

Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso

Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dirección General de Servicios de Salud Mental

Dr. Salvador González Gutiérrez

Director General

Dra. Martha Díaz Santos

Comité Consultivo Académico del Programa
Específico de Enfermedad de Parkinson
Vocal Ejecutiva: Dra. Teresa Corona
Vocal Adjunto: Dr. Juan Martínez Mata

Vocales

Dra. Cecilia Ma. Acosta Murillo
Dra. Gloria del Carmen Estrada Correa
Dr. Jorge Hernández Franco
Dr. Humberto Juárez Jiménez
Dr. Miguel Ángel Padilla Leyva
Dra. Gloria Llamasa Velásquez
Dra. Silvia Cristina Rivera Nava
MC. Yaneth Rodríguez Aguledo
Dr. Ignacio Ruiz López
colaboración especial Dra. Zoila Trujillo

El Programa Especifico de Enfermedad de Parkinson
agradece la colaboración del Dr. Reyes Haro Valencia
y de la Nut.Rosa María Tarrats, en la elaboración de esta
publicación.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Periferico Sur N° 2905, Col. San Jerónimo Lídice
Delegación Magdalena Contreras. C.P. 10200 México, D.F.
sersame@ssa.gob.mx

CARTEL CONMEMORATIVO

[Gobierno en Internet](#)

[Temas de interés](#)

[Servicios](#)

[Biológicos y Reactivos de México](#) | [CNTS](#) | [CONADIC](#) | [CONAMED](#) | [Salud Contigo](#)
[Consejo de Salubridad General](#) | [Consejo Nacional de Salud](#) | [HGM](#) | [H.G. Gea González](#)
[IMSS](#) | [Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud](#) | [ISSSTE](#) | [OMS](#) | [OPS](#) | [Servicios Estatales](#)



PRESENTACIÓN



I. ¿Qué es la Enfermedad de Parkinson?

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1887, por el médico inglés James Parkinson. La denominó parálisis agitante, y describió los síntomas clínicos de temblor, rigidez y lentitud, cuyo inicio podía ser leve o mínimo, afectando sólo un lado del cuerpo. La falta de coordinación manual pronto pasaba a ser incapacitante y en las etapas finales, las actividades cotidianas eran muy limitadas.

La **enfermedad de Parkinson (EP)** idiopática, es hasta nuestros días, la forma más común de la enfermedad, cuya causa no se conoce. Sabemos ahora que es una enfermedad del Sistema Nervioso Central, no hereditaria, ni contagiosa, cuya característica principal es la desaparición temprana de algunas células nerviosas (neuronas) situadas en una pequeña región del cerebro llamada "sustancia negra" de los ganglios basales, que es el centro del control motor.

Frecuencia: Se considera que la enfermedad ocurre de 1 a 2 casos por 1000 habitantes de la población en general y aumenta con la edad, siendo de 1% en mayores de 60 años. Un número reducido de casos (5 a 10%) ocurre antes de los 40 años y se llama Parkinson Juvenil. La EP puede aparecer tanto en hombres como en mujeres, sin influir el nivel socio-económico ni la situación geográfica.



II. ¿Qué causa la enfermedad?

Aunque la causa se desconoce, si se han identificado los síntomas que aparecen cuando se produce disminución de la secreción de una sustancia llamada Dopamina, la deficiencia de ésta en los ganglios basales causa un pobre control en la regulación de los movimientos y se manifiesta clínicamente por: temblor, lentitud, rigidez, descoordinación motora, alteraciones en la marcha y la postura, además de otros signos como alteración de la presión arterial. La presencia de los síntomas de la EP se debe a que más del 80% de las neuronas de la "sustancia negra" se degeneran y mueren provocando una disminución de dopamina.

Durante años los científicos han tratado de encontrar la causa de esta enfermedad, pero hasta ahora sólo se habla de factores que pueden tener relación con ella, y son:

- 1. INFECCIOSO:** De 1916 a 1926, en ocasión de una pandemia de encefalitis en Europa, hizo su aparición el Parkinson post-encefáltico que en la actualidad carece de importancia.
- 2. GENÉTICO:** Sólo en un porcentaje bajo (15% aproximadamente), se ha reportado como incidencia familiar y parece ser que esta tendencia aumenta hasta un 35% cuando el inicio de la enfermedad ocurre antes de los 40 años de edad, lo que no quiere decir que se herede.
- 3. ENVEJECIMIENTO PREMATURO:** Se ha encontrado que algunos de los cambios clínicos en el cerebro que envejece, incluyendo la disminución en la producción de dopamina, son similares a los encontrados en la EP.
- 4. FACTORES TÓXICOS:** Recientemente se han reportado casos de Parkinsonismo en pacientes jóvenes drogadictos que han utilizado, por vía intravenosa, una sustancia sintética similar a la meperidina, llamada MPTP, la cual ha permitido tener un modelo experimental de la enfermedad, en animales, facilitando así su estudio. Además se ha relacionado con algunos insecticidas que se utilizan en el campo.



III. ¿Cuáles son los síntomas?

Síntomas Principales

TEMBLOR. Es un temblor característico que se presenta en reposo y se percibe como si el paciente contara monedas. Puede afectar primero una mano, después una pierna, hasta involucrar todas las extremidades e inclusive la cara. Inicialmente, representa para el enfermo más una incomodidad social que funcional, pero a medida que la enfermedad avanza, el temblor puede interferir con las actividades cotidianas.

RIGIDEZ. Es el aumento de la resistencia pasiva al esfuerzo muscular. Cuando el tono muscular aumenta, el paciente lo percibe como dureza o pesadez de las extremidades. Es más fácil detectar esta rigidez en los brazos, el cuello y al movilizar las manos. La rigidez es responsable de la postura característica de los pacientes con los brazos semiflexionados, la cabeza echada hacia adelante y la tendencia a encorvarse.

BRADICINESIA (Lentitud). Es la dificultad para iniciar movimientos e incluye una serie de alteraciones como: retardo en el inicio de movimientos, también al levantarse o iniciar la marcha, pobreza e imprecisión motora, alteración en la secuencia de movimientos, pérdida de movimientos automáticos asociados, como el balanceo de los brazos al caminar y pérdida de la expresión facial o mínima expresión facial.

ALTERACIONES DE LOS REFLEJOS DE POSTURA. Si el paciente está de pie y su cuerpo es desplazado por el examinador, es probable que tenga dificultad para recuperar el equilibrio, con una tendencia a caerse hacia atrás (retropulsión). Al caminar el paciente siente que "se va de lado".

Síntomas Secundarios

TRASTORNOS DE LA MARCHA. La longitud de los pasos se acorta y se presenta la "marcha a pequeños pasos"; el paciente parece buscar su centro de gravedad y puede presentarse un fenómeno conocido como "congelamiento" o "freezing", cuando el paciente en forma súbita se detiene como si los pies se pegaran al piso y deben pasar minutos para que recupere la marcha, es probable que ocurra al pasar una puerta o en lugares estrechos; también pueden iniciar una marcha que va aumentando de velocidad y no poder detenerse hasta no encontrar obstáculo.

ALTERACIONES DE LA DESTREZA MANUAL. La agilidad manual se entorpece y los movimientos finos van siendo cada vez más difíciles, lo que altera la escritura (que se va haciendo pequeña e ilegible), se dificulta dar vuelta a la página de un libro o periódico, abrocharse los botones, amarrarse las agujetas de los zapatos, peinarse, rasurarse, cepillarse y otras actividades

TRASTORNOS DEL HABLA. En la EP se presentan dificultades en el habla y cambios en el tono de la voz. En

muchos pacientes, hablar se vuelve monótono y la modulación disminuye. En otros casos, la voz se hace más débil y susurrante, y se puede dificultar la comunicación de los pacientes con los demás.

GESTICULACIÓN O EXPRESIÓN FACIAL. La cara toma un aspecto inexpresivo, que inclusive puede parecer hostil o apático, lo que puede representar un impedimento social.

DISFUNCIÓN AUTONÓMICA. La seborrea (el exceso de grasa), el rubor facial y baja de presión arterial son frecuentes en la EP.

SÍNTOMAS URINARIOS. Puede presentarse incontinencia urinaria, urgencia y/o retención urinaria causadas por la lentitud de los músculos de la vejiga, los cuales disminuyen la habilidad de este órgano para controlar la contracción y/o la expansión.

COSTIPACIÓN FECAL (Estreñimiento) puede ser frecuente y a menudo como efecto secundario de los medicamentos que se suministran. La dieta juega un papel importante, ya que la rigidez y los trastornos de la deglución en los pacientes disminuyen la ingesta de fibras como vegetales y frutas y prefieren alimentos blandos que no favorecen la movilidad intestinal.

SIALORREA. El escurrimiento de la saliva que puede ser secundario a la postura flexionada de la cabeza y la pobre movilidad de los labios, representa con frecuencia un impedimento social y preocupante para el paciente.

Alteraciones en el Estado de Ánimo

Depresión. Es uno de los trastornos psíquicos que se observa con mayor frecuencia en pacientes con EP. La depresión se caracteriza por una profunda pérdida de interés en actividades y eventos cotidianos. La depresión se observa principalmente por cambios en el estado de ánimo, los pacientes pueden estar tristes, melancólicos, desanimados, o irritables. Generalmente no es muy difícil identificar los primeros síntomas de un cuadro depresivo y saber cuándo un paciente está deprimido o no. Los miembros de la familia, amigos cercanos y cuidadores primarios pueden identificar los cambios iniciales tanto físicos como psicológicos que ocurren en sus pacientes. Entre los cambios físicos de un paciente con depresión se observan: falta de apetito, pérdida de peso, dificultad para conciliar el sueño, disminución de las horas de sueño, y/o sueño excesivo. Los síntomas psicológicos frecuentes en los pacientes deprimidos son: sentimientos de tristeza, tensión, ansiedad, aburrimiento, pérdida de interés en actividades diarias, sentimientos de indignación y culpabilidad, falta de concentración, incapacidad para tomar decisiones, en casos extremos, pensamientos y deseos de muerte. La depresión requiere de diagnóstico y tratamiento de un especialista.

Demencia. Aunque el deterioro intelectual no es característica frecuente en los períodos iniciales de la enfermedad, en algunos pacientes de edad avanzada, se observan problemas de memoria, olvidos ya sea de nombres de personas cercanas, lugares conocidos, fechas importantes, citas, y otros, así mismo lentitud en el procesamiento de la información y dificultades en la ejecución de tareas debido a la alteración motora. Se ha reportado que la demencia puede ocurrir hasta en un 40% de los pacientes con Parkinson.

Evolución clínica

La EP muestra un curso crónico y progresivo, además de que la evolución se diferencia en cada paciente. Se han podido establecer diferentes estadios clínicos, y es importante conocerlos ya que el manejo médico puede variar de acuerdo con la etapa en que se encuentre.

La Clasificación de HOEHN & YAHR es de las más utilizadas y establece:

ETAPA I. Enfermedad unilateral: cuando un solo lado del cuerpo está afectado con deterioro funcional mínimo o sin él.

ETAPA II. Afección bilateral o de la línea media del cuerpo: sin alteración del equilibrio.

ETAPA III. Enfermedad bilateral: alteración de mínima a moderada, con inestabilidad postural pero aún independiente.

ETAPA IV. Incapacidad grave: sigue siendo capaz de caminar y ponerse de pie sin ayuda, pero está marcadamente incapacitado.

ETAPA V. Obligado a permanecer en cama o silla de ruedas a menos que reciba ayuda.

Para realizar una evaluación y seguimiento adecuados de los pacientes, por parte del médico, se han diseñado instrumentos de medición clínica, conocidos como Escalas de Evaluación Clínica de la Enfermedad de Parkinson; los más utilizados en nuestro medio son:

1. ESCALA DE WEBSTER.

2. ESCALA UNIFICADA DE EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (UPDRS).

El paciente debe saber que su médico lo evaluará en forma periódica con este tipo de instrumentos, ya que es necesario conocer la respuesta a los medicamentos, los posibles efectos adversos y el grado de funcionalidad. Con base en dichas evaluaciones, se podrá establecer una serie de estrategias terapéuticas necesarias.



IV. ¿Existen trastornos relacionados con la EP?

Alteraciones neuropsicológicas

A nivel de la esfera mental, la EP causa diversas alteraciones que se considera, forman parte del proceso mismo de la enfermedad; estas alteraciones pueden presentarse bajo la forma de deterioro cognoscitivo y demencia, alteraciones psiquiátricas, trastornos del sueño o una combinación de cualquiera de ellas.

Entre los desórdenes afectivos, la depresión puede alcanzar una frecuencia de hasta un 50% durante la evolución natural de la enfermedad, sin embargo también suele aparecer tempranamente e inclusive puede preceder a la aparición de los síntomas motores.

Si la depresión forma parte de la enfermedad o es un proceso reactivo secundario a las alteraciones motoras, ha sido tema de discusión en diferentes estudios, ya que cualquier enfermedad crónica que incapacite severamente puede producir estados depresivos, como sucede en la artritis reumatoide donde la depresión alcanza el mismo grado de prevalencia. Se ha reportado una relación entre la severidad de la incapacidad motora y cognoscitiva con la incidencia de la depresión. Al parecer los pacientes que inician su enfermedad muy jóvenes, presentan con mayor frecuencia depresión, aunque no hay unanimidad en estos casos.

En términos generales, el género femenino y la edad joven al inicio de la enfermedad, se consideran factores potenciales para desarrollar depresión; así como en los pacientes con predominio de la forma rígido-acinética y severa alteración de la marcha.

Las manifestaciones psiquiátricas pueden ser más incapacitantes que los trastornos motores ligados a los medicamentos o a la enfermedad misma. La ansiedad es una manifestación frecuente después de la depresión, considerando su prevalencia de un 35 a 40%. La ansiedad generalizada es frecuente, sin que se relacione con el grado de incapacidad motora o con el tratamiento con levodopa (medicamento más utilizado). También pueden aparecer alucinaciones y psicosis.

Con frecuencia los pacientes con EP experimentan alteraciones cognoscitivas como parte de la evolución natural de la enfermedad y pueden incluir: lentitud del pensamiento, y la alteración para llevar a cabo ciertas tareas de planeación o secuenciación.

Alteraciones del lenguaje para llevar a cabo ciertas tareas de planeación o secuenciación

En la enfermedad de Parkinson las dificultades del lenguaje se relacionan con hipofonía y disartria, en muchos pacientes el hablar se convierte monótono y la modulación disminuye. La voz se hace débil. En algunos casos el habla es incomprensible y entorpece la comunicación de los pacientes con su entorno. Por esto se hace necesaria y útil una terapia dirigida al habla. Hay que realizar ejercicios para mejorar la respiración, la voz y el habla. Un ejercicio diario ayudará al paciente de EP a conservar, un habla comprensible y bien modulada.

Trastornos de la sexualidad

Diversos estudios reportan que las alteraciones sexuales se observan frecuentemente en la EP (60% aproximadamente), siendo la impotencia la característica más reconocida en este padecimiento. Muchos pacientes manifiestan pérdida de interés y dificultades para tener relaciones sexuales. La sexualidad en la EP también tiene que ver con los cambios físicos que acompañan el proceso de la enfermedad: la expresión facial de "cara de máscara", el lenguaje lento y la salivación pueden hacer sentir al paciente poco atractivo. Esta es una barrera importante que hace difícil que se llegue a una fase de excitación en el círculo de la respuesta sexual.

Además del envejecimiento, los pacientes con EP tienen otras razones potenciales para presentar alguna disfunción sexual. Una variedad de cambios mentales, particularmente la depresión que ocurre en la mayoría de los pacientes con EP, el efecto por padecer una enfermedad crónica, los medicamentos antiparkinsonianos y los antidepresivos pueden influir también en la presentación de alteraciones sexuales en estos pacientes. La evaluación sistemática de las alteraciones sexuales en las enfermedades crónicas debe ser algo rutinario, para esto debemos comenzar por hacer énfasis, tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud, que la sexualidad debe tenerse en cuenta como cualquier otro síntoma, con el fin de hacer una evaluación integral de los pacientes, lo que es fundamental para una apropiada detección, prevención y tratamiento.

Alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño son un motivo de queja frecuente de los pacientes. Uno de los principales problemas de los pacientes con EP en etapas moderadas y severas del padecimiento es la interrupción del sueño. Los síntomas principales consisten en dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes con problemas para quedarse dormido nuevamente, incomodidad durante el sueño, pesadillas, movimientos constantes y somnolencia diurna.

El temblor corporal disminuye durante el sueño, sin embargo, no desaparece en su totalidad. Los medicamentos utilizados para el control del padecimiento también explican los síntomas mencionados. Existe una serie de recomendaciones para mejorar la calidad del sueño en las personas con EP: es importante que el paciente se acueste y se levante a la misma hora todos los días de la semana, con lo cual se logra estabilizar el ciclo sueño-vigilia y darle continuidad al mismo, logrando así disminuir las molestias para conciliar el sueño. Se debe procurar que el lugar en donde duerme sea cómodo, recostarse en la postura que más favorezca el inicio del sueño y permanecer así hasta lograr dormir. Si la casa está ubicada cerca de algún lugar ruidoso, se recomienda utilizar tapones aislantes en los oídos para reducir el ruido que se percibe. Si entra mucha luz en la habitación y ésta le molesta, poner cortinas gruesas u oscuras y facilitar que utilice un antifaz de tela negra para dormir. Estas medidas sencillas ayudarán a dar mayor continuidad a su sueño y ayudarán a

disminuir la interrupción del mismo.

Es aconsejable retirar televisión, radio y reloj de su recámara porque son estímulos que interfieren con un sueño adecuado. Además, es pertinente que no cene ni ingiera líquidos en abundancia, si lo hace, tendrá necesidad de levantarse varias veces al baño, interrumpiendo la continuidad de su sueño.

En algunos pacientes, la dificultad para dormir se debe a la depresión y en ocasiones al medicamento utilizado. Un reajuste en la dosis así como la eliminación de la dosis por la noche (si es posible) puede ayudar al paciente a dormir mejor. Por otra parte ciertos pacientes requieren levodopa para dormir porque la falta de medicina les dificulta el movimiento en la cama.

Tomar en cuenta las recomendaciones anteriores logrará que el sueño sea restaurador y las molestias diurnas disminuyan.

Problemas de Nutrición

Sabemos que la alimentación juega un papel muy importante en la EP. Hay dos aspectos que debemos conocer y tomar en cuenta:

1. La dieta puede interferir con la adecuada absorción de la levodopa.
2. Una buena alimentación es importante para mantener el peso ideal y conservar un mejor estado de salud.

Con respecto a la absorción de la levodopa podemos mencionar algunos aspectos que pueden ayudar a mejorar el tratamiento: Este medicamento se absorbe en el intestino delgado, pasa a la sangre y posteriormente al cerebro donde se transforma en dopamina. Todo este proceso se debe de llevar a cabo en poco tiempo, ya que la vida media de la levodopa es de 60 a 90 minutos, lo que hace que el fármaco desaparezca rápidamente de la circulación. Cualquier aspecto que propicie un retraso en la absorción impide que la levodopa llegue al cerebro y por lo tanto su eficacia disminuya.

Las proteínas de los alimentos retrasan la absorción del medicamento, ya que éste se absorbe en el intestino por medio de un mecanismo transportador a base de aminoácidos, los cuales interfieren con la levodopa en los sitios de absorción. Cuando se consumen al mismo tiempo alimentos ricos en proteínas, como la leche o la carne, junto con la levodopa, compiten con el medicamento y evitan que se absorba adecuadamente.

Muchas personas que consumen levodopa y experimentan fluctuaciones en sus síntomas, pueden mejorar si no consumen proteínas al mismo tiempo que la medicina. Lo anterior no implica dejar de consumir proteínas, sino simplemente evitar consumirlas al mismo tiempo que el medicamento.

Otro aspecto importante es el vaciamiento gástrico, ya que cualquier retraso provoca una menor absorción del fármaco.

Si tomamos la levodopa junto con alimentos que retrasan el vaciamiento, como las grasas, proteínas y algunos carbohidratos en exceso, el medicamento se tarda más tiempo en el estómago y por lo tanto, disminuye su

absorción, lo que disminuye su eficacia.

El aumento de la acidez y los medicamentos anticolinérgicos (Biperiden, antidepressivos), también retardan el vaciamiento gástrico.

Por otro lado, una buena alimentación es muy importante para conservar el estado óptimo de nutrición. Se ha demostrado que los pacientes con EP pierden peso y presentan algunos indicadores de riesgo nutricional, como una cuenta total de linfocitos baja. Lo anterior se puede deber a una baja ingestión de alimentos o a un gasto energético elevado a causa de la enfermedad.

Es importante prevenir esta pérdida de peso, para lo cual se recomienda:

1. Que el paciente coma suficiente
2. Sentirse bien al momento de comer. Si se necesita más tiempo, es importante que sus familiares lo acompañen o tratar de prolongar la sobremesa.
3. Si existe algún problema para masticar o tragar, se debe modificar la textura y consistencia de los alimentos (picar o moler la comida).

Es importante conservarse en peso ideal, ya que la pérdida de peso puede traer muchos problemas, como desnutrición. El exceso de peso tampoco es recomendable, ya que podría empeorar la movilidad del paciente.

Consejos generales para la dieta.

Se recomienda que la levodopa sea ingerida por lo menos una hora antes de los alimentos. NUNCA se debe tomar el medicamento junto con alimentos ricos en proteínas (leche). Es recomendable tomarlos con jugos de frutas o te, con lo cual aseguramos su adecuada absorción.

Algunas veces, al inicio del tratamiento, el medicamento puede provocar náuseas o vómito. Si éstos son muy intensos se deberá dar un antiemético que el médico prescriba. Es importante no dejar de comer.

Se recomienda incrementar el consumo de FIBRA, ya que puede mejorar los movimientos intestinales y evitar el estreñimiento que es frecuente en este padecimiento. Los cereales integrales (pan, galletas, cereales), las verduras y las frutas son fuentes ricas de fibra. Además se aconseja consumir las verduras y frutas con cáscara.

Aumentar el consumo de frutas y verduras (variedad y colorido), ya que son un buen aporte de vitaminas y minerales.

Moderar los alimentos de origen animal y derivados. Reducir las grasas animales, para así disminuir el colesterol y evitar enfermedades cardíacas. Los alimentos que contienen menor cantidad de grasas son el pescado, el pollo sin piel y los productos descremados. Hay que preferir aceites vegetales (cártamo, maíz, girasol o de oliva). Evitar la manteca y la mantequilla. Consumir los alimentos de preferencia asados, cocidos, hervidos u horneados, evite freír.

Evitar el exceso de colesterol. No más de dos yemas de huevo a la semana

Se recomienda disminuir el consumo de sal; utilizar muy poca en la preparación de los alimentos y no añadir más a nuestra comida. La sal favorece la manifestación de problemas cardíacos y de hipertensión arterial.

Evitar los azúcares refinados o los productos como refrescos, dulces, pan dulce, helados, chocolates, etc.

Moderar el consumo de irritantes, como cafeína y alcohol.

Consumir suficiente agua (dos litros diarios).





V. ¿Cuál es el tratamiento médico que debe seguir el paciente con Enfermedad de Parkinson?

CRITERIOS FUNDAMENTALES EN EL TRATAMIENTO

- a. Tratar los signos y síntomas en la enfermedad
- b. Evitar los efectos adversos del tratamiento
- c. Limitar el avance de la enfermedad
- d. Hacer que prevalezca el bienestar del paciente
- e. Individualizar el manejo farmacológico (con medicamentos)
- f. Considerar el estado mental y afectivo
- g. Preservar las actividades cotidianas
- h. Evitar en lo posible, la dependencia física

Inicialmente deberá identificarse el estadio clínico en que se encuentra el paciente, para lo cual el empleo de la escala de Hoehn y Yahr facilita la tarea y permite distinguir las etapas de la enfermedad en forma simultánea al identificar: etapa inicial, enfermedad instalada o etapa final o grave.

Etapas inicial

Generalmente los pacientes presentan síntomas y signos que corresponden a los estadios clínicos I y II del Hoehn y Yahr donde el paciente lleva una vida prácticamente normal. Es importante que el paciente continúe sus labores cotidianas o profesionales y realice actividades físicas tales como caminatas -que resulta ideal para todos los pacientes-; natación y actividades que aumenten la habilidad manual o la conserven, como la jardinería o cualquier otra actividad que permita mantener la coordinación de los miembros superiores.

Enfermedad instalada

Corresponde a los estadios clínicos III y IV de Hoehn y Yahr, con evidente alteración motora a pesar del manejo médico adecuado, con trastorno de las actividades profesionales y cotidianas. En esta etapa, el objetivo es evitar la dependencia, manteniendo autonomía funcional, familiar y social. Es importante el apoyo que el médico le brinde, no solo terapéutico, sino también psicológico y afectivo, apoyado en un conocimiento sólido de la enfermedad y su manejo, debe explicarse al paciente el carácter crónico de la enfermedad y planear actividades que ayuden a sobrellevar la enfermedad.

La rehabilitación continua con un terapeuta físico puede ser de gran ayuda, con ejercicios que disminuyan la rigidez y mejoren la coordinación motora, la estabilidad postural y mantengan la fuerza muscular, la corrección de la marcha e incluyan rutinas de equilibrio.

Enfermedad avanzada

Se considera estadio V de Hoehn y Yahr a la declinación total de la eficacia del tratamiento médico, el paciente sufre una invalidez total con pérdida de la autonomía para casi todos los actos de la vida cotidiana, se considera etapa grave y la persona pasa la mayor parte del tiempo en cama o silla de ruedas. En esta fase el mantenimiento ortopédico es primordial, así como evitar las úlceras de presión por medio de movilizaciones pasivas y trabajo activo, aparatos de verticalización, técnicas de enderezamiento e instalación funcional en cama y sillón.



Manejo Médico

El manejo médico de la EP está basado en las necesidades individuales del paciente de acuerdo a la etapa de evolución de la enfermedad. Además, las circunstancias sociales, las condiciones emocionales y su situación laboral o funcional juegan un papel importante en la elección del tratamiento.

Las primeras drogas utilizadas fueron los anticolinérgicos como Amantadina, Biperiden, Trihexifenidilo, y aún hoy en día son empleados. En etapas iniciales pueden ser eficaces para controlar el temblor y la rigidez cuando la incapacidad sea de mínima a moderada. Los efectos indeseables que provocan son sequedad de boca, constipación, retención urinaria y confusión, por lo que la dosificación debe ser adecuada. Los agonistas dopaminérgicos se utilizan en estas etapas de la enfermedad aunque también se pueden agregar con Levodopa. La Selegiline y la vitamina E, se han propuesto para detener el proceso degenerativo de la EP. La Levodopa, que se ha venido empleando desde 1968, es un medicamento que reemplaza a la dopamina, en las neuronas de la sustancia nigra; ésta es un neurotransmisor producido por dichas células que en la EP sufren una desaparición prematura. Al ser metabolizada la Levodopa se convierte en dopamina en el cerebro.

Las preparaciones de levodopa empleadas son Levodopa-Carbidopa (Sinemet) y Levodopa-Bencerasida (Madopar). Usualmente, la Levodopa está reservada para pacientes cuya incapacidad o severidad de la sintomatología les cause dificultades laborales, funcionales, sociales, emocionales o económicas en su vida.

Actualmente se sabe que la Levodopa no evita la progresión de la enfermedad y que una excesiva dosificación, al cabo de los años, puede agotar su respuesta o inducir efectos severos como movimientos anormales (discinesias) o distonía de las extremidades (puede presentar una torsión de pie o de alguno de los miembros), así que la sola presencia del temblor no debe ser justificación para utilizarla en forma temprana. Sin embargo, cuando su empleo se hace necesario, la dosificación es importante, tal como seguir el horario prescrito, ya que su efecto promedio va de 4 a 5 horas. La ingesta de proteínas puede interferir con su absorción, por lo que se recomienda tomarla con agua, jugos, incluirse con refresco, nunca con leche, con un tiempo mínimo 1 hora o 30 minutos antes de los alimentos.

Los efectos indeseables de la levodopa han obligado a emplear otras sustancias que potencian o ayudan la acción de la levodopa, llamados agonistas dopaminérgicos, como la Bromocriptina, Pergolide y otras sustancias como la Selegiline, que pueden ser empleadas desde el inicio de la enfermedad, y a medida que la enfermedad progresa se utilizan conjuntamente con la levodopa a fin de utilizar dosis menores y evitar en lo posible, las complicaciones de la levodopa.

Debido a la depresión que pueden presentar los pacientes, se hace necesario el empleo de antidepresivos; si bien, la alteración del estado de ánimo puede ser consecuencia de la incapacidad funcional, la enfermedad misma produce alteración de ciertas sustancias que influyen en la presentación de estados depresivos, los cuales deben ser detectados a tiempo para evitar un deterioro temprano en las funciones mentales.

Problemas asociados al medicamento

Los anticolinérgicos producen como efectos secundarios más frecuentes, resequedad en la boca, estreñimiento y visión borrosa. También se ha descrito que estos fármacos pueden interferir en la memoria. Los agonistas dopaminérgicos pueden producir, como los demás antiparkinsonianos, trastornos mentales. No obstante, la levodopa es el fármaco que provoca cambios evolutivos motores en relación con su uso. La respuesta inicial a la levodopa, en general es muy satisfactoria, pero puede declinar con el tiempo. A los tres años de tratamiento responden adecuadamente menos del 60% de los pacientes, y a los 6 años, menos del 40%.

Muchos pacientes presentan efectos secundarios al uso de este medicamento, que pueden ser:

a) movimientos involuntarios, b) fluctuaciones de la capacidad de moverse y c) trastornos mentales. Los efectos indeseables de la levodopa que pueden presentarse al inicio del tratamiento son: náuseas, vómito, falta de apetito. Algunos pacientes raramente pueden presentar alucinaciones o estado confusional, trastornos del sueño y baja de presión (hipotensión postural); una vez adaptado el paciente, estos efectos pasan. Se considera que una buena respuesta con levodopa dura por lo menos 5 años, al cabo de los cuales su efectividad puede disminuir o se inician movimientos anormales, así como la presencia de fluctuaciones, fenómeno conocido como períodos "ON"- "OFF" (encendido -apagado).

Estos períodos "ON"- "OFF", afectan aproximadamente al 10% de los pacientes con uso crónico de Levodopa y a dosis altas, se manifiestan como impredecibles, períodos de movilidad, seguidos de inmovilidad súbita, y puede ocurrir de 1 a 2 horas después de haber tomado la levodopa.

a. Movimientos involuntarios o discinesias. Incluyen movimientos de cabeza, boca, tronco, manos o piernas que a veces son dolorosos. Las discinesias, en general, tienen relación con la dosis y el tiempo que lleva el tratamiento con levodopa. Este problema puede mejorar reduciendo la dosis de levodopa o agonista, pero con la probabilidad de empeorar los síntomas.


b. Fluctuaciones encendido-apagado. Este fenómeno, se parece a lo que sucede cuando apagamos o encendemos la luz. Los pacientes que lo padecen, pueden cambiar su estado de gran inmovilidad a estar completamente móviles en cuestión de minutos.

c. Trastornos mentales. En relación con el tratamiento de la enfermedad de Parkinson estos son un problema frecuente y de difícil solución. Este tipo de problemas suelen aparecer con más frecuencia en el paciente de edad avanzada. En muchas ocasiones, el paciente empieza a manifestar los trastornos mentales en forma de inquietud, nerviosismo o insomnio. Posteriormente, suelen aparecer conductas agresivas, paranoicas, y/o de desinhibición sexual. Este tipo de trastornos pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

Otras medidas terapéuticas

Aunque se han realizado centenares de trasplantes desde hace muchos años en pacientes con EP, tanto en Estados Unidos, México y en otras partes del mundo, aún persisten controversias sobre de la eficacia de este tratamiento. En la actualidad, existen varios tipos de intervención quirúrgica en la Enfermedad de Parkinson: cirugía ablativa (palidotomía y talamotomía), trasplante de tejido fetal y cirugía funcional. Cada técnica quirúrgica tiene sus propias indicaciones y podría decirse que la cirugía debe plantearse en función del tratamiento médico, complicaciones y problemas determinados: movimientos involuntarios o posturas anormales y espasmos musculares.

En cualquier caso, corresponde a su neurólogo, y en último término al equipo que vaya a realizar la intervención, dictaminar la conveniencia de la cirugía y el tiempo de la misma.



VI. ¿Qué puede hacer la familia?

Convivir con esta enfermedad se puede tornar difícil tanto para el paciente como para los familiares. Por esta razón, es importante que se informen acerca de la enfermedad. La participación de la familia es de vital importancia en el tratamiento del paciente. Ayudar al paciente con EP no significa hacer todas las cosas por él. Por el contrario, la principal función de la familia debe dirigirse a estimularlo y apoyarlo para que realice las actividades por sí mismo.

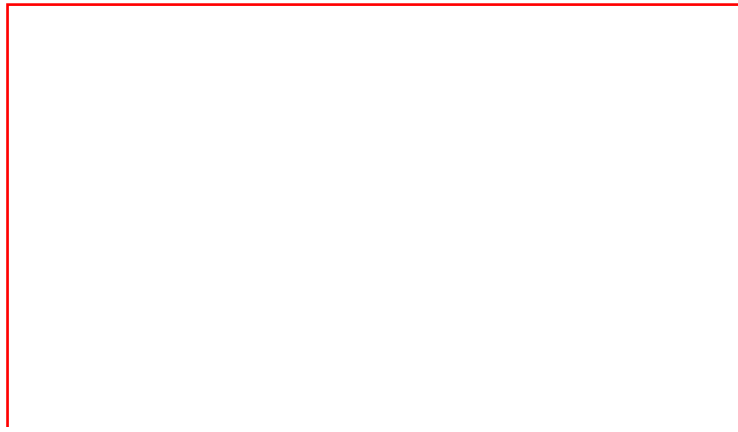
A continuación mencionaremos algunos lineamientos que se pueden tener en cuenta para el cuidado de un paciente con EP:

- El paciente debe estar activo física y mentalmente. Para ello es recomendable realizar actividades ocupacionales como jardinería, cestería, tejido, u otras que mejoren la destreza manual y sean del agrado del paciente. Los juegos de salón como damas, dominó o cartas mantienen el estado de alerta y favorecen la socialización.
- Para contrarrestar la pérdida de memoria que se observa en algunos pacientes, es indispensable cambiar las estrategias de recordación y evocación, como por ejemplo, tener una libreta en donde se anoten fechas importantes, lugares y citas; guardar las cosas siempre en el mismo lugar, tener un lugar específico para cada cosa y ser más organizados facilita la recordación.
- Los miembros de la familia, amigos cercanos y cuidadores primarios deben identificar los cambios tanto físicos como psicológicos que ocurren en los pacientes.
- El tratamiento médico no es suficiente para impedir la progresión de la enfermedad. Es necesario el empleo de terapia física y rehabilitación temprana, con objeto de preservar la funcionalidad física, anímica y ambiental y, de igual forma, disminuir la dependencia física de los pacientes.
- Dada la creciente incapacidad y dependencia del paciente es conveniente hacer adaptaciones en el hogar, así como implementar el uso de algunos aditamentos en la recámara, baño, etc., que pueden ser de mucha utilidad, como por ejemplo: colocar barras de apoyo en la casa, llaves de palanca, poner tapetes antiderrapantes en el baño, etc. Es recomendable que el paciente se bañe sentado y que utilice un cepillo de mango largo para bañarse así como utilizar un mango grueso de usos múltiples para los cubiertos (cuchillo, tenedor, cuchara). Cuando el temblor es intenso deben utilizarse platos y tazas con bases antiderrapantes y vasos con popote. Para el vestido se recomienda el uso de cierres tipo adherente "velcro", usar zapatos cómodos de calzar, sin agujetas y sin tacones.
- Para facilitar la escritura se recomienda utilizar lápices o bolígrafos gruesos.
- La lectura en voz alta, vocalizar, silbar o cantar ayudan a mantener el tono de la voz.
- La rigidez facial disminuye si se realizan ejercicios de mímica y gestos ante un espejo.

Es importante adoptar una perspectiva realista con respecto a la enfermedad por parte del médico, del paciente

y de la familia. Aunque la enfermedad de Parkinson es un padecimiento crónico, en la actualidad hay medicamentos que ayudan a controlar los síntomas. Es importante que el paciente con EP conozca y se informe acerca de la enfermedad, que participe activamente en los programas de rehabilitación física, que se integre a un grupo de apoyo, que esté en contacto con otros pacientes, con amigos y familiares de tal forma que no se aíse y aprenda a convivir con la enfermedad.









ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARKINSON

En 1994 se formó un grupo de apoyo para pacientes de Parkinson y sus familiares en el Departamento de Psicología Experimental del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Los beneficios para sus miembros son evidentes y a mediados de 1997, se decide que sus experiencias deben ser compartidas con todos aquellos que se encuentran en una situación similar. De esta manera, se legaliza ante el C. Notario Num. 69 del D.F. la Asociación Mexicana de Parkinson, A.C. (AMPAC), registrada EL 7 de octubre de 1997 ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como institución no lucrativa.

Objetivos :

1. Difundir los conocimientos acerca de la enfermedad de Parkinson y su tratamiento.
2. Formar grupos de apoyo para los pacientes con Parkinson y sus familiares en las principales comunidades y/o instituciones de salud del país.
3. Buscar apoyo económico para los trabajos de investigación sobre este padecimiento.

Los socios de AMPAC son pacientes con Parkinson, y sus familiares, amigos y profesionales interesados en mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE PARKINSON, A.C

Rio Becerra 5, Interior 13 (entre Viaducto y Av. Jalisco)

Colonia Tacubaya. Delegación Alvaro Obregón: Tel : 52 77 96 34

www.ampacparkinson.org.mx

E-mail : ampac@data.net.mx

GRUPO DE APOYO (GA).

Un grupo de apoyo se refiere a un grupo informal de personas (enfermos, familiares, amigos), que generalmente se reúnen en forma voluntaria y periódica para aprender acerca del cuidado y tratamiento de la EP, compartiendo experiencias sobre la enfermedad, además de ofrecer amistad, apoyo y entendimiento entre todos.

El grupo de Apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, se reúne el tercer viernes de cada mes en las instalaciones del Instituto, a las 12 :00 del día. Las pláticas se dictan mensualmente por expertos en el tema. Entre los temas típicos que se tratan en las reuniones se encuentran los siguientes: Sugerencias para el cuidado diario de los enfermos, Avances en tratamientos, Alteraciones del sueño, Nutrición, Rehabilitación física, Depresión.

Beneficios del Grupo de apoyo. Debido a que los familiares y cuidadores primarios de los pacientes afectados

con enfermedades crónicas presentan problemas que son producto de la necesidad del cuidado, los GA están diseñados para satisfacer las demandas de los cuidadores ya que son ellos los que reportan mayores beneficios. De acuerdo con los resultados que se obtuvieron de una encuesta aplicada a los asistentes al GA con la finalidad de conocer la opinión de los beneficiarios que les había aportado el grupo, después de asistir dos años al grupo de apoyo fueron: tener mayor información acerca de la enfermedad, conocer los síntomas, posibles causas, medicamentos y tratamientos actuales (reportado en 95% de los asistentes), además de sostener una mejor relación (88% de los participantes). Lo mismo sucedió con el hecho de tener un mejor conocimiento de las capacidades como cuidador primario. Resultó muy útil para los participantes entender cómo hacer frente a la enfermedad, y conocer a otras personas en la misma situación, además de compartir sus experiencias. El hecho de aprender nuevas estrategias para manejar al paciente también reportó grandes beneficios.



CARTEL CONMEMORATIVO DEL DIA DE ALZHEIMER 2002



