

DECÁLOGO DE PARKINSON PARA FARMACÉUTICOS

Elaborado por:



PARKINSON
GRANADA



FEDERACIÓN
ANDALUZA DE
PARKINSON



HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Colaboración:



Consejo Andaluz
de Colegios Oficiales
de Farmacéuticos

Con el aval social de la:



SEN

Sociedad Española
de Neurología



Prólogo

Hace diez años, elaboramos este decálogo de la enfermedad de Parkinson para farmacéuticos, nacido de las fructíferas relaciones que el Grupo Farmanova inició tres años antes, con las distintas asociaciones de pacientes, buscando una mejora en su asistencia, a través de nuestros establecimientos de salud. Y siempre con la colaboración de nuestros Colegios profesionales, en este caso directamente con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales Farmacéuticos.

Ahora y bajo la fortaleza de la cooperativa BIDAFARMA, realizamos esta actualización por parte de los autores, con la intención de renovar las actualizaciones de la patología y atención al paciente, por parte de las farmacias.

Desde el primer día, los responsables de la Asociación de Parkinson en Granada nos demandaron un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales que más visitan. Para ello, a través de la asociación y su gerente, la psicóloga Ana Rodríguez Fernández, su trabajadora social, Macarena Toral Iranzo con

la coordinación del neurólogo del complejo hospitalario Virgen de las Nieves, D. Carlos J. Madrid Navarro, han renovado este decálogo, que lo que busca es la extrapolación de sus buenas praxis en manos de los profesionales de la farmacia. Pero además y gracias a la profesionalidad de este trabajo, contamos con el aval social de la SEN (Sociedad Española de Neurología), que le da aún más si cabe, una importantísima relevancia al decálogo.

Un paso más, en la implicación de la farmacia con la sociedad española. Siempre de la mano de nuestros Colegios profesionales, que velan por la calidad de nuestro servicio, de los pacientes que nos solicitan actualizaciones y servicios acordes a las nuevas necesidades y como no puede ser de otra manera de los profesionales médicos, que conocedores de la patología y su tratamiento, también necesitan de nuestra implicación en el resultado final del control de la misma.

Antonio Mingorance Gutiérrez
Presidente Bidafarma



Autoras

Rodríguez Fernández, Ana

Psicóloga.

Asociación de Parkinson Granada.

Toral Iranzo, Macarena

Trabajadora Social.

Asociación de Parkinson Granada.

Asesoramiento y revisión

Dr. Madrid Navarro, Carlos J.*

Neurólogo de la Unidad de Trastornos de Movimiento del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

*Responsable de la actualización de este decálogo en 2024





Decálogo para Farmacéuticos

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, incapacitante cuya sintomatología motora principal se produce por la pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en nuestro país; se estima que en España hay unas 160.000 personas afectadas por esta enfermedad¹. La edad media de comienzo está en torno a los 60 años, aunque 1 de cada 5 pacientes es diagnosticado antes de los cincuenta años.

La etiología es desconocida, confluyendo en la mayoría de los individuos factores genéticos y ambientales. Su curso clínico es muy heterogéneo en lo que se refiere a la sintomatología, la velocidad de progresión y la respuesta a los fármacos.

La enfermedad de Parkinson viene definida por determinados síntomas motores (temblor, rigidez muscular, bradicinesia o enlentecimiento de los movimientos e inestabilidad postural), aunque la mayoría de pacientes presenta síntomas no motores (manifestaciones cognitivas, trastornos anímicos, estreñimiento, trastornos de sueño, pérdida de olfato, hipotensión ortostática, seborrea, etc.) con importante repercusión en la calidad de vida.

El objetivo del presente decálogo es complementar la información del profesional de la farmacia y su equipo para mejorar la comunicación con las personas afectadas de enfermedad de Parkinson. Se ha hecho especial hincapié en la sintomatología no motora.

¹ Federación Española de Parkinson. Libro Blanco. 2015

Depresión y Ansiedad.





Son síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson y tienen una gran prevalencia llegando incluso a preceder en una década la sintomatología motora de la enfermedad.

La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza constante, sensación de culpa, anhedonia, alteraciones del sueño y apetito, poca energía y falta de concentración. Afecta negativamente la calidad de vida y el bienestar de la persona, ya que **deteriora aún más la función física y dificulta realizar las actividades de la vida diaria**. Los fármacos dopaminérgicos,

especialmente los agonistas dopaminérgicos pueden ser eficaces para mejorar el ánimo, si bien a veces es necesario asociar algún antidepresivo.

La ansiedad en personas con parkinson puede empeorar algunos síntomas propios de la enfermedad como el temblor. Conforme la enfermedad progresa, se relaciona con los periodos “off”.

**El sueño se altera
en el 70-98%
de las personas
con enfermedad
de Parkinson...**

2



...y repercute en la calidad de vida y el estado cognitivo, aumentando incluso el riesgo de caídas¹.



1 Sus causas son diversas y pueden relacionarse con:

El avance de la propia enfermedad.

La propia sintomatología motora (discinesias, temblores, rigidez muscular, etc.).

El efecto secundario de algunos fármacos (los fármacos dopaminérgicos son con frecuencia causa de hipersomnias).

Otros (nicturia).

2 Recomendaciones no farmacológicas:

Insomnio

Mantener actividad física regular.
Iluminación y temperatura adecuada.
Ambiente tranquilo que induzca el sueño.
(música tranquila, leer, darse un baño, etc).
Establecer rutinas y horarios fijos para ir a la cama.
Evitar dormir durante el día.

Trastorno de conducta del sueño REM

Evitar alimentos y bebidas estimulantes.
Utilizar técnicas de relajación.
Crear un ambiente seguro para el paciente
(barandillas, eliminar mobiliario, etc.).

Sueño excesivo diurno

Permanecer activo durante el día.
Ejercicio físico regular.
Evitar tareas de riesgo (conducir, manejo de máquinas peligrosas, etc.).

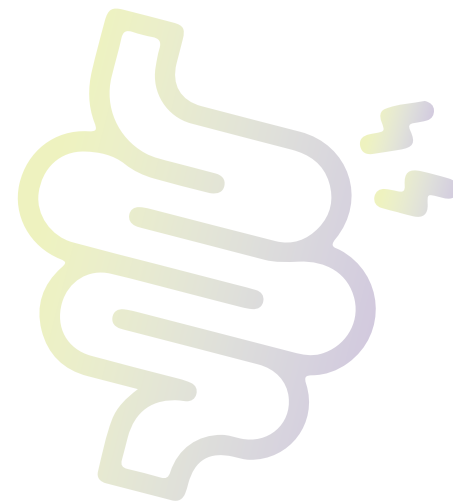
Síndrome de piernas inquietas

Baños calientes.
Masajes.
Ejercicios de relajación.

El estreñimiento es un síntoma muy común en la enfermedad de Parkinson y uno de los síntomas no motores que provoca mayor malestar.



Se debe a la confluencia de varios mecanismos: Enlentecimiento del tránsito intestinal, determinados fármacos y la disfunción anorectal.



Su tratamiento debe complementarse con medidas no farmacológicas como:



Aumentar la hidratación y la ingesta de fibra, realizar comidas más pequeñas con menos espacio en el tiempo, preparar platos fáciles de digerir o evitar alimentos ultraprocesados o la cafeína ya que parece tener un efecto deshidratante.



Incorporar hábitos en el aseo: regularizando los horarios de las comidas y de las evacuaciones, mejorando la postura en las evacuaciones (apoyar pies en un taburete), evitar contener la respiración, etc.



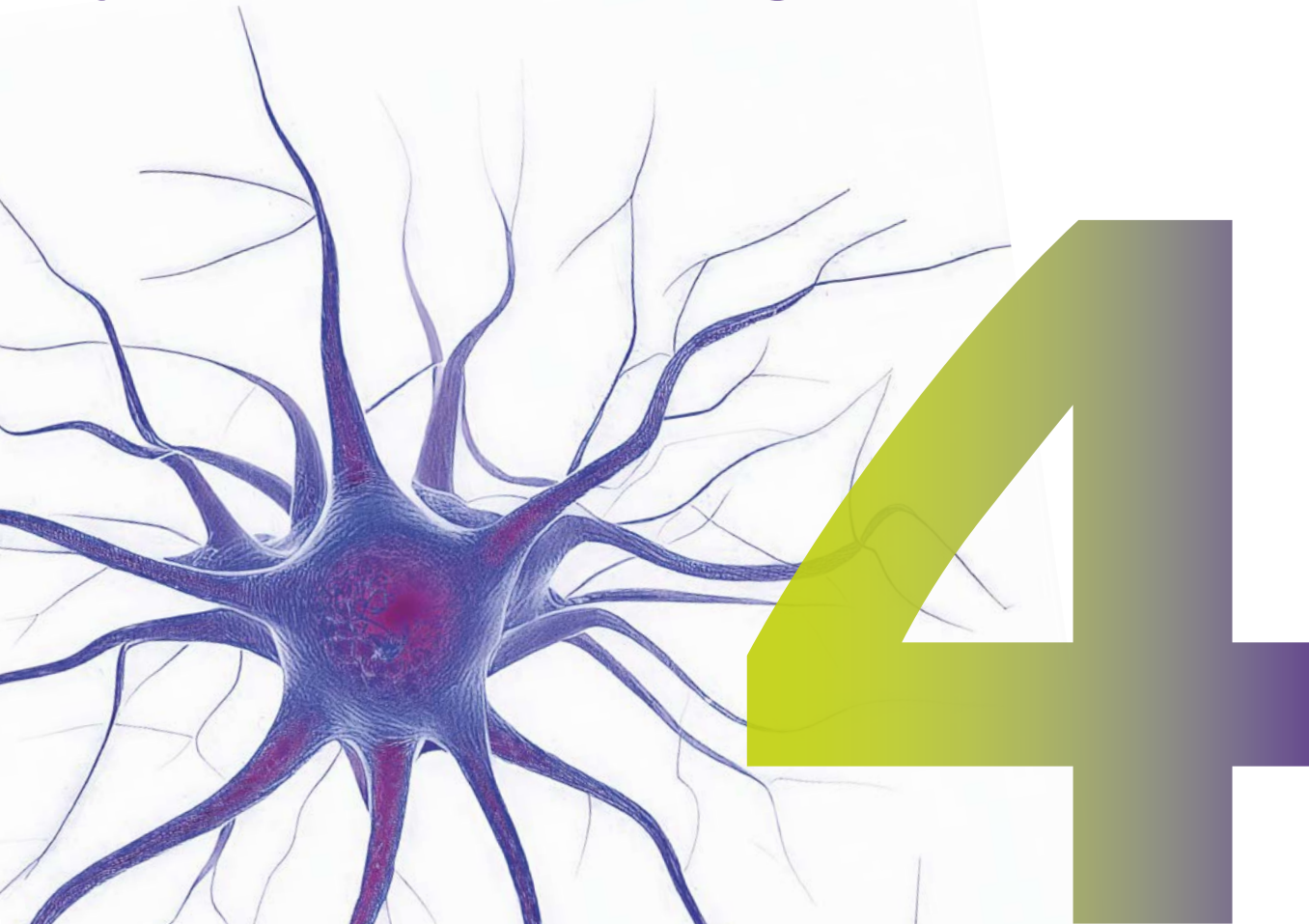
Realizar ejercicio físico diario en la medida que se pueda.



Masaje abdominal por un fisioterapeuta especializado.

Si estas estrategias fallan, el médico puede indicar, durante periodos no prolongados, el uso de laxantes osmóticos o fármacos procinéticos, estos últimos con precaución ya que pueden empeorar la sintomatología motora.

Otros síntomas no motores son la **pérdida de olfato**, la **seborrea**, la **sudoración excesiva**, la **sialorrea**, la **incontinencia**, la **hipotensión ortostática** y los **trastornos cognitivos**.



Este tipo de síntomas no siempre se relacionan con la enfermedad de Parkinson y son de gran importancia para la persona que los padece.



La **seborrea, la sudoración excesiva, la sialorrea y la incontinencia** deterioran la autoestima, favorecen o empeoran la depresión y pueden provocar incluso aislamiento social.



La **hipotensión ortostática** está presente en casi la mitad de los pacientes con enfermedad de Parkinson, especialmente en fases más avanzadas. Suele manifestarse como mareos con los cambios de postura (ortostatismo), fatiga o cansancio e incluso como síncope. Muchos pacientes presentan este problema aun habiendo sido hipertensos durante años, por lo que a veces es necesario reducir, retirar o modificar el horario de los fármacos de la tensión arterial. Con frecuencia hay que revisar los fármacos que toma el paciente.



Los **trastornos cognitivos** se pueden presentar desde el inicio de la enfermedad, aunque es en fases avanzadas cuando alcanzan en algunos pacientes un grado importante, llegando a definir una demencia.



Los aspectos cognitivos principalmente alterados son:

Memoria

Memoria de trabajo y memoria explícita.

Funciones frontales ejecutivas

Procesos mentales para la elaboración de un comportamiento complejo y adaptado a los imprevistos.

Funciones visuoespaciales.

Numerosos fármacos pueden ser parkinsonizantes, y otros pueden generar efectos secundarios cuando interactúan con la medicación propia de la enfermedad.

5



Principales fármacos que pueden inducir síntomas parkinsonianos y por lo tanto deben evitarse²

Potencial parkinsonizante	Fármacos	Alternativa
Mayor potencial "parkinsonizante"	<p>Neurolépticos típicos o clásicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenotiacinas: clorpromazina, flufenazina, trifluoperazina, tioridazina, tietilperazina, etc. • Butirofenonas: haloperidol, droperidol • Difenilbutilpiperidinas: pimozida • Tioxantenos: flupentixol, zuclopentixol <p>Neurolépticos atípicos: olanzapina, risperidona, aripiprazol, etc.</p> <p>Antieméticos/procinéticos: metoclopramida, cleboprida, cinitaprida, etc.</p> <p>Antivertiginosos: sulpirida</p> <p>Antagonistas del calcio (preventivos en la migraña): flunarizina</p>	<p>Quetiapina Clozapina</p> <p>Domperidona Ondansetrón</p> <p>Antihistamínicos de segunda generación (excepto, cetirizina y loratadina)</p> <p>Betabloqueantes Topiramato</p>
Menor potencial "parkinsonizante"	<p>Amiodarona Ácido valproico ISRS Litio Petidina Metildopa Inhibidores de la colinesterasa</p>	<p>Según la indicación</p>

Principales interacciones farmacológicas²

Antiparkinsoniano	Fármaco que evitar o usar con precaución	Riesgo de la interacción
Rasagilina Selegilina Safinamida	Efedrina Pseudoefedrina Petidina Dextrometorfano Triptanes ISRS (menos estricto con la safinamida) Venlafaxina Duloxetina ATC	Hipertensión arterial (no descrito con la safinamida) Neurotoxicidad, síndrome serotoninérgico. Síndrome serotoninérgico
Levodopa	ATC Fenitoína Sales de hierro Dietas hiperproteicas	Potenciación del efecto Antidepresivo Disminución del efecto Antiparkinsoniano Disminución de la absorción de hierro (espaciar 2-3 horas) Disminución de la absorción de levodopa
Apomorfina	Neurolépticos Antihipertensivos y fármacos vasoactivos Ondansetrón Riesgo de hipotensión grave	Efecto antagonista Potenciación del efecto Antihipertensivo Riesgo de hipotensión grave

Bromocriptina	Alcohol etílico	Aumento de la toxicidad del antiparkinsoniano
Bromocriptina y cabergolina	Eritromicina y claritromicina	Aumento de la toxicidad del antiparkinsoniano
Cabergolina	Antihipertensivos	Aumento del efecto hipotensor
Ropinirol	Ciprofloxacino y estrógenos	Aumento de la toxicidad de ropinirol

Es necesario educar al paciente en la importancia de respetar las dosis y las tomas pautadas por el especialista y ofrecerle recursos que le ayuden a mantener el tratamiento indicado: uso de pastilleros, alarmas, etc.

Así mismo, es importante evitar la automedicación, ya que existen muchos fármacos, incluso accesibles sin receta médica, que pueden interactuar con la medicación de parkinson.

En pacientes con una enfermedad de Parkinson avanzada debería respetarse siempre el uso de la misma marca de medicación de antiparkinsonianos, pues en esta fase de la enfermedad suele existir un estrecho margen terapéutico con alto riesgo de empeorar las complicaciones motoras.



**La dieta es importante
para mejorar la absorción
de la medicación.**



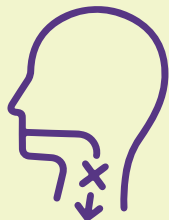
Una dieta saludable ayuda a tener más energía, maximizar el efecto de la medicación y fomentar el bienestar general. Los pacientes con fluctuaciones motoras pueden notar una menor eficacia de la medicación tras las comidas.



Este fenómeno se ha relacionado con el hecho de que los alimentos ricos en proteínas interfieren en la absorción de la levodopa a nivel intestinal.

Recomendaciones cuando existen complicaciones motoras:

- **Separar la toma de la medicación de la alimentación**
(mínimo UNA hora antes de las comidas o DOS horas después).
- **Redistribución de las proteínas**
(tomarlas en la cena) aunque habría que tener en cuenta si existen problemas para dormir.
- **Dietas con restricción de proteínas como última opción.**



En fases avanzadas puede aparecer **disfagia, causa frecuente de infecciones respiratorias por el paso de comida a las vías respiratorias. En estos casos se recomienda acudir a logopedia.** Además, en estas fases los síntomas motores también pueden provocar

dificultad para la autoalimentación, por lo que se puede acudir a un terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta. En ambos casos se podrá valorar la necesidad de adaptar la alimentación (triturados, uso de espesantes, etc).

Se pueden presentar efectos secundarios derivados de la medicación que es importante identificarlos como tales para poder comentárselo al especialista y poder solucionarlos ya que interfieren gravemente en la calidad de vida del paciente y sus familiares.



Aunque se pueden dar con todos los fármacos antiparkinsonianos son especialmente frecuentes con el uso de agonistas dopaminérgicos.



Psicosis inducida por fármacos

• Oscilan entre ilusiones o alucinaciones visuales con insight preservado hasta alucinaciones sin insight preservado y delirios complejos.



Trastorno del control de los impulsos

• Imposibilidad de resistir un impulso o atracción para realizar un acto que acaba siendo dañino para uno mismo o su entorno. Las formas más frecuentes son: hipersexualidad, ludopatía, compras compulsivas e ingesta de comida de forma compulsiva.



Síndrome de disregularización dopaminérgica

• Se trata de un consumo compulsivo de levodopa en dosis superiores a las necesarias para obtener un buen control de los síntomas motores.



Conductas estereotipadas o repetitivas

• Consiste en la realización de rituales motores automáticos y sin finalidad, no asociados a compulsión, que producen en el paciente una fascinación intensa e improductiva.

Tras varios años de tratamiento con levodopa la respuesta a la medicación **deja de ser uniforme**, apareciendo lo que conocemos como **complicaciones motoras** (fluctuaciones motoras o periodos ON/OFF y discinesias).



Las fluctuaciones motoras ON/OFF aparecen cuando una persona a lo largo del día alterna momentos en los que nota el efecto de la medicación, encontrándose en una situación de mejor movilidad (fase ON) con otros momentos en los que los síntomas empeoran, y el paciente se encuentra bloqueado, más rígido o con aumento de temblor (fase OFF). Estas fluctuaciones pueden aparecer por diferentes causas, obedeciendo a mecanismos farmacocinéticos y/o fármacodinámicos.

Para **reducir las fluctuaciones** motoras se recomienda:



Tomar los comprimidos con una bebida carbonatada para acelerar el inicio de su efecto.



NO tomar la Levodopa con las comidas ya que determinados alimentos disminuyen su absorción.



Tratar adecuadamente el estreñimiento para mejorar el tránsito intestinal.

Junto a las fluctuaciones del efecto de la medicación es frecuente encontrar en los momentos de máxima eficacia, movimientos anormales o **discinesias** que pueden llegar a ser discapacitantes y que también afectan a la autoestima de las personas afectadas.



La **demencia** se
puede presentar
en **estadios avanzados**
de la enfermedad



y está relacionada con una mayor duración de la enfermedad, una edad de inicio de ésta más avanzada y predominio rígido-acinético.

El prototipo es un **síndrome disejecutivo** frontal (planificación, flexibilidad cognitiva, inhibición, etc.), aunque también se pueden ver afectados otras funciones como la memoria a corto plazo, la fluidez verbal, la funciones visuoespaciales y la velocidad de procesamiento ³.

³Escamilla Sevilla, F., González Torres, V., Moya Molina, M.A. Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson, 2022.



Hay un conjunto de enfermedades que se denominan como **parkinsonismos atípicos** y se caracterizan por compartir sintomatología con el parkinson (temblor, rigidez, lentitud, torpeza, etc.)

10



En ellos suele aparecer con mayor frecuencia el deterioro cognitivo, dando lugar en muchos casos a demencias.



Discernir entre uno y otros requiere de una gran pericia, experiencia médica, y una buena exploración neurológica.

En los parkinsonismos atípicos, la respuesta a los fármacos, la intensidad de los síntomas y la

evolución es diferente a la de la enfermedad de Parkinson. El tratamiento complementario con terapias físicas es posible, pero al igual que con los fármacos, se debe adaptar a las características de estas enfermedades, siendo común una mayor necesidad de continuidad de las terapias.



Para un **abordaje integral de la enfermedad de Parkinson** es necesario además de la atención médica y farmacológica, una serie de **terapias complementarias** que ayuden a mantener una adecuada calidad de vida.





Estas terapias impartidas por profesionales especializados en la enfermedad de Parkinson se pueden encontrar en las **Asociaciones de pacientes**.



La **fisioterapia** se centra en los problemas de la movilidad y comprende una serie de ejercicios y estrategias para mejorar la sintomatología motora.



Para mejorar la comunicación con los demás la **logopedia** trabaja los trastornos del habla, la voz, la deglución y la expresión facial.



El **apoyo psicológico** proporciona estrategias para un adecuado afrontamiento de la enfermedad y manejo de la sintomatología ansioso-depresiva que se pueda presentar. Los Grupos de Ayuda Mutua también son una herramienta muy útil que ofrece soporte emocional, facilita el intercambio de información y mejora la autoestima.



La **terapia ocupacional** permite a las personas con parkinson adaptar y desarrollar habilidades que le ayuden a funcionar con su nuevo nivel de capacidad y favorecer su independencia.



Ejercitar y estimular las capacidades mentales con el fin de preservar un adecuado funcionamiento cognitivo es uno de los objetivos de la **Estimulación Cognitiva**.



En los últimos años se han ido incorporando otras terapias que están demostrando ser de gran utilidad en la rehabilitación de la enfermedad de Parkinson: hidroterapia, tai-chi, musicoterapia, etc.

Prestar **atención social**
a la persona afectada de
parkinson y a su familia
es de vital importancia.

12



En primer lugar, para proporcionar un apoyo y acompañamiento durante todo el proceso de su enfermedad, informando y resolviendo dudas sobre el parkinson, pero también para proporcionar asesoramiento sobre las ayudas y recursos disponibles en su entorno que ayude a mejorar su calidad de vida. Las más frecuentes son:



Valoración de su grado de discapacidad y de la Movilidad reducida que a su vez podrá dar derecho a la Tarjeta de Aparcamiento.



Reconocimiento de su situación de dependencia: una vez le sea reconocido un grado I, II o III podrán acceder a prestaciones económicas o servicios.



Servicio de Ayuda a Domicilio



Servicio de Teleasistencia



Servicio de Voluntariado/Acompañamiento



Ingreso Mínimo Vital



Etc.



Parkinson y salud mental



13

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, es **parte fundamental de la salud** y sustenta nuestras capacidades para enfrentarnos al mundo.

Estudios recientes relacionan una peor percepción de la salud a nivel subjetivo, así como de la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas⁴.

A lo largo de la vida, hay múltiples factores de riesgo que pueden mermar nuestra salud mental, así como factores de protección que se dan también durante toda la vida y aumentan la resiliencia. Tener una enfermedad crónica puede aumentar el riesgo de alterar nuestra salud mental, incluso puede agravar la sintomatología de ésta.

La promoción y la protección de la salud mental debe ser una prioridad desde todas las esferas.

¿Qué podemos hacer para mantenerla?

Hacer frente a las situaciones estresantes de forma efectiva.

Mantener relaciones sociales saludables y significativas.

Establecer metas y desafíos realistas.

Mantenerse activo físicamente.

Buscar ayuda cuando sea necesario.

⁴ García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista Roa MA, Ibañez-Pinilla E, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev. salud. bosque. 2022;12(1):1-13



Elaborado por:



Colaboración:



Con el aval social de la:



DECÁLOGO DE **PARKINSON PARA FARMACÉUTICOS**