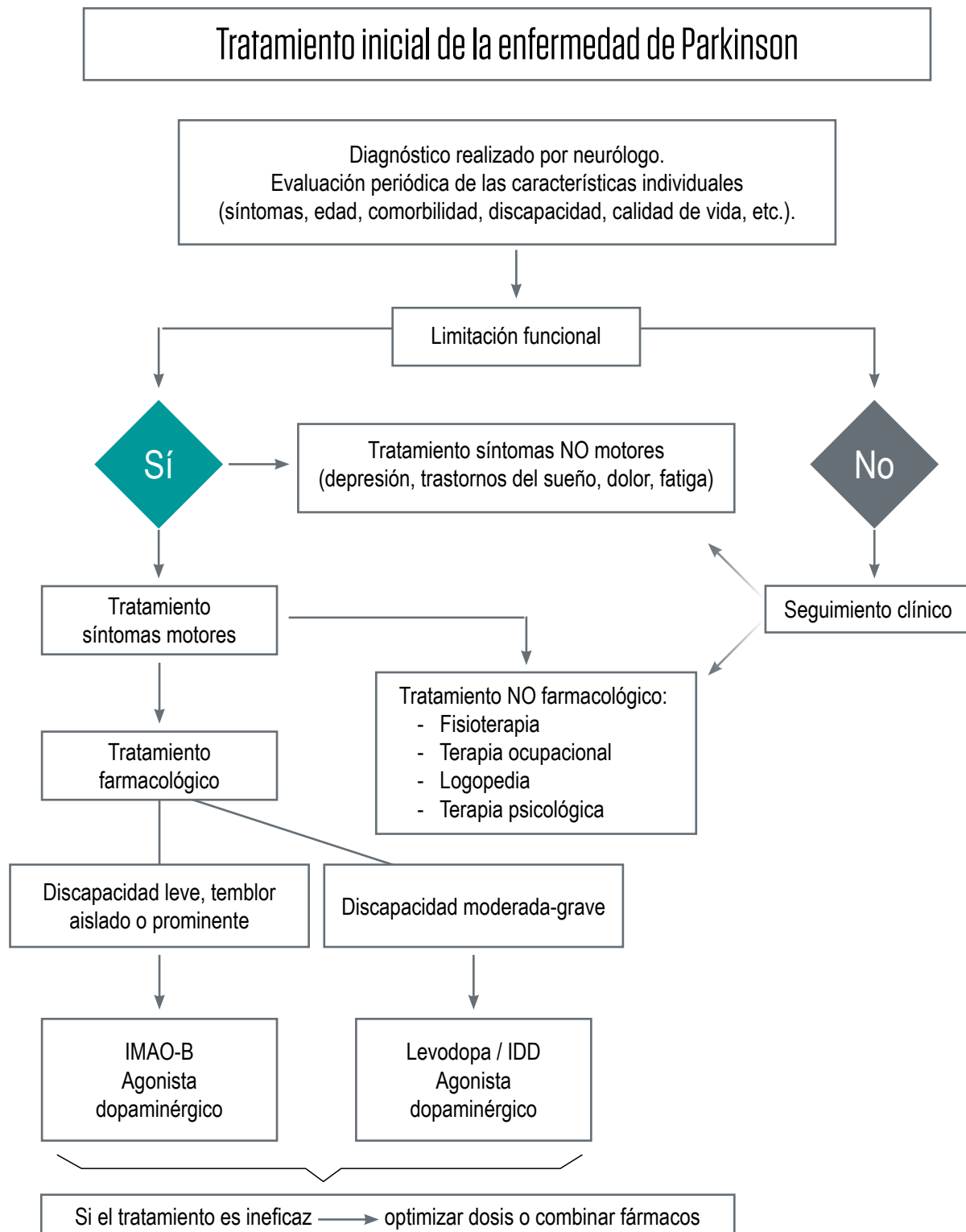


Figura 1. Algoritmo de tratamiento en la enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico. Adaptado de Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento y Sociedad Andaluza de Neurología. Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. 2017.

Tratamiento de las complicaciones en enfermedad de Parkinson avanzada

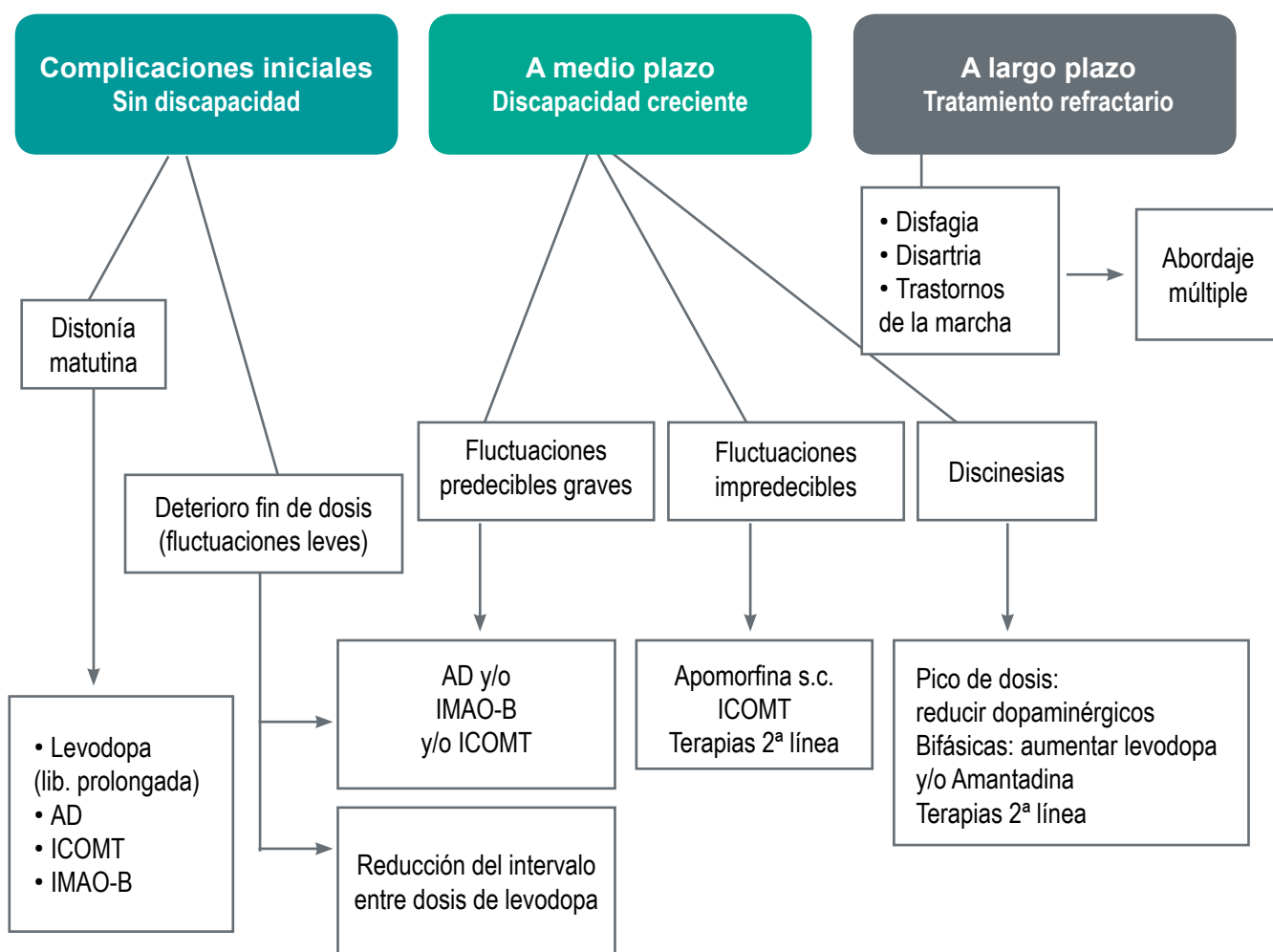


Figura 2. Algoritmo terapéutico en las fases avanzadas de EP.

Adaptado de Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento y Sociedad Andaluza de Neurología. Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. 2017.

5

5. Abordaje integral de la enfermedad de Parkinson: colaboración entre profesionales

La EP es el trastorno del movimiento más frecuente, con un alto impacto sanitario y social sobre la calidad de vida de las personas afectadas, familiares y personas cuidadoras. El carácter crónico y progresivo de la EP, la diversidad y variabilidad de los síntomas, así como la ausencia de una cura de la enfermedad hace esencial la colaboración entre profesionales.

Este abordaje multidisciplinar supone un reto tanto para los profesionales como para las personas afectadas, quienes deberán relacionarse con los diferentes profesionales de manera habitual. La comunicación entre profesionales y con las personas afectadas va a ser una parte fundamental para obtener éxito. Una comunicación eficiente y una relación de confianza, favorece que el tratamiento y abordaje de los síntomas sea el más adecuado para la persona afectada por esta enfermedad.

Aunque más adelante en la guía se expondrá con más detalle el rol que tienen en la EP los profesionales de atención primaria y los de farmacia comunitaria, a continuación, se describe brevemente el papel de otros profesionales que juegan un importante papel en la enfermedad como son fisioterapia, psicología, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social.

La fisioterapia es una disciplina que busca mejorar la movilidad y facilitar la realización de las actividades de la vida diaria de la persona con párkinson, todo ello encaminado a fomentar la autonomía personal en la vida diaria y mejorar la calidad de vida tanto de la persona como del familiar o persona cuidadora. La logopedia es una terapia que lleva a cabo el diagnóstico, la rehabilitación y la prevención de los trastornos de la comunicación y de las funciones orofaciales y deglutorias. La terapia ocupacional es la disciplina que trabaja las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con el objetivo de mantener la autonomía de la persona el mayor tiempo posible y favorecer su participación para conseguir la mayor independencia posible en los diferentes ámbitos de su vida: laboral, físico y social. La psicología es la terapia que aborda los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales o del comportamiento con el objetivo de reducir el impacto de los síntomas en la vida diaria de la persona afectada, sus familiares y las personas cuidadoras. Así mismo, busca favorecer la aceptación y adaptación a la nueva situación vital tanto de las personas afectadas como de sus familiares y las personas cuidadoras.

El abordaje integral requiere del trabajo conjunto y coordinado de todos estos profesionales en un equipo de trabajo interdisciplinar, en el que resulta imprescindible la formación, información y participación de las personas afectadas y sus familias.

6. Educación sanitaria para personas con párkinson, familiares y personas cuidadoras

Dado que la EP es un trastorno neurodegenerativo, con una sintomatología compleja y múltiples opciones terapéuticas, es positivo que las personas afectadas y su entorno dispongan de información y formación suficiente y adecuada sobre cómo convivir con su enfermedad.

Cada vez son más las fuentes de información a las que se puede acudir (buscadores de internet, páginas especializadas, redes sociales, etc.), sin embargo, es a los profesionales sociosanitarios a los que se tiende a acudir con más frecuencia en busca de orientación. En este sentido, los profesionales de farmacia comunitaria y medicina de atención primaria cumplen un importante papel al ser los profesionales de mayor proximidad, lo que les coloca en una posición idónea para conseguir que la población adquiera los conocimientos fundamentales que faciliten la vida de las personas con enfermedad de Parkinson, familiares y personas cuidadoras. La educación sanitaria resulta fundamental sobre todo en los estadios iniciales de la enfermedad.

Algunas de las recomendaciones e información que se pueden proporcionar desde el ámbito de la farmacia comunitaria y la medicina de atención primaria a las personas que padecen enfermedad de Parkinson están relacionadas con:



Hogar: el entorno doméstico debe adecuarse a las necesidades de la persona con párkinson con el fin de conseguir que ésta tenga la mayor autonomía posible, se facilite la realización de las tareas cotidianas y se eviten caídas o accidentes. Por ello, la organización de muebles, elementos decorativos, lámparas de pie, etc., deberá realizarse de tal modo que no obstaculice o dificulte el paso y sea segura (por ejemplo, sin cables por medio o con alfombras fijadas al suelo). Las sillas deben tener preferiblemente respaldo alto y la cama una altura media, ni muy baja ni muy alta. Los utensilios y elementos a utilizar directamente por la persona afectada, por ejemplo, en el baño o la cocina, deberán colocarse preferentemente en sitios de fácil acceso y estar elaborados con materiales irrompibles. Se pueden instalar pasamanos en escaleras o zonas de paso y barras de apoyo/asideros en el baño.



Alimentación: la dieta deberá ser variada y equilibrada, incrementando el consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales (preferentemente integrales), alimentos ricos en vitamina D y E, aceite de oliva como grasa principal y pescado azul como fuente principal de proteína. El consumo de alcohol debe ser solamente esporádico. En general, se separará la toma de la medicación con las comidas evitándose la ingesta de alimentos durante los periodos off. En fases avanzadas, la ingesta proteica se hará preferentemente en la cena. Beber agua fría durante las comidas puede ayudar a tragar mejor porque estimula el reflejo de deglución.

Si hay problemas de deglución y riesgo de atragantamiento o aspiración (común en personas con párkinson), las comidas con consistencia de papilla o puré facilitan la ingesta. Para ello, se pueden añadir espesantes que no aportan sabor a las comidas. Los platos, vasos o cubiertos, serán mejor de plástico o metálicos, y que pesen poco. Se pueden utilizar pajitas flexibles para beber.

Algunas recomendaciones para minimizar problemas de motilidad gastrointestinal o náuseas en personas con EP son:

- Realizar ingestas más frecuentes y menos abundantes a lo largo del día.
- Comer despacio, masticando bien cada alimento.
- Tomar las bebidas poco a poco evitando zumo de naranja o pomelo (la acidez puede empeorar las náuseas).
- Evitar comidas muy grasas o alimentos muy dulces.
- No mezclar alimentos calientes y fríos.
- Los alimentos fríos o a temperatura ambiente ayudan a reducir náuseas ya que desprenden menos olor.
- Comer alimentos fríos o a temperatura ambiente para evitar las náuseas por el olor de los alimentos.
- Permanecer sentado unos 30 minutos después de comer.
- Evitar cepillarse los dientes inmediatamente después de comer.
- No realizar ejercicio físico inmediatamente después de comer.



Aseo, higiene personal y vestido: mantener unas rutinas de aseo, higiene y vestido son necesarias para fomentar la autonomía de la persona afectada por párkinson, además de que permiten ejercitar la coordinación.

Para el baño, es conveniente reemplazar la bañera por una ducha y utilizar taburetes con asiento elevado. La ducha estará cubierta con una alfombra antideslizante firmemente adherida y la instalación de barras y asas facilitará la sujeción. Resulta recomendable utilizar geles y jabones suaves, agua templada, secar bien la piel especialmente en zonas de pliegues o entre los dedos y aplicar crema hidratante después.

Cuando la movilidad sea reducida, es importante revisar zonas de presión (glúteos, codos, talones, parte trasera de la cabeza, rodillas) para vigilar la aparición de úlceras o heridas.

Para vestirse, es mejor esperar a que la primera toma de medicación haya comenzado a hacer efecto. La ropa debe ser cómoda, de tejidos preferiblemente naturales y transpirables, elásticos y mejor con cremalleras, cierres de velcro o botones a presión. Los zapatos mejor sin cordones, de piel o tejidos elásticos y flexibles que permitan una buena ventilación del pie. Existen calzadores de mango largo para facilitar el calzado.



Ejercicio físico y movilidad: la realización de ejercicio físico, moderado y nunca extenuante es muy recomendable en personas que padecen párkinson, especialmente en estadios tempranos. Este tipo de personas puede realizar actividades como caminar, bailar, nadar, realizar estiramientos o tai-chi. El baile o la música rítmica mejoran el control de los movimientos voluntarios (algunas personas afectadas de párkinson bailan mejor que andan) y la capacidad motriz. Será más fácil realizar la actividad física después de que la medicación alcance su máximo efecto.

En el caso de personas con sobrepeso, la práctica de ejercicio físico, junto con una dieta saludable y equilibrada, son básicos para disminuir la carga de enfermedad.

El fisioterapeuta puede enseñar ejercicios y técnicas para mejorar la marcha y la movilidad, especialmente en la cama o a la hora de levantarse. Algunas recomendaciones son, por ejemplo, apoyar primero los talones sin inclinarse hacia atrás y empezar a balancearse sin moverse del sitio, dejar de andar cuando se note que se arrastran los pies, no girar sobre un único pie o cruzar las piernas al caminar, cambiar de posición en la cama doblando las rodillas y apoyando los pies, o para tumbarse, sentarse al borde de la cama cerca del cabecero, estirándose para que la cabeza quede sobre la almohada y levantando después las piernas sobre la cama.



Sueño: es fundamental mantener una buena higiene del sueño, intentando ir a la cama todos los días a misma hora y evitando las siestas durante el día. La habitación debe ser un lugar tranquilo y confortable dedicado en exclusiva al descanso. El consumo de café, té o bebidas estimulantes deberá reducirse, evitándose especialmente por la tarde. Es recomendable que la cena sea ligera y no acostarse inmediatamente después de cenar. También habría que reducir la ingesta de líquidos unas horas antes de ir a la cama para limitar, en la medida de lo posible, los despertares para ir al baño.

Si una vez acostada, la persona con párkinson no consigue conciliar el sueño, es recomendable realizar alguna actividad tranquila (leer o escuchar música relajante) y evitar mirar continuamente al reloj (es mejor deshacerse de relojes, teléfonos móviles, etc.). Practicar ejercicio físico regular puede ayudar a conciliar el sueño.



Estreñimiento: para contrarrestarlo, hay que aumentar la ingesta de fibra (frutas y verduras, sobre todo) y líquidos. Realizar ejercicio físico suave también puede mejorar la sintomatología. Es un problema que causa mucha ansiedad y hay que trasladar el mensaje de que no es necesario obsesionarse con la frecuencia de la defecación, que no es necesario que sea todos los días pero sí de forma regular.

Se puede recomendar el uso de laxantes como supositorios de glicerina o microenemas y preferentemente, macrogol, lactulosa o plantago. En cualquier caso, el uso de laxantes debe ser puntual y no emplearse de forma crónica.

Otros:



Dolor y rigidez: para aliviar el dolor en las extremidades y mejorar la rigidez se pueden realizar masajes, aplicar calor o darse baños de agua tibia.



Hipotensión ortostática: para evitar bajadas bruscas de la presión arterial se recomienda mantener el cabecero de la cama al menos con un ángulo de 30° e incorporarse muy lentamente. Igualmente, se debería ingerir líquidos abundantes y alimentos salados.



Dermatitis seborreica: es muy frecuente en personas que padecen párkinson, sobre todo en hombres. Se pueden utilizar algunos champús y geles con selenio, zinc, ácido salicílico o brea de ulla, que no necesitan prescripción médica, para controlar y mejorar el problema, si bien es recomendable acudir al dermatólogo para que realice una valoración y determine el tratamiento más adecuado.



Hiperhidrosis: afecta especialmente a la parte superior del tronco. Las recomendaciones más habituales son realizar una higiene diaria, utilizar desodorantes/antitranspirantes y emplear ropa de tejidos preferiblemente naturales y transpirables. Evitar el consumo de alimentos picantes o comidas muy grasas también puede ayudar a controlar la sudoración.



Salivación excesiva: la sialorrea, más allá del problema físico, tiene un fuerte componente psicológico negativo en las en personas que padecen párkinson. Mantener los labios cerrados, tragar saliva a menudo (sobre todo antes de hablar) y mantener una posición erguida, pueden ayudar a controlar el babeo. También ayuda masticar chicle o tomar caramelos sin azúcar. La salivación excesiva puede ser secundaria al tratamiento con neurolépticos.

Por otro lado, el papel de familiares y personas cuidadoras, será imprescindible pues la EP evoluciona con los años hacia situaciones de dependencia que requieren de una alta demanda de cuidados. Esta demanda, en ocasiones, puede sobrepasar las capacidades o recursos de una familia e impactar en las relaciones entre los miembros de ésta, ya que, por lo general, los familiares son los primeros encargados del cuidado de una persona que padece párkinson, si bien, con el paso del tiempo, puede ser necesaria la ayuda de personas cuidadoras profesionales.

La persona cuidadora debe mantener un nivel emocional y físico adecuados para poder afrontar la situación de cuidados. Algunos consejos para personas cuidadoras y familiares que se pueden proporcionar son:

- Tomar un descanso dentro de la rutina diaria para desconectar no sólo física sino también psicológicamente.
- Tomar unas vacaciones: no creerse imprescindible y recurrir a la ayuda de miembros de la familia, amigos o personas cuidadoras profesionales.
- Mantener y fomentar las relaciones familiares y de amistad.
- Acudir a grupos de autoayuda o terapia de grupo.
- Informarse sobre la enfermedad: las asociaciones de personas con párkinson en este sentido resultan imprescindibles.
- Establecer tareas prioritarias: separar lo importante y lo urgente, aceptando que no se va a poder realizar todo por uno mismo.
- Mantener la dedicación de manera realista sin descartar que en algún momento sea necesaria la ayuda profesional o la institucionalización de la persona con párkinson.
- Realizar actividades gratificantes y placenteras de forma regular.
- Incentivar la independencia de las personas: motivar a que la persona afectada realice determinadas actividades por sí solo.
- Aprender a reconocer señales de alerta y dejarse ayudar.

Finalmente, desde el ámbito de la farmacia comunitaria y la medicina de atención primaria, se puede proporcionar información sobre la ley de dependencia y ayudas y recursos disponibles para personas con párkinson y su entorno. Algunas consideraciones que se pueden plantear son temas relacionados con la incapacitación legal de una persona, la redacción de un testamento vital o de un documento de voluntades anticipadas.

7



7. El papel de las asociaciones de párkinson

Las asociaciones de párkinson proporcionan una atención sociosanitaria integral a la persona con párkinson, familiares y personas cuidadoras, necesaria para el completo abordaje de la enfermedad. En ellas se ofrece información, orientación, gestión y derivación hacia la red de recursos sociosanitarios existentes y suelen integrar a profesionales que llevan a cabo terapias rehabilitadoras con el objetivo de mejorar los síntomas de la enfermedad. Las asociaciones ofrecen un espacio de interacción donde compartir experiencias tanto para las personas afectadas como para los familiares y personas cuidadoras. Además, cumplen una importante labor educativa llevando a cabo acciones de información y formación sobre la enfermedad y los cuidados necesarios para sobrellevar los síntomas en el día a día.

Las asociaciones de párkinson se convierten para la persona afectada, familiares y personas cuidadoras en el punto de referencia y de apoyo en el progreso de la enfermedad. Los usuarios acuden de manera frecuente a las terapias y actividades, entablando importantes vínculos afectivos con el resto de las personas usuarias, así como con los profesionales, lo que constituye un sólido recurso emocional a partir del cual afrontar la enfermedad.

En este sentido, la Federación Española de Párkinson (FEP) es una entidad con más de 20 años de experiencia en la mejora de la calidad de vida de las más de 160.000 familias que conviven con la enfermedad de Parkinson en España. Actualmente acoge a 61 asociaciones y su misión es la representación del movimiento asociativo en el ámbito estatal e internacional para la defensa de los intereses de las personas afectadas de párkinson. Además, pretende incidir en el desarrollo de políticas públicas, su aplicación real y efectiva en todo aquello que mejore la calidad de vida de las personas con párkinson, con especial énfasis en el ámbito de la investigación científica y social, la prevención y promoción de la salud. Todo ello desde el fomento de la participación de la persona, familiares y personas cuidadoras a través del movimiento asociativo para conseguir el acceso a los derechos en igualdad de oportunidades.

Directorio de asociaciones de párkinson por Comunidades Autónomas

ANDALUCÍA

Asociación de Enfermos de Párkinson Andaluces de Sevilla
Asociación Párkinson Bahía de Cádiz
Asociación de enfermos y familiares de Párkinson de Cádiz
Asociación Párkinson Granada
Asociación Párkinson Jaén
Asociación Párkinson Málaga
Asociación Párkinson Motril
Asociación Párkinson Sol de Estepona
Asociación Párkinson Trebujena
Asociación Párkinson de Andújar
Asociación Párkinson Antequera y Comarca Norte de Málaga
Asociación Párkinson Jerez

ASTURIAS

Asociación Párkinson Asturias
Asociación Párkinson Jovellanos Principado de Asturias

CASTILLA LA MANCHA

Asociación Párkinson Albacete
Asociación de familiares y enfermos de Párkinson y otras enfermedades neurodegenerativas de Cuenca
Asociación Párkinson La Roda
Asociación Párkinson Toledo
Asociación Párkinson Villarrobledo

CASTILLA LEÓN

Asociación Párkinson Astorga
Asociación Párkinson Ávila
Asociación Párkinson Burgos
Asociación Párkinson León
Asociación Párkinson Segovia
Asociación Párkinson Salamanca
Asociación Párkinson Soria
Asociación Párkinson Valladolid
Asociación Palentina de Párkinson

CATALUÑA

Asociación malalts de Párkinson de L'Hospitalet i el Baix LLobregat
Asociación Párkinson Terres de Lleida

COMUNIDAD VALENCIANA

Asociación Párkinson Alicante
Asociación Párkinson Elche
Asociación Párkinson Novelda
Asociación Párkinson Provincia de Castellón
Asociación Párkinson Valencia

EXTREMADURA

Asociación Párkinson Extremadura

GALICIA

Asociación Ourensana de EM, ELA y Párkinson
Asociación Párkinson Ferrol
Asociación Párkinson Galicia A Coruña
Asociación Párkinson Lugo
Asociación Párkinson Pontevedra
Asociación Párkinson Vigo
Asociación Párkinson Baixo Miño

ISLAS CANARIAS

Asociación Párkinson Gran Canaria
Asociación Párkinson Tenerife

LA RIOJA

Asociación de enfermos de Párkinson de La Rioja

MADRID

Asociación Párkinson Alcorcón, Leganés y otros Municipios
Asociación Párkinson Madrid
Asociación Párkinson Móstoles
Asociación Párkinson de Alcobendas y San Sebastián de los Reyes
Asociación de familiares y enfermos de Alzheimer y Párkinson de Alcalá de Henares

MURCIA

Asociación Párkinson Lorca
Asociación Párkinson Mar Menor- APAMM
Asociación Párkinson Cartagena
Asociación ON-OFF Párkinson de Murcia

NAVARRA

Asociación Párkinson Navarra

PAÍS VASCO

Asociación Párkinson Áraba- ASOPARA
Asociación Párkinson Bizkaia
Asociación Párkinson Gipuzkoa
Asociación Párkinson Bajo Deba
Asociación ACAPK Nervión- Ibaizabal



8. Listado de Centros, Servicios y Unidades de Referencia de Cirugía de los trastornos del movimiento

Relación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud designados por Orden de la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, para la atención o realización de las patologías o procedimientos que se indican.

CSUR designados	Comunidad Autónoma
Hospital U. Ramón y Cajal	Madrid
Complejo Hospitalario U. de Santiago	Galicia
Hospital U. Virgen de las Nieves	Andalucía
Hospital U. Central de Asturias	Asturias
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Cataluña
Hospital U. Cruces	País Vasco
Hospital U. de La Princesa	Madrid
Hospital U. y Politécnico La Fe	Comunidad Valenciana



PAPEL DE LA MEDICINA
DE ATENCIÓN PRIMARIA



1. Introducción

La figura del médico de atención primaria en nuestro país es básica para asegurar un adecuado cuidado sanitario de las personas con párkinson. Una de las principales ventajas de las que dispone el médico es el conocimiento completo de la persona afectada a todos los niveles (sanitario, familiar, laboral, económico...) y la persona con párkinson tiene gran disponibilidad y accesibilidad para acceder a él. Puede por ello prestar una adecuada continuidad asistencial a lo largo de la vida de la persona afectada, realizando una adecuada prevención y promoción de la salud y el seguimiento y tratamiento de las comorbilidades que puedan surgir, en colaboración con otros profesionales de la salud.

2. Los signos de alarma y el diagnóstico diferencial

La enfermedad de Parkinson es un proceso crónico y progresivo de etiología desconocida y multifactorial. El comienzo es insidioso, lo que dificulta en gran manera el diagnóstico. Es un proceso lento hasta la aparición de signos motores. Los síntomas guía son el temblor, la bradicinesia, la rigidez y la inestabilidad postural que suelen ser unilaterales al principio, pasando a ser bilaterales conforme avanza la enfermedad. Hay otra serie de síntomas que son los llamados premotores que nos pueden hacer sospechar que estamos ante el comienzo de la enfermedad, si bien es altamente difícil lograr un diagnóstico en estos estadios: es lo que conocemos como el periodo preclínico o premotor.

2.1. Síntomas del periodo premotor

- Dolor localizado en el hombro, cuello o espalda (generalmente del lado en el que aparecerán posteriormente los síntomas motores).
- Alteración del olfato que suele ser moderada a intensa, pero que no suelen expresarla.
- Trastornos del estado de ánimo: síntomas depresivos o ansiedad.
- Estreñimiento.
- Dermatitis seborreica.
- Alteraciones del sueño, que definen como episodios de sueños molestos y desagradables.
- Aumento de la sudoración.
- Ligera pérdida de la agilidad motora.
- Alteración de la escritura.
- Cansancio y apatía.

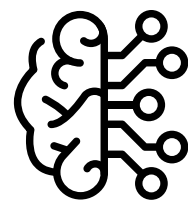
En situaciones de estrés, en este periodo puede haber síntomas parkinsonianos transitorios. En personas ya diagnosticadas, y visualizando imágenes que se tengan grabadas, se pueden observar alteraciones del movimiento, facies inexpresiva, alteraciones de la sudoración, pero son tan sutiles que pasan desapercibidas.

Ninguno de estos síntomas puede predecir el desarrollo de la enfermedad de Parkinson, pero sí que conviene fijarse en ellos y derivar al especialista en Neurología para que siga indagando ante esta sospecha. En este mismo sentido, pueden acudir a consulta personas derivadas desde la farmacia comunitaria donde el/la farmacéutico/a puede haber observado sintomatología sospechosa de enfermedad de Parkinson. La colaboración entre el médico de AP y el/la farmacéutico/a comunitario/a y una comunicación fluida y bidireccional es imprescindible para poder identificar a personas que pudieran estar afectadas por la EP.

2.2. Escalas de valoración

Hay múltiples escalas que miden diversas situaciones en las personas con párkinson y pueden ayudar al médico de atención primaria a identificar la evolución de la enfermedad según la función motora de la persona con párkinson (escala de Hoehn y Yahr, vista previamente en página 4 de esta guía), u otras que valoran las limitaciones y la calidad de vida de estos (ver Anexo).

3



3. La derivación a Neurología

El diagnóstico es exclusivamente clínico, por lo que una buena historia clínica y exploración es lo que nos puede llevar a sospechar que se trata de la enfermedad de Parkinson. Se derivará a neurología cuando así lo sospechemos, para confirmación y realización de las pruebas pertinentes.

Las manifestaciones son patentes cuando hay una afectación neuronal de la sustancia negra del 60-70% y la pérdida de dopamina en el núcleo estriado en torno al 80%. Las pruebas de laboratorio son normales, así como la RMN. Sólo el PECT y SPECT cerebral demuestran reducción asimétrica de la captación del estriado del transporte de dopamina.

4

4. El manejo de los síntomas no motores y las complicaciones motoras

4.1. Cuáles son

En la página 5 de esta guía se nombran los síntomas no motores que pueden aparecer a lo largo de la evolución de la enfermedad. Posteriormente veremos cómo se pueden manejar dichos síntomas desde atención primaria.

El desarrollo de complicaciones motoras se ha relacionado con la propia evolución de la EP y con el tratamiento con levodopa que induce discinesias (Tablas V y VI). Para su tratamiento será necesario realizar un ajuste farmacológico.

Síntomas	Características
Deterioro fin de dosis (wearing off)	Relacionado con la vida media de la medicación. Habitualmente predecible
Fenómenos on-off	Cambios impredecibles
Retardo on	Retraso en el efecto de una o varias tomas de medicación
Ausencia de on	Falta de efecto de una o varias tomas de medicación
Bloqueo motor (freezing)	Puede aparecer en situación off u on
Acinesia matinal	Aparece a primera hora de la mañana en relación con tiempo prolongado desde la última toma de levodopa
Acinesia posprandial	Tras las comidas y en probable relación con alteración en absorción de levodopa

Tabla V. Fluctuaciones motoras en la enfermedad de Parkinson.

Síntomas	Características
Discinesias coreicas	Pico de dosis coincidiendo con el máximo efecto de la medicación (secuencia mejoría-discinesia-mejoría) o bifásicas (secuencias discinesia-mejoría-discinesia)
Distonías off	Sobre todo en pies; deterioro fin de dosis matutino
Mioclónía	En vigilia y durante el sueño
Acatisia	Con deterioro fin de dosis o con el pico de dosis
Discinesias/desregulación respiratoria	Suele aparecer en las fases más avanzadas.

Tabla VI. Discinesias en la enfermedad de Parkinson.

El tratamiento farmacológico de estas complicaciones habitualmente es competencia del neurólogo, pero desde atención primaria se recomienda:

- Diagnosticar y tratar las circunstancias agudas relacionadas con el empeoramiento (procesos infecciosos, metabólicos, estreñimiento...).
- Comprobar la adherencia al tratamiento en cuanto a dosis y horarios.
- Asegurar y revisar con la persona afectada que no haya tomado fármacos parkinsonizantes u otros relacionados con el empeoramiento.

4.2. Estrategias terapéuticas

La persona con párkinson debe recibir atención por un equipo multidisciplinar (profesional de medicina de familia, de neurología, enfermería, trabajo social, psiquiatría, fisioterapia, farmacia comunitaria...).

4.2.1. Medidas generales

- Información y formación a la persona con EP y sus familiares y personas cuidadoras.
- Nutrición: evitar que las comidas coincidan con periodos "off". Recetas hipocalóricas, ricas en frutas, verduras, frutos secos, productos con vitamina D, E y antioxidantes (aunque no hay evidencia de que exista nutrientes neuroprotectores). Adecuada distribución proteica para evitar que las proteínas interfieran en la acción de algunos medicamentos. Alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. En casos avanzados será necesario la alimentación enteral (sonda nasogástrica a corto plazo o gastrostomía endoscópica percutánea a largo plazo).
- Control de peso: se pierde peso por masticar con dificultad, por disminución de la coordinación de movimientos para comer, por disfagia y por baja movilidad intestinal. Hay disminución de la masa muscular y la densidad ósea con riesgo de fracturas.
- Fisioterapia: sobre todo en aquellas personas en los que predomina la rigidez, con mayor importancia si ha habido un empeoramiento brusco.

- Grupos de apoyo.
- Psicoterapia.
- Logopedia: para disminuir el riesgo de que aparezcan o que evolucionen la disfagia y la disartria.
- Evitar caídas: disminuir barreras arquitectónicas lo máximo posible, ayudarse de medios de apoyo (bastones, andadores, y silla de ruedas en las fases avanzadas), si fuese necesario usar protectores de articulaciones.
- Higiene corporal adecuada.
- Ejercicio diario según las posibilidades de cada persona.
- Estimulación sensorial y auditiva.

4.2.2. Tratamiento específico de los síntomas no motores

Hipersomnia diurna

- Respetar horarios de sueño. Evitar bebidas estimulantes (café, té). Garantizar temperatura adecuada en la habitación. Evitar siestas. Ejercicio diario.
- Buscar causas reversibles físicas (Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, depresión) y farmacológicas (medicación dopaminérgica y sedantes no dopaminérgicos) y si es necesario bajar dosis.
- No conducir.
- Tratamiento farmacológico: si interfiere mucho en la calidad de vida se podría usar modafinilo o metilfenidato.

Otros trastornos del sueño

- El médico de familia debe preguntar activamente por alteraciones en la conducta del sueño REM y por el síndrome de piernas inquietas (SPI) y el insomnio.
- Buscar causas reversibles físicas (Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, depresión, nicturia).
- Tratamiento farmacológico: en los trastornos de conducta del sueño REM se puede usar clonazepam o melatonina. En el insomnio se podría usar melatonina, y si se asocia a ansiedad o depresión valorar antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), tricíclicos o benzodiazepinas. Si la causa es por mal control de los síntomas motores o sensitivos nocturnos se podría incrementar el tratamiento dopaminérgico nocturno con fármacos de vida media larga (rotigotina o ropirinol de liberación prolongada).

Hipotensión ortostática

- Revisar fármacos que la puedan provocar (antihipertensivos incluido diuréticos, dopaminérgicos, anticolinérgicos, antidepresivos), y ajustarlos en la medida que sea posible. Tratar la anemia si existiese.
- Incentivar la ingesta de líquidos y sal. Mantener la cabecera de la cama elevada al menos 30 grados e incorporarse siempre muy lentamente.
- El tratamiento farmacológico se podría valorar en ocasiones excepcionales, si se mantiene hipotensión ortostática grave.

Sialorrea

- Tratamiento del habla y del lenguaje. Tratamiento logopeda de disfagia. Masticar caramelos o chicles sin azúcar como ejemplo de ejercicios específicos.
- Tratamiento farmacológico: sólo considerar fármacos (anticolinérgicos locales) si las medidas disponibles no han tenido ninguna eficacia. La amitriptilina es menos eficaz, pero puede valorarse su uso. Múltiples estudios avalan el uso de la toxina botulínica.

Estreñimiento

- Dieta rica en fibra. Beber abundante agua (al menos 8 vasos de agua al día). Ejercicio físico intenso diario. Evitar alimentos astringentes.
- Tratamiento farmacológico: usar laxantes (metilcelulosa, lactulosa, docusato, macrogol) y enemas sólo cuando sea necesario. Evitar anticolinérgicos.

Disfunción sexual

- Descartar causas endocrinas (hipotiroidismo e hiperprolactinemia) y depresión. Revisar fármacos asociados a disfunción eréctil (alfa bloqueantes) y anorgasmia (antidepresivos).
- Tratamiento farmacológico: considerar iniciar con inhibidores específicos de la fosfodiesterasa-5 (sildenafil, tadalafilo...).

Fatiga

- Tratar la depresión y la hipersomnia diurna si estuviesen presentes.
- Tratamiento farmacológico: la rasagilina y el metilfenidato se ha usado en muy pocas ocasiones.

Hiperhidrosis

- Tratamiento farmacológico: se puede considerar el uso de beta bloqueantes o incluso oxibutinina a dosis bajas. Valorar toxina botulínica de forma local.

Alteraciones urinarias

- Disminuir la ingesta de líquidos durante la noche. Realizar ejercicios vesicales y tener un horario establecido para la micción. Excluir infección del tracto urinario, diabetes mellitus, y en hombres hiperplasia prostática. Derivar a urología si fuese necesario.
- Tratamiento farmacológico: no se aconsejan anticolinérgicos como tolterodina, oxibutinina o solifenacina, debido a que cruzan la barrera hematoencefálica pudiendo provocar estado confusional tóxico. Se puede valorar trospio, fesoteridona y como agonista adrenérgicos beta valorar el mirabegrón. Los antagonistas alfa1 (tamsulosina y doxazosina) también podrían ser una opción.

Pérdida de peso

- Excluir causas endocrinas o neoplasias. Investigar si existe disfagia o discinesias. Valorar administración de suplementos dietéticos. Valoración por nutricionista y logopeda si fuese necesario.

Depresión

- Especial atención en personas con EP, ya que en las manifestaciones motoras se superponen muchas veces los síntomas de la depresión.
- Tratamiento farmacológico: considerar ISRS (sertralina y escitalopram) e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina). La amitriptilina podría ser eficaz pero sus efectos secundarios impiden que sea considerada como tratamiento de primera elección.

Síntomas psicóticos

- Realizar anamnesis y exploración física general a todas las personas con estos síntomas, investigando cualquier factor desencadenante. Si los síntomas son bien tolerados por la persona con párkinson y las personas cuidadoras, no tratar farmacológicamente. El neurólogo podrá valorar disminuir o retirar antiparkinsonianos y/o la levodopa.
- Tratamiento farmacológico: considerar quetiapina, aunque no está claro que reduzca significativamente los síntomas psicóticos en estas personas. La clozapina se podría usar monitorizando leucocitos y neutrófilos periódicamente. Ambos fármacos deben ser usados en dosis más bajas de lo habitual en personas con párkinson. No usar neurolepticos típicos (fenotiacinas, butirofenonas) por posibilidad de exacerbar las manifestaciones motoras, ni olanzapina.

Demencia

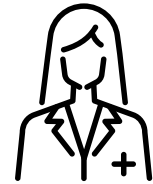
- Se podrá valorar disminuir o retirar fármacos parkinsonianos con potenciales efectos adversos sobre las funciones cognitivas (tricíclicos, benzodiazepinas...). El neurólogo podrá ajustar de forma gradual el resto de los fármacos.
- Excluir otras causas de deterioro cognitivo (ejemplo: síndrome confusional agudo).
- Tratamiento farmacológico: inhibidores de la acetilcolinesterasa (rivastigmina, donepezilo) en fases leves o moderadas de la demencia. En fases avanzadas hay más controversia. Con la galantamina no existen evidencias en ninguna de las fases.

Dolor

- Tratamiento farmacológico: tratamiento habitual del dolor, con mayor relevancia de aquellos fármacos empleados para el manejo del dolor neuropático (antiepilépticos como la gabapentina, antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina) vigilando los efectos secundarios.



5



5. El papel del / de la profesional de atención primaria

El médico de familia adquiere un papel relevante en el diagnóstico y seguimiento de la persona con párkinson, y cuenta con la ventaja de tener una visión global de la persona afectada y su entorno referido a su familia y a los aspectos social, laboral y económico. Se debe prestar especial atención a los aspectos relacionados con la comunicación y el apoyo a la persona con párkinson y a las personas cuidadoras, el manejo de la medicación antiparkinsoniana, su conciliación con el resto de los fármacos y la tolerabilidad al tratamiento, así como al abordaje de nuevas complicaciones.

5.1. Información y orientación

- Es necesario informar a la persona con párkinson de los recursos disponibles en su zona de salud y valorar la necesidad de ayudas.
- Atender todas las necesidades asistenciales sanitarias, físicas, emocionales y sociales.
- Informar según las características de la persona con párkinson y la familia de los signos o síntomas (motores y no motores) ante los que debería consultar.
- Informar acerca de los riesgos en la conducción de vehículos mecánicos en relación con los fármacos y con la progresión de la enfermedad.

5.2. Contacto y derivación a Neurología

Cuando una persona tiene síntomas sospechosos de enfermedad de Parkinson, el médico de familia debería derivar al neurólogo para que fuese valorado en un plazo inferior a 8 semanas. Se debe tranquilizar a la persona con párkinson, pues la confirmación de su diagnóstico en un tiempo menor no cambia la progresión de la enfermedad.

5.2.1. Criterios de consulta/derivación a neurología en personas con EP

- Empeoramiento del párkinson.
- Efectos adversos de la medicación.
- Mala respuesta del tratamiento (fluctuaciones, discinesias...).
- Aumento de caídas.
- Alteración del equilibrio o la marcha.

- Deterioro brusco de la discapacidad.
- Deterioro cognitivo.
- Síntomas psicóticos.
- Alteraciones de sueños.
- Trastornos del control de impulsos.
- Síndrome de piernas inquietas.
- Síndrome de desregulación dopaminérgica.
- Trastornos urológicos, sexuales, metabólicos, endocrinos o digestivos.

5.2.2. Criterios de derivación a Unidad de Cuidados Paliativos

Los objetivos específicos de los cuidados paliativos de la persona con párkinson en esta fase incluyen aliviar los síntomas y la angustia de la persona, los familiares y las personas cuidadoras; mantener la dignidad y la funcionalidad que aún mantenga a pesar de la enfermedad avanzada; y evitar las complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Los cuidados paliativos se tendrán que prestar en aquellas personas con párkinson en estadio 4 o 5 de la escala Hoehn-Yahr y al menos uno de los siguientes:

- Intolerancia o no respuesta a la medicación antiparkinsoniana.
- Necesidad de ayuda con actividades básicas de la vida diaria.
- Periodos “off” poco predecibles.
- Mal control del dolor secundario, rigidez, contracturas o discinesias.
- Episodios frecuentes de aspiración o disfagia grave.

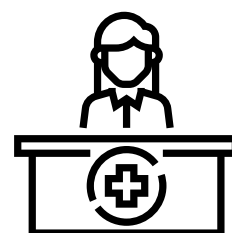
5.3. Seguimiento en consulta

- Estar alerta para identificar el empeoramiento de los síntomas o la aparición de complicaciones motoras y no motoras.
- Trabajar la adherencia terapéutica y detectar posibles efectos adversos de la medicación en colaboración con el/la farmacéutico/a comunitario/a.
- Evitar fármacos que puedan interaccionar con los fármacos antiparkinsonianos o aquellos que puedan producir parkinsonismo en colaboración con el/la farmacéutico/a comunitario/a.
- No suspender bruscamente la medicación antiparkinsoniana.
- Garantizar el seguimiento de la persona con párkinson por el mismo especialista y evitar derivaciones innecesarias.
- El neurólogo concertará las citas de revisión (cada 3-6 meses aproximadamente), aunque dependerá de la situación clínica de la persona y de cambios de medicación.
- Sería aconsejable poder establecer contacto telefónico o vía correo electrónico con el neurólogo de referencia, cuando existan dudas sobre la resolución de algún motivo de consulta relacionado con la enfermedad o cuando no esté clara la necesidad de derivación al neurólogo.



PAPEL DE LA FARMACIA
COMUNITARIA

1



1. Introducción

Las farmacias comunitarias son los establecimientos sanitarios más accesibles y cercanos al ciudadano, por número, por distribución geográfica y por horarios de apertura. En nuestro país hay más de 22.000 farmacias en las que trabajan más 50.000 farmacéuticos comunitarios. Esto hace que el farmacéutico sea uno de los primeros profesionales sanitarios con los que interactúa una persona, ofreciendo una oportunidad excelente para que desde la farmacia comunitaria se puedan proporcionar diferentes servicios que den respuesta a las necesidades de las personas en relación a los medicamentos y otros aspectos relacionados con la salud.

En su actividad diaria el farmacéutico trabaja para, entre otros objetivos, garantizar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, optimizar los resultados de dichos medicamentos, proporcionar información para que los usuarios conozcan para qué es el medicamento dispensado y cómo utilizarlo correctamente; además, puede identificar posibles problemas derivados del uso de la medicación (como pueden ser contraindicaciones, interacciones o reacciones adversas), así como signos tempranos o factores de riesgo para determinadas enfermedades, y promover actividades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Todo ello, contando con la colaboración fundamental de otros profesionales de la salud.

2. Identificación de signos tempranos y criterios de derivación a Atención Primaria

La EP se caracteriza, en sus estadios iniciales, por presentar una serie de signos y síntomas que son inespecíficos y poco definitorios de la patología. Así, hay personas que estando afectadas no lo saben y no cuentan con un diagnóstico.

El farmacéutico comunitario entra en contacto diario con muchas personas, lo que le posiciona en un lugar privilegiado para poder identificar y derivar al médico de Atención Primaria a personas en las que haya sospecha de estar afectadas por la enfermedad de Parkinson.

Los síntomas previos a la aparición de la sintomatología clásica (síntomas motores) que pueden presentarse en personas que padecen la EP son:

- Dolor localizado en el hombro, cuello o espalda (generalmente del lado en el que aparecerán posteriormente los síntomas motores).
- Alteración del olfato que suele ser moderada a intensa, pero que no suelen expresarlo.
- Trastornos del estado de ánimo: síntomas depresivos o ansiedad.
- Estreñimiento.
- Dermatitis seborreica.
- Alteraciones del sueño, que definen como episodios de sueños molestos y desagradables.
- Aumento de la sudoración.
- Ligera pérdida de la agilidad motora.
- Alteración de la escritura.
- Cansancio y apatía.

Ninguno de estos síntomas puede predecir el desarrollo de la enfermedad de Parkinson, pero sí que conviene fijarse en ellos y derivar al médico de AP para que siga indagando ante esta sospecha.

En cuanto a los síntomas motores, es importante que el farmacéutico comunitario los conozca y sepa identificar los primeros signos que se manifiestan en una persona con EP (temblor, rigidez muscular, bradicinesia, problemas de equilibrio o caídas inexplicables y otros síntomas como estreñimiento o aumento de salivación).

Igualmente, desde la farmacia comunitaria se podría identificar la aparición de síntomas que podrían hacer sospechar de EP, pero que, sin embargo, pueden deberse al uso de algún medicamento con efecto parkinsonizante (ver tabla VII).

FÁRMACOS CON MAYOR POTENCIAL PARKINSONIZANTE		
	Grupo terapéutico	Principios activos
Neurolépticos típicos o clásicos	N05AA, N05AB y N05AC - Fenotiazinas	Clorpormazina Flufenazina Trifluoperazina Tioridazina Tietilperazina
	N05AD – Derivados de la butirofenona	Droperidol Haloperidol
	N05AG – Derivados de la difenilbutilpiperidina	Pimozida
	N05AF – Derivados del tioxanteno	Zuclopentixol Flupentixol
Neurolépticos atípicos	N05AH – Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	Olanzapina
	N05AX – Otros antipsicóticos	Aripiprazol Risperidona
Antieméticos/procinéticos	A03FA – Propulsivos	Cleboprida Metoclopramida Cinitaprida
Antivertiginosos	N05AL – Benzamidas	Sulpirida
Profilácticos antimigrañosos (antagonistas del calcio)	N07CA – Preparados contra el vértigo	Cinarzina Flunarizina
FÁRMACOS CON POTENCIAL PARKINSONIZANTE MENOR		
Antiepilépticos	N03AG – Derivados de ácidos grasos	Ácido valproico
Antipsicóticos	N05AN – Litio	Litio
Opioides	N02AB – Derivados de la fenilpiperidina	Meperidina
Antidepresivos	N06AB – Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina Sertralina Citalopram Escitalopram
Fármacos anti-demencia	N06DA – Anticolinesterasas	Donepezilo Rivastigmina
Antiadrenérgicos centrales	C02AB – Metildopa	Metildopa
Antiarrítmicos	C01BD – Antiarrítmicos de clase III	Amiodarona

Tabla VII. Principios activos que pueden provocar parkinsonismo.

La colaboración entre el farmacéutico comunitario y el médico de AP y una comunicación fluida y bidireccional entre ambos resultan imprescindibles para poder identificar personas bajo sospecha de padecer la enfermedad y poder iniciar la ruta asistencial que conduzca al diagnóstico especialista de la misma y a la instauración del tratamiento más adecuado. En este sentido, explotar las herramientas de comunicación de los sistemas de receta electrónica facilitaría esta interacción entre profesionales de la salud.

3

3. Optimización de la terapia farmacológica

El diagnóstico y el tratamiento específico de la enfermedad de Parkinson vienen determinados por un neurólogo especializado en trastornos motores, si bien su atención habitual se realizará a nivel de Atención Primaria y la dispensación de la medicación, en su mayor medida, a través de la farmacia comunitaria.

El farmacéutico, a través de la prestación de diferentes servicios asistenciales contribuirá a la optimización de los resultados de la farmacoterapia y podrá identificar posibles problemas, tales como interacciones, reacciones adversas, duplicidades, problemas de adherencia, etc. Recordemos que el farmacéutico comunitario conoce toda la medicación que utiliza una persona que padece EP, no sólo la medicación indicada para la patología sino también medicación para enfermedades concomitantes, medicamentos que no necesitan prescripción, el uso de complementos alimenticios, etc.

En el momento de la **dispensación** de la medicación antiparkinsoniana, el farmacéutico comprobará que la persona afectada por párkinson, o la persona cuidadora, cuente con toda la información necesaria para que el uso de la misma sea efectivo y seguro. Para ello, hay que averiguar para quién es el medicamento y si existe algún criterio que impida la dispensación, por ejemplo, alergia a algún componente del medicamento, una contraindicación absoluta o interacciones con otros medicamentos (o alimentos), una duplicidad o una situación fisiológica especial como puede ser el embarazo o lactancia.

Si es la **primera vez** que esa persona va a utilizar dicho medicamento la labor del farmacéutico será asegurar que la persona sale de la farmacia conociendo para qué es ese medicamento y cuál es su correcto proceso de uso.

Si **no fuera la primera vez** que esa persona utiliza el medicamento, el farmacéutico evaluará si dicho medicamento está siendo efectivo y seguro, fundamentalmente verificando si ha habido cambios en el tratamiento (dosis, pauta posológica, duración del tratamiento, adición de nuevos medicamentos, etc.) y si la persona con párkinson ha experimentado algún problema con el tratamiento que pudiera hacer sospechar al farmacéutico de una posible reacción adversa, interacción, contraindicación, etc.

Algunos aspectos que debe considerar el farmacéutico comunitario en relación a la medicación antiparkinsoniana son:

- **Levodopa:** la pauta posológica implica la administración del fármaco tres o más veces al día, en intervalos regulares, recomendándose tomar al menos 30 minutos antes o 1 hora después de las comidas. En caso de olvido de una dosis, es recomendable tomarla tan pronto como sea posible, a menos que la siguiente dosis sea antes de dos horas, en cuyo caso se saltará. La administración del fármaco fuera de las comidas permite una mejora inicial de los fenómenos on/off, lo que sugiere que la gran mayoría de las fluctuaciones motoras tiene un origen farmacocinético.

Las principales contraindicaciones de levodopa son en personas con alteraciones graves a nivel endocrino, renal, hepático o cardíaco, con glaucoma de ángulo cerrado, con alguna enfermedad psiquiátrica con componente psicótico o que utilicen IMAO no selectivos.

Las reacciones adversas más habituales son náuseas, vómitos, somnolencia, hipotensión ortostática (con riesgo de caídas), discinesias y alucinaciones. Para evitar náuseas y vómitos, sobre todo al principio del tratamiento, será recomendable tomar el medicamento con algo de alimento.

Debido a que la levodopa puede producir somnolencia, hay que advertir sobre la capacidad de conducir y de utilizar maquinaria. Además, la orina y el sudor pueden adquirir un tono rojizo del que no hay que preocuparse.

Tras 5-10 años de tratamiento, la respuesta al medicamento deja de ser uniforme y un porcentaje muy elevado de personas (hasta el 80%) desarrollan complicaciones en forma de fluctuaciones motoras o fenómenos on-off, deterioro de fin de dosis (pérdida de los efectos antes de la siguiente dosis) o discinesias

En caso de ola de calor, se recomienda extremar la precaución ante el riesgo de desarrollar un síndrome de agotamiento-deshidratación o un golpe de calor.

El tratamiento con dosis elevadas puede llevar a una alteración en el control de comportamientos, apareciendo comportamientos compulsivos, ludopatía, hipersexualidad, psicosis e hipomanía.

- **Agonistas dopaminérgicos:** los efectos adversos son similares a los de la levodopa, si bien más frecuentes (peor tolerados sobre todo en ancianos), y entre ellos destacan las náuseas, vómitos, hipotensión ortostática, edema maleolar, alucinaciones, somnolencia/ inicio repentino de sueño (sobre todo los derivados no ergóticos) y trastorno del control de impulsos (ludopatía, conductas de hipersexualidad, comidas compulsivas en forma de atracones, etc.). El trastorno del control de los impulsos es más frecuente en varones jóvenes y su aparición obliga a disminuir o interrumpir el tratamiento con estos fármacos. Por la posible aparición de somnolencia, las personas deben ser advertidos de los riesgos relacionados con la conducción.

Se deben retirar de forma progresiva para evitar la aparición de un síndrome de privación dopaminérgica caracterizado por ansiedad, ataques de pánico, apatía, depresión, dolor, náuseas, vértigo o síndrome neuroléptico maligno.

Los agonistas de estructura ergólica (bromocriptina y cabergolina) pueden producir reacciones fibróticas serosas o valvulares cardíacas, por lo que su utilización en la clínica en la actualidad es muy escasa y son siempre fármacos de segunda elección.

La apomorfina puede empeorar fácilmente los síntomas psiquiátricos preexistentes, por lo que se debe verificar la ausencia de deterioro cognitivo y de otros trastornos psiquiátricos como alucinaciones en aquellas personas candidatas. Además, puede producir nódulos en el lugar de inyección subcutánea, por lo que cada día se debe utilizar un sitio diferente para la inyección con el objetivo de minimizar las posibles reacciones cutáneas.

- **IMAO-B:** las principales reacciones adversas producidas por este tipo de medicamentos son náuseas, mareos, cefalea, insomnio o confusión. La selegilina puede tener más efectos secundarios que la rasagilina, entre ellos el insomnio (pues en su metabolismo genera compuestos con actividad anfetamínica) y alucinaciones.

A dosis elevadas, los IMAO-B pierden su selectividad provocando cefaleas intensas y crisis hipertensivas por aumento de los niveles plasmáticos de tiramina.

No se deben utilizar junto con ISRS y con otros IMAO ya que pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico que se caracteriza por hipertensión arterial, sudoración excesiva, mioclonías generalizadas, fiebre, náuseas, taquicardia o confusión.

- **Anticolinérgicos:** se consideran tratamiento de segunda línea debido a los numerosos efectos adversos que pueden producir, tales como sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, alteraciones cognitivas (pérdida de memoria, confusión y alucinaciones, que pueden asemejarse a un cuadro de demencia), retención urinaria y taquicardia. Un tratamiento prolongado con anticolinérgicos puede favorecer el desarrollo de una patología tipo Alzheimer en personas afectadas por EP.

Además, su uso debe realizarse con precaución en personas con hiperplasia prostática benigna o glaucoma de ángulo cerrado pues provocan un aumento de la presión intraocular. Es importante señalar que, una vez que se prescriben, resulta complicado retirarlos, ya que la suspensión del tratamiento conduce a la reaparición de los temblores, incluido un efecto rebote en caso de suspensión brusca.

- **ICOMT:** las reacciones adversas más habituales son discinesias, alucinaciones, confusión, náuseas, hipotensión ortostática, diarrea y coloración marrón-rojiza de la orina.

Personas que utilicen este tipo de medicamentos deben solicitar determinaciones periódicas de la función hepática y vigilar ante la aparición de una coloración amarillenta en piel y ojos ya que este tipo de fármacos puede provocar un fallo hepático agudo, potencialmente mortal.

- **Amantadina:** puede producir insomnio, por lo que se recomienda tomar la última dosis varias horas antes de ir a dormir.

Su uso está contraindicado en personas con problemas cardíacos (insuficiencia cardíaca grave descompensada, miocardiopatías/miocarditis, bradicardia, prolongación del intervalo QT, arritmias ventriculares graves, etc.), úlcera gástrica y glaucoma de ángulo cerrado.

Las reacciones adversas son normalmente transitorias, apareciendo a los 2-4 días de inicio del tratamiento y desapareciendo a las 24-48h después de interrumpir el tratamiento. Las principales reacciones adversas son somnolencia o insomnio, depresión, agitación, alteraciones visuales, vértigo, cefaleas, confusión, mareos, hipotensión ortostática, palpitaciones, edema en las piernas, sequedad de boca, náuseas, anorexia, vómitos, estreñimiento y visión borrosa.

Se recomienda no consumir alcohol ya que puede aumentar episodios de confusión, mareos e hipotensión.

Por otro lado, es importante tener presente la medicación concomitante que utilice la persona afectada por EP, así como otros problemas de salud que presente. El perfil clínico más habitual es el de una persona anciana, con varios factores de riesgo cardiovascular, en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial y dislipemia. También es frecuente la existencia de fibrilación auricular tratada con anticoagulantes; la presencia de artrosis de cadera y/o rodilla en tratamiento analgésico a largo plazo; en el caso de hombres, es habitual la hiperplasia benigna de próstata tratada con alfabloqueantes y personas con síntomas ansioso-depresivos en tratamiento con antidepresivos. En la tabla VIII se recogen las **principales contraindicaciones e interacciones** que pueden presentarse en las personas afectadas por EP.

Cabe destacar que, de forma general, la administración de medicamentos antiparkinsonianos con cierto principio activo (o combinaciones de los mismos) se contraindica en personas con hipersensibilidad conocida a dicho principio activo (y a principios activos relacionados, en algunos casos), o a cualquier excipiente presente en el medicamento, por lo que habrá que prestar especial atención a los excipientes de declaración obligatoria.

En relación a las posibles interacciones farmacológicas, el grupo de fármacos que presenta un mayor potencial de interactuar con otros principios activos es quizás el de los IMAO-B (rasagilina, selegilina y safinamida). El ejemplo que mejor lo ilustra es el riesgo de desarrollar un síndrome serotoninérgico severo en personas que reciban concomitante estos IMAO-B con antidepresivos tricíclicos, ISRS (como duloxetine), IRSN (como venlafaxina) u opioides (dextrometorfano o meperidina), que justifica la contraindicación de uso conjunto. Además, pueden dar lugar a hipertensión arterial excesiva si se emplean conjuntamente con agentes adrenérgicos como efedrina o pseudoefedrina (con la excepción de safinamida, para la que aún no se ha descrito tal efecto). Otros casos de interacciones clínicamente relevantes en personas con EP podrían ser debidas al riesgo de interacción farmacocinética entre bromocriptina o cabergolina con antibióticos macrólidos (eritromicina o claritromicina), o de ropirinol con ciprofloxacino, que pueden suponer el aumento de los niveles de fármacos antiparkinsonianos.

Grupos terapéuticos	Principio activo / Asociaciones	Principales contradicciones	Principales interacciones
N04BA DOPA Y DERIVADOS DE LA DOPA	Levodopa / benserazida Levodopa / carbidopa	<ul style="list-style-type: none"> • Glaucoma de ángulo cerrado • Melanoma o lesión cutánea sospechosa de serlo • Asociación con IMAO no selectivos (incluyendo linezolid o hipérico) <p>Adicionalmente, para levodopa/carbidopa en gel intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feocromocitoma, hipertiroidismo y síndrome de Cushing • Insuficiencia cardíaca grave • Arritmia cardíaca grave • Accidente cerebrovascular agudo 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos • Clonidina • Benzodiazepinas • Dacarbazina • Antipsicóticos • Fenitoína • Metildopa • Metoclopramida • Domperidona • Papaverina • Sulfato ferroso • Tetrabenazina • Tacrina • Alimentos proteicos
	Levodopa / carbidopa / entacapona	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática grave • Glaucoma de ángulo cerrado • Feocromocitoma • Síndrome neuro-léptico maligno • Rabdomiolisis 	Ver interacciones de levodopa / carbidopa y de entacapona.
N04BC AGONISTAS DOPAMINÉRGICOS	Cabergolina	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia a alcaloides cornezuelo del centeno • Administración concomitante de medicación antipsicótica • Insuficiencia hepática grave • Toxemia en embarazo • Valvulopatía cardíaca • Fibrosis pulmonar o fibrosis pericárdica • Fibrosis retroperitoneal 	<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas dopaminérgicos (fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, metoclopramida) • Antihipertensivos • Macrólidos (eritromicina, claritromicina)
	Bromocriptina	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia a alcaloides cornezuelo del centeno • Valvulopatía cardíaca • Hipertensión arterial • Preeclampsia/eclampsia • Porfiria aguda intermitente • Trastornos psicóticos graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Antagonistas dopaminérgicos (fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, metoclopramida) • Fenilpropanolamina • Griseofulvina • Inhibidores potentes o sustratos de CYP3A4 (antifúngicos azólicos, inhibidores de la proteasa VIH) • Macrólidos (eritromicina, claritromicina, josamicina) • Octreótida
	Pramipexol		<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Antagonistas dopaminérgicos (fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, metoclopramida) • Competidores de la vía de eliminación renal: cimetidina, amantadina, mexiletina, zidovudina, cisplatino, quinina, y procainamida • Fármacos sedantes
	Ropinirol	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal • Insuficiencia hepática grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Antiarrítmicos • Anticoagulantes cumarínicos • Antihipertensivos • Estrógenos • Inhibidores de CYP1A2 (ciprofloxacino, fluvoxamina) e inductores (tabaco) • Neurolépticos y antagonistas dopaminérgicos de acción central (fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, metoclopramida)
	Rotigotina	• Personas que vayan a someterse a estudios de imagen por resonancia magnética o cardioconversión	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Fármacos sedantes • Neurolépticos y antagonistas dopaminérgicos de acción central (fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, metoclopramida)
	Apomorfina	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión respiratoria • Demencia • Insuficiencia hepática • Enfermedad psicótica 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con respuesta a levodopa • Ondansetron • Menores de 18 años

Tabla VIII. Principales contraindicaciones e interacciones de los antiparkinsonianos. (Continúa)

Grupos terapéuticos	Principio activo / Asociaciones	Principales contradicciones	Principales interacciones
N04BD INHIBIDORES MONOAMINOXIDASA B	Selegilina	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos: tricíclicos, ISRS (fluoxetina), IRSN (venlafaxina) • Tratamiento concomitante con otros IMAO (incluyendo linezolid o hipérico) • Tratamiento con petidina • Simpaticomiméticos (efedrina, pseudedefrina) • Úlcera péptica activa • No asociar con levodopa en caso de hipertensión arterial, hipertiroidismo, feocromocitoma, glaucoma de ángulo cerrado, adenoma prostático, arritmias, angina de pecho grave, psicosis, demencia avanzada 	<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos generales • Anticonceptivos orales • Hipnóticos y sedantes
	Rasagilina	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento concomitante con otros IMAO (incluyendo linezolid o hipérico) • Tratamiento con petidina • Insuficiencia hepática grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos: tricíclicos (amitriptilina), ISRS (fluoxetina, fluvoxamina), IRSN (venlafaxina), bupropión • Inhibidores de CYP1A2 (ciprofloxacino, fluvoxamina) e inductores (tabaco) • Opiáceos (dextrometorfano) • Simpaticomiméticos (efedrina, pseudedefrina)
	Safinamida	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática grave • Tratamiento concomitante con otros IMAO • Tratamiento con petidina • Albinismo • Retinopatías • Uveítis 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos: tricíclicos (amitriptilina), ISRS (fluoxetina, fluvoxamina), IRSN (venlafaxina), bupropión • Opiáceos (dextrometorfano) • Otros fármacos serotoninérgicos (triptanes) • Simpaticomiméticos (efedrina, pseudedefrina) • Sustratos de OTC-1 (aciclovir, ganciclovir, metformina)
N04BX OTROS AGENTES DOPAMINÉRGICOS	Entacapona	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática • Feocromocitoma • Antecedentes de síndrome neuroléptico maligno y/o rabdomiolisis • IMAO no indicados en el tratamiento EP 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulantes orales • Antidepresivos • IMAO no indicados para el tratamiento EP • Sales de hierro • Adrenalina/noradrenalina/isoprenalina • Dopamina • Dobutamina <p>Además, tolcapona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fármacos hepatotóxicos <p>Además, opicapona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loperamida • Pioglitazona • Replaginida
	Tolcapona	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatopatías (hepatitis, cirrosis, insuficiencia hepática, hepatopatía alcohólica) o aumento de las transaminasas • Feocromocitoma • Antecedentes de síndrome neuroléptico maligno y/o rabdomiolisis • Discinesia grave • Hipertermia • IMAO no indicados en el tratamiento EP 	
	Opicapona	<ul style="list-style-type: none"> • Feocromocitoma u otros tumores secretores de catecolaminas • Antecedentes de síndrome neuroléptico maligno y/o rabdomiolisis • IMAO no indicados en el tratamiento EP 	
N04AA AMINAS TERCIARIAS	Trihexifenidilo	<ul style="list-style-type: none"> • Glaucoma de ángulo cerrado • Taquicardia • Obstrucción del tracto gastrointestinal, megacolon o ileoparalítico • Hipertrofia de próstata avanzada 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Amantadina • Antidepresivos tricíclicos • Fenotiazinas • Levodopa
	Biperideno	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción del tracto gastrointestinal, megacolon o ileoparalítico • Glaucoma de ángulo cerrado 	
	Prociclidina	<ul style="list-style-type: none"> • Retención urinaria • Glaucoma de ángulo cerrado • Obstrucción gastrointestinal 	
J05AC AMINAS CÍCLICAS	Amantadina	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a rimantadina • Miocardiopatía/miocarditis • Insuficiencia cardíaca grave o bloqueo cardíaco • Bradicardia • Prolongación intervalo QT (o historia de familiares con síndrome de QT congénito) y tratamiento concomitante con fármacos prolongadores del intervalo QT • Arritmias ventriculares graves • Embarazo y lactancia • Convulsiones • Úlcera gástrica • Fallo renal grave • Glaucoma de ángulo cerrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Trihexifenidilo • Clorfenamina • Bupropión • Diuréticos • Estimulantes SNC • Fenzelina • Memantina • Quinina/quinidina • Trimetoprim/sulfametoxazol

Tabla VIII. Principales contraindicaciones e interacciones de los antiparkinsonianos.

Cabe destacar que las personas con EP utilizan habitualmente **domperidona** para el tratamiento de las náuseas y vómitos derivados del uso de la medicación antiparkinsoniana. La AEMPS ha restringido su uso al mínimo tiempo posible y contraindica su administración concomitante con otros fármacos que prolonguen el intervalo QT (por ejemplo, amiodarona, flecainida, sotalol, etc.) o que sean inhibidores potentes del CYP3A4 y en personas con alteraciones del ritmo o conducción cardíaca.

La identificación de cualquier **incidencia** requerirá de evaluación, intervención y seguimiento por parte del farmacéutico comunitario. Estas acciones podrían ser puntuales pero, en personas con párkinson, sería recomendable que estuvieran incluidas en un servicio de **Seguimiento Farmacoterapéutico** en el que, de forma continuada y sistematizada se revisará la medicación con el objetivo de detectar cualquier posible problema relacionado con toda la medicación que utiliza la persona afectada por EP. Entre las intervenciones para resolver o prevenir cualquier resultado negativo observado se encuentran la provisión de información/educación sanitaria, la derivación al médico de AP notificando el problema identificado y/o su resultado sobre la salud de la persona con párkinson, la notificación de una sospecha de reacción adversa al sistema nacional de Farmacovigilancia, etc.

En lo relativo a la **optimización de la farmacoterapia** en personas que padecen la enfermedad de Parkinson, merece una mención especial la labor del farmacéutico comunitario a la hora de identificar cualquier discrepancia antes y después de un ingreso hospitalario (**conciliación de la medicación**).

Por otro lado, la **adherencia** al tratamiento resulta fundamental para mantener controlada la sintomatología de la EP, evitar complicaciones y, a fin de cuentas, hacer que la persona que padece esta enfermedad mantenga una calidad de vida lo más cercana posible a la que tendría sin esta patología. Cabe destacar que la interrupción no pautada de la medicación (levodopa, IMAO-B, AD, etc.) puede conducir a un síndrome de deprivación y la producción de un síndrome maligno, que pueden causar en la persona con párkinson un deterioro físico y psicológico abrupto. Por tanto, se debe prestar atención a posibles situaciones que puedan derivar en una suspensión del tratamiento de forma inesperada, como pueden ser casos de cirugía, ingresos en urgencias hospitalarias, o bien eventos de hospitalización programados. Es imprescindible, pues, conseguir la colaboración activa de la persona para que sea ésta la que, de forma voluntaria, siga las recomendaciones, no sólo en lo que respecta al tratamiento farmacológico sino también de hábitos higiénico-dietéticos y/o estilos de vida.

Los problemas de adherencia pueden ser directamente reportados por la persona con párkinson o por la persona cuidadora, si bien en muchas ocasiones será el farmacéutico el que pueda sospechar de un problema de adherencia. Para medirla, se pueden emplear diferentes métodos. De forma general, se emplearán métodos indirectos como cuestionarios (Morisky-Green, Haynes-Sackett, test de Batalla, etc.), recuentos de medicación o registro de las dispensaciones realizadas. La persona con párkinson debería entonces ser entrevistado por el farmacéutico para evaluar qué tipo y cuáles son los motivos de la falta de adherencia al tratamiento. Cuando la falta de adherencia es intencionada puede estar relacionada con creencias y expectativas que tiene la persona respecto a la salud/enfermedad, a la medicación y a sus resultados. Este tipo de falta de adherencia es la más compleja y la intervención irá dirigida a evaluar dichas creencias y expectativas haciendo entender a la persona por qué es importante que utilice su medicación para obtener los resultados esperados o que entienda las consecuencias de no tomar la medicación. La falta de adherencia no intencionada suele ir ligada a problemas de memoria o a polimedicación, y es más sencilla de gestionar utilizando herramientas como Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), sistemas de recordatorio (app, alarmas en el móvil, etc.), listados de medicamentos, etc.

4

4. Educación Sanitaria a personas con párkinson y personas cuidadoras

En lo que respecta a la educación sanitaria, el farmacéutico y la farmacia comunitaria están en una posición idónea para conseguir que la población adquiera conocimientos fundamentales que faciliten la vida de las personas con enfermedad de Parkinson y de las personas cuidadoras. La educación sanitaria resulta fundamental sobre todo en los estadios iniciales de la enfermedad.

Algunas de las **recomendaciones e información** que se pueden proporcionar desde la farmacia comunitaria a las **personas que padecen enfermedad de Parkinson** se pueden encontrar en el punto 5 de la parte general de esta guía.

De forma específica, en la farmacia pueden conseguirse espesantes (financiados por el Sistema Nacional de Salud) para facilitar la deglución de alimentos, así como menaje adaptado para facilitar el agarre.

También pueden ofrecerse ayudas técnicas para facilitar la aplicación de geles, cremas, para cortar las uñas, calzadores, peines con mangos adaptados, abotonadores de ropa, ponemedias, etc., y así hacer más sencilla la higiene diaria y el vestido a la persona afectada por EP.

En el caso del estreñimiento, el farmacéutico comunitario puede recomendar, a través del servicio de **indicación farmacéutica**, algunos laxantes que no requieren prescripción, como supositorios de glicerina o microenemas y, preferentemente, macrogol, lactulosa o plantago. En cualquier caso, el uso de laxantes debe ser puntual y no emplearse de forma crónica.

También pueden indicarse champús y geles con selenio, zinc, ácido salicílico o brea de ulla, que tampoco necesitan de prescripción médica, para tratar la dermatitis seborreica, una dolencia habitual en personas con párkinson. No obstante, es recomendable acudir al dermatólogo para que se realice una valoración y determine el tratamiento más adecuado (ketoconazol o corticoides tópicos).

Finalmente, respecto a **familiares y personas cuidadoras**, el farmacéutico comunitario puede identificar una situación de sobrecarga de una persona cuidadora pudiendo ofrecer consejo y ayuda. Para valorar el nivel de sobrecarga de la persona cuidadora, se puede utilizar la escala Zarit¹, un cuestionario autoadministrado que permite a la persona cuidadora evaluar cómo se siente ante distintas situaciones derivadas del cuidado de la persona que padece párkinson.

¹ Odriozola A, Vita A, Maíz B, et al. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. Semergen 2008; 34: 435-8.

ANEXO:
ESCALAS DE VALORACIÓN
DE LA PERSONA CON PÁRKINSON

1. Cuestionario de síntomas no motores en Enfermedad de Parkinson (PD NMS QUEST)

Este tipo de escala es cualitativa, porque mide si están o no presentes los síntomas. Hay que indicar que se valoran sobre el mes anterior a la encuesta. Es de utilidad en tanto en cuanto detectan la aparición de los síntomas de manera precoz y poder actuar sobre ellos. autoadministrado que permite a la persona cuidadora evaluar cómo se siente ante distintas situaciones derivadas del cuidado de la persona que padece párkinson.

1	Babeo durante el día.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	16	Sentirse triste, bajo de ánimo o decaído.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2	Pérdida o alteración en la percepción de sabores u olores.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	17	Sentimientos de ansiedad, miedo o pánico.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3	Dificultad para tragar comida o bebidas o tendencia a atragantarse.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	18	Pérdida o aumento del interés por el sexo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	Vómitos o náuseas.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	19	Dificultades en la relación sexual cuando lo intenta.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5	Estreñimiento o tener que hacer esfuerzo para defecar.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	20	Sensación de mareo o debilidad al ponerse de pie, después de haber estado sentado o tumbado.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6	Incontinencia fecal.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	21	Caídas.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7	Sensación de no vaciado completo después de defecar.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	22	Dificultad para mantenerse despierto mientras realiza actividades como trabajar, conducir o comer.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8	Sensación de urgencia urinaria que le obliga ir inmediatamente al baño.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	23	Dificultad para quedarse o mantenerse dormido por la noche.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9	Levantarse habitualmente por la noche a orinar.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	24	Sueños intensos, vividos o pesadillas.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10	Dolores sin causa aparente (excluimos artrosis).	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	25	Hablar o moverse durante el sueño, como si lo estuviera viviendo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11	Cambio de peso sin causa aparente.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	26	Sensaciones desagradables en las piernas por la noche o cuando están descansando y sensación de que necesita moverlas.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12	Problemas para recordar cosas que han pasado recientemente o dificultad para recordar las cosas que tenía que hacer.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	27	Hinchazón en las piernas.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13	Pérdida de interés en lo que pasa a su alrededor o en realizar sus actividades.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	28	Sudoración excesiva.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14	Ver u oír cosas que sabe o que otras personas le dicen que no están ahí.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	29	Visión doble.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15	Dificultad para concentrarse o mantener la atención.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	30	Creer que le pasan cosas que otras personas le dicen que no es verdad.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

2. Escala intermedia para la enfermedad de Parkinson

Mide las características físicas en las actividades de la vida diaria y la evolución de la EP. A mayor puntuación mayor deterioro.

1	AUTONOMÍA		7	LENGUAJE	
0	Normal.		0	Normal.	
1	No requiere ayuda, pero algunas tareas las hace con lentitud y dificultad.		1	Alteración de la modulación o el ritmo. Buen volumen de voz, claramente inteligible.	
2	Precisa ayuda para algunas situaciones (vestido, aseo, ponerse en pie) o consigue hacerlas con gran lentitud y esfuerzo.		2	Monótono, disártrico. Moderada dificultad para comprenderle.	
3	Requiere asistencia total o casi total. Inválido.		3	Muy alterado. Casi incomprensible o no puede comunicarse con el lenguaje.	
2	VUELTAS EN CAMA		8	COMIDAS (masticación, deglución)	
0	Normal.		0	Normal.	
1	Lentitud y torpeza discretas. No requiere ayuda.		1	Dieta normal. Masticación y deglución lentas y laboriosas.	
2	Inicia y colabora en los movimientos, pero requiere ayuda para completarlos o los realiza solo pero con gran lentitud y esfuerzo.		2	Ingiere líquidos y alimentos blandos bien. Requiere tiempo y esfuerzo para ingerir sólidos.	
3	Incapaz de realizarlas sin ayuda.		3	Requiere medidas especiales (sonda NSG, gastrostomía) o puede deglutir líquidos o blandos con gran dificultad.	
3	LEVANTARSE DE CAMA		9	ALIMENTACIÓN (actividades para llevarla a cabo)	
0	Normal.		0	Normal.	
1	Algo lento y torpe. No requiere ayuda.		1	Lentitud leve a moderada. Accidentes infrecuentes.	
2	Inicia y colabora en los movimientos. Logra hacerlo con gran lentitud y esfuerzo o requiere ayuda parcial.		2	Autoalimentación, con lentitud marcada. Puede haber accidentes frecuentes y requerir ayuda con gran dificultad (cortar carne, llenar taza).	
3	Incapacidad. Requiere ayuda total o no puede.		3	Realiza solo unas pocas actividades, con gran lentitud y dificultad o requiere asistencia total.	
4	HIGIENE (lavado, peinado, afeitado, dental)		10	CAMINAR	
0	Normal.		0	Normal.	
1	Lentitud discreta. No requiere ayuda.		1	Camina lentamente; inestabilidad ocasional. No requiere ayuda.	
2	Necesita ayuda para algunas actividades o las lleva a cabo con gran lentitud y esfuerzo.		2	Dificultad moderada, con lentitud marcada e inestabilidad o congelación. Requiere ayuda en determinadas situaciones.	
3	Requiere asistencia total y/o medidas especiales.		3	Incapaz de caminar con ayuda o lo hace con asistencia total y muchas dificultades.	
5	BAÑO- DUCHA		11	SUBIR ESCALERAS	
0	Normal		0	Normal.	
1	Sin ayuda, con cierta lentitud y dificultad.		1	Lentitud o torpeza leves. Podría ser normal en sujetos de edad.	
2	Requiere ayuda, aunque colabora y realiza parte de las actividades con lentitud y esfuerzo.		2	Lentitud y torpeza moderadas. Puede requerir ayuda	
3	Incapacidad. No colabora o mínimamente.		3	Requiere ayuda total o es incapaz, aún con ayuda.	
6	VESTIDO		12	LEVANTARSE DE SILLA (brazos cruzados ante el tórax)	
0	Normal.		0	Normal.	
1	Lentitud o dificultad leve. No requiere ayuda.		1	Lento. Puede requerir más de un intento.	
2	Lentitud o dificultad moderadas. Requiere ayuda parcial (zapatos, calcetines, botones, corbata).		2	Lentitud moderada, dificultad manifiesta y/o apoyo con los brazos. Puede necesitar varios intentos, pero no requiere ayuda.	
3	Marcada dificultad, incluso para tareas sencillas. Requiere ayuda total o casi total.		3	Requiere ayuda para incorporarse.	
13	13 – MARCHA [explorar]				
0	Normal.				
1	Marcha lenta. Giros lentos, en varios pasos. Reducción de la longitud de los pasos (45 cm o menos).				
2	Marcha muy lenta y dificultosa, inestable. Pasos cortos (≤30 cm). Episodios de congelación. A veces con ayuda.				
3	Marcha a pasitos (7-8 cm o menos), con ayuda, o incapaz de caminar incluso con ayuda.				
A	DISCINESIAS (TOTAL A+B)		B	FLUCTUACIONES (TOTAL A+B)	
Cara, cuello y tronco M.S. dcho. M.S. izdo. M.I. izdo. M.I. izdo.	A - Amplitud	B - Duración	FLUCTUACIONES (TOTAL A+B)	A.- Horas al día en off	B.- Incapacidad en los off
	0 Ausentes	0 Ausentes		0 No hay	0 Ausentes
	1 Discretas	1 Menos de 2 horas/día		1 Menos de 1 hora	1 Menos de 2 horas/día
	2 Moderadas	2 De 2 horas a 6 horas/día		2 1 a 4 horas	2 De 2 a 6 horas/día
	3 Intensas	3 Más de 6 horas/día		3 Más de 3 horas	3 Más de 6 horas/día
	(A) Amplitud total:	(B) Duración total:			

3. Escala de Nuds

Mide las características físicas en las actividades de la vida diaria y la evolución de la EP. A mayor puntuación mayor deterioro.

1 CAMINAR	
Siempre camina solo	
0	Normal
1	Marcha sólo se diferencia de lo normal en calidad y velocidad; girar es el acto más difícil. Postura normal.
2	Calidad de marcha pobre y velocidad lenta. Postura moderadamente afecta. Puede haber tendencia hacia una discreta propulsión. Girar es difícil.
3	Marcha muy anormal, lenta y vacilante. Postura evidentemente alterada. Puede haber propulsión.
Camina solo a veces	
4	Camina fácilmente distancias cortas. Caminar en exteriores es difícil, pero a menudo puede hacerlo sin ayuda. Rara vez camina distancias largas solo.
5	Camina de una habitación a otra con sólo moderada dificultad. A veces puede caminar en exterior sin ayuda.
6	Camina de una habitación a otra sin ayuda, pero se mueve lentamente y usa soporte externo. No camina solo en exterior.
Nunca camina solo	
7	Requiere ayuda potencial en interiores y activa en exteriores.
8	Requiere moderada ayuda en interiores; camina en el exterior con considerable ayuda.
9	Necesita una ayuda considerable incluso para distancias cortas. No puede caminar en exterior ni con ayuda.
10	No camina, incluso con máxima asistencia.
2 VESTIDO	
Autonomía completa	
0	Normal.
1	Se viste completamente con sólo algo más de tiempo y esfuerzo de lo normal.
2	Se viste completamente con lentitud y gran esfuerzo.
Requiere ayuda parcial	
3	Se viste solo, excepto para actividades finas (corbata, botones).
4	Realiza más de la mitad de las actividades de vestido independientemente.
5	Realiza alrededor de la mitad de las actividades de vestido independientemente.
6	Sólo realiza las actividades más burdas de vestido (sombrero, abrigo).
Requiere ayuda completa	
7	Ayuda considerablemente con movimientos corporales.
8	Puede ayudar algo con movimientos corporales.
9	Los movimientos del paciente ni ayudan ni impiden al asistente.
10	El paciente obstaculiza más que ayuda.
3 COMER	
0	Normal.
1	Dieta normal, pero masticación y deglución son laboriosas.
2	Come habitualmente algún sólido, pero esto requiere tiempo y esfuerzo.
3	Maneja con habilidad líquidos y alimentos blandos. Ocasionalmente toma sólidos, con gran esfuerzo y mucho tiempo.
4	Sólo toma líquidos y alimentos blandos; éstos son consumidos muy lentamente.
5	La alimentación está tan alterada que se requiere hospitalización para mantener una nutrición adecuada.

5 HIGIENE	
Autonomía completa	
0	Normal.
1	1. Higiene mantenida normalmente, con excepción de discreta lentitud.
2	2. Las actividades higiénicas consumen un tiempo moderado; no requiere métodos sustitutivos. Pocos accidentes.
3	3. Higiene mantenida independientemente, pero con esfuerzo y lentitud. Accidentes frecuentes. Puede usar sustitutivos.
Requiere ayuda parcial	
4	Atiende a la mayoría de las necesidades personales solo. Ha instaurado métodos sustitutivos para superar las actividades difíciles (afeitadora eléctrica).
5	Requiere ayuda para algunas tareas no difíciles en cuanto a coordinación.
6	Requiere asistencia para la mitad de las necesidades higiénicas.
7	Realiza unas pocas actividades solo, con ayuda a mano.
Requiere asistencia completa	
8	Higiene bien mantenida; ayuda al asistente.
9	Higiene razonablemente buena con asistencia, pero no ayuda de forma significativa.
10	Incapaz de mantener una higiene adecuada incluso con máxima ayuda.

4 ACTIVIDADES PARA LA ALIMENTACIÓN	
0	Normal.
1	Se alimenta él mismo, con raros accidentes. Más lento de lo normal.
2	Realiza todas las actividades solo, con moderada lentitud, aunque puede buscar o requerir ayuda en situaciones concretas (cortar carne en un restaurante). Los accidentes no son infrecuentes.
3	Realiza la mayoría de las actividades solo, con moderada lentitud. Puede requerir ayuda en situaciones específicas (cortar carne, llenar una taza).
4	Realiza independientemente sólo unas pocas actividades.
5	Requiere asistencia total.

6 LENGUAJE	
0	Normal.
1	Lenguaje completamente adecuado; presentes mínimos trastornos de voz.
2	Lenguaje fácilmente comprensible, pero la voz o el ritmo pueden estar alterados.
3	Se comunica con facilidad, pero la alteración del lenguaje le resta contenido.
4	Se puede entender siempre el lenguaje si el oyente le dedica suficiente atención. Tanto la articulación como la voz pueden ser defectuosas.
5	Siempre emplea lenguaje para comunicarse, pero la articulación es muy pobre. Habitualmente utiliza frases completas.
6	Utiliza lenguaje para comunicarse la mayoría de las veces, pero la articulación es difícilmente inteligible. Puede tener dificultad en ocasiones para iniciar el lenguaje. Habitualmente habla con palabras aisladas o con frases cortas.
7	Intenta usar el lenguaje para comunicarse, pero tiene dificultades para iniciar la vocalización. Puede detenerse en medio de la frase y ser incapaz de seguir.
8	Vocaliza para llamar la atención.
9	Vocaliza, pero raramente con intención comunicativa.
10	No vocaliza.

4. Escala de Webster

1	BRADIQUINESIA DE LAS MANOS, INCLUYENDO ESCRITURA
0	Sin síntomas
1	Ligera disminución de la velocidad de supinación-pronación, dificultades iniciales para emplear útiles de trabajo, abrochar botones y escribir.
2	Moderada disminución de la velocidad de supinación-pronación en uno o en ambos lados, evidencia por cierta manera de la función manual, gran dificultad para escribir, aparición de micrografía.
3	Notable disminución de la velocidad de supinación-pronación. Incapacidad de escribir o de abotonarse la ropa. Claras dificultades para manejar utensilios.

2	RIGIDEZ
0	Sin síntomas
1	Ligera rigidez en cuello y hombros. Se observa ligera, aunque constante rigidez en uno de los dos brazos.
2	Rigidez moderada en cuello y hombros. La rigidez es constante si el paciente no recibe medicación.
3	Intensa rigidez en cuello y hombros. La rigidez se mantiene a pesar del tratamiento medicamentoso.

3	POSTURA
0	Postura normal. La cabeza se inclina hacia adelante menos de 10 cm.
1	Principio de la espondilitis deformante (Poker-spine). La cabeza se inclina hacia adelante hasta 12,5 cm.
2	Principio de flexión de los brazos. La cabeza se inclina hasta 15 cm hacia adelante. Uno de los brazos está doblado, pero todavía por debajo de la cadera.
3	Principio de postura simiesca. La cabeza se inclina hacia adelante más de 15 cm. Una o las dos manos se elevan por encima de la cadera. Intensa flexión de la mano con extensión inicial interfalángica. Principio de flexión de rodilla.

4	BALANCEO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES
0	Correcto balanceo en ambos brazos.
1	Se reduce el balanceo de un brazo.
2	Cesa el balanceo de un brazo.
3	Cesa el balanceo de ambos brazos.

5	MARCHA
0	Marcha satisfactoria con pasos de 46-76 cm. Giros sin dificultad.
1	Los pasos al andar se reducen a 30-46 cm. El paciente empieza a apoyar sonoramente uno de los talones. Giros lentos, que requieren varios pasos.
2	Los pasos se reducen ahora 15-30 cm. Los dos talones comienzan a golpear con fuerza el suelo.
3	Se inicia la marcha a pasitos. La longitud de éstos es inferior a 7,5 cm. "A veces pasos vacilantes" o marcha bloqueada. El paciente camina sobre la punta de los dedos de los pies. Los giros son muy lentos.

Clasificación de la sintomatología según la puntuación:

1 - 10 puntos	Enfermedad de párkinson leve
11 - 20 puntos	Enfermedad de párkinson de gravedad media
21 - 30 puntos	Enfermedad de párkinson grave

6	ROSTRO
0	Mímica con una vivacidad normal; no hay fijeza.
1	Cierta inmovilidad; la boca permanece cerrada. Primeros signos de angustia o depresión.
2	Relativa inmovilidad. Las emociones se manifiestan a un umbral bastante mayor. La boca está abierta a ratos. Signos moderados de angustia y depresión. Puede haber sialorrea.
3	Rostro "congelado" (frozen facies). La boca está abierta 0,6 cm o más. Eventualmente, intensa sialorrea.

7	TEMBLOR
0	Inexistente.
1	Tembor con oscilaciones de menos de 2,5 cm en las extremidades, en la cabeza o bien en la mano al intentar llegar con el dedo a la nariz.
2	La amplitud máxima del temblor no sobrepasa los 10 cm. El temblor es intenso, pero no constante. El paciente conserva cierto control de sus manos.
3	El temblor sobrepasa los 10 cm, es constante e intenso, afectando al paciente en todo momento mientras está despierto. Es imposible que el paciente escriba y coma solo.

8	SEBORREA
0	No hay.
1	Aumento de la transpiración, la secreción sigue siendo clara.
2	Piel visiblemente aceitosa. La secreción es mucho más espesa.
3	Evidente seborrea. Todo el rostro y la cabeza aparecen cubiertos de secreción espesa.

9	LENGUAJE
0	Claro, alto, con resonancia y perfectamente inteligible.
1	Principio de afonía con disminución de la modulación y la resonancia. Volumen de voz satisfactorio, todavía claramente inteligible.
2	Afonía y disfonía moderadas. Tono permanentemente monótono, sin variaciones. Principio de disartria. Locución vacilante y balbuceo, difícilmente inteligible.
3	Marcada afonía y distonía. Gran dificultad al escucharle y entenderle.

10	AUTONOMÍA
0	Normal.
1	Prácticamente total todavía, pero con ciertas dificultades para vestirse.
2	Precisa ayuda en algunas situaciones críticas, p. ej., girarse en la cama, levantarse de la silla. Muy lento en realizar la mayor parte de las actividades, pero las realiza tomándose mucho tiempo.
3	Invalidez permanente. El paciente es incapaz de vestirse, comer o caminar solo.

- **Arbelo González JM.** Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento. **Sociedad Española de Neurología. Guía Oficial de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson 2016.** Madrid: Luzán 5, S.A.; 2016. **Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología.** Nº 4.
- **Base de Datos del Medicamento Bot PLUS.**
- **Baumann CR, Waldvogel D.** [The treatment of Parkinson's disease]. Praxis (Bern 1994). 2013; 102(25): 1529-35. DOI: 10.1024/1661-8157/a001505.
- **Clínica Universitaria de Navarra.** Cuidados para el paciente con enfermedad de Parkinson. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-parkinson>
- **Consejo General de COF.** Punto Farmacológico nº 104. Enfermedad de Parkinson. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/informes-tecnico-profesionales/Documents/Informe-Enfermedad-Parkinson-PF104.pdf>
- **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.** Enmente: abordaje de la enfermedad de Alzheimer en la farmacia comunitaria. Papel del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer. Madrid. 2017.
- **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.** Servicio de adherencia terapéutica en farmacia comunitaria. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria. 2017. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/BBPP-10-Adherencia.pdf>
- **Cuéllar Rodríguez S.** Enfermedad de Parkinson. Panorama Actual del Medicamento, 2016; 40 (392): 264-281.
- **Defebvre L, Moreau C.** Medical and surgical treatment of Parkinson's disease. Presse Med. 2017; 46(2 Pt 1): 218-24. DOI: 10.1016/j.lpm.2017.01.018
- **Dong J, Cui Y, Li S, Le W.** Current Pharmaceutical Treatments and Alternative Therapies of Parkinson's Disease. Curr Neuropharmacol. 2016; 14(4): 339-55.
- **Escamilla Sevilla, F. y Olivares Romero, J. (Eds).** (2017). Recomendaciones de Práctica Clínica en la enfermedad de Parkinson. Barcelona, España: Glosa.
- **Federación Española de Párkinson (2015).** El Libro Blanco del Párkinson en España. Aproximación, análisis y propuesta de futuro. Madrid, España: Real Patronato sobre Discapacidad.
- **Federación Española de Parkinson.** Página web. Disponible en: <http://www.esparkinson.es>
- **Fernández del Pozo de Salamanca MB, Díez González LM.** Antiparkinsonianos y otros fármacos empleados en trastornos del movimiento. En: Terapéutica farmacológica de los trastornos del sistema nervioso. Programa de Actualización en Farmacología y Farmacoterapia. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2012. pp. 123-148.
- **Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.** Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. 2010. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales//forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC_Guia%20FORO.pdf
- **Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento (GATM) y Sociedad Andaluza de Neurología (SAN).** Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. Eds. Escamilla Sevilla F, Olivares Romero J. 2017; ISBN: 978-84-7429-668-6. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_561_Enfermedad_Parkinson.pdf
- **Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson.** Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_546_Parkinson_IACS_compl.pdf
- **Kalia LV, Lang AE.** Parkinson's disease. Lancet. 2015; 386(9996): 896-912. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61393-3.
- **Lennecke K.** [Pharmaceutical care of Parkinson patients]. Med Monatsschr Pharm. 2005; 28(7): 228-36.
- **Lezcano, E., Gómez-Esteban, J.C., Zarranz, J.J. (2013).** Enfermedades caracterizadas por movimientos anormales (enfermedades extrapiramidales o de los ganglios basales). En J.J. Zarranz (Ed.) Neurología (pp. 375-421). Barcelona, España: Elsevier
- **Parkinson's disease in adults.** NICE Guideline. Julio 2017.
- **Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de Parkinson de la Comunidad de Madrid. 2012.** Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017430.pdf>
- **Servicio de Farmacia del Área Funcional de Gestión de Albacete.** Guía de información sobre medicamentos para enfermos de Parkinson. 2008. Disponible en: https://www.seff.es/bibliotecavirtual/guia-park/GUIA_INFOR_MED_PAC_PARKINSON.pdf

GUÍA DE ACTUACIÓN

sobre la enfermedad de

Parkinson

para profesionales de
Medicina de Atención Primaria
y Farmacia Comunitaria

GUÍA DE ACTUACIÓN

sobre la enfermedad de

Parkinson

para profesionales de
Medicina de Atención Primaria
y Farmacia Comunitaria



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS



PARKINSON
FEDERACIÓN ESPAÑOLA



SEMERGEN
Sociedad Española
de Médicos de Atención
Primaria



SEN
Sociedad Española
de Neurología