



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ENFERMEDAD DE
PARKINSON: ABORDAJE
ENFERMERO**

Autor/a: Gloria Robles Gaitero.

Tutor/a: Pedro Gabriel Martin Villamor.

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa, crónica, de deterioro progresivo, del sistema nervioso central, actualmente padecida por más de cuatro millones de personas en el mundo. Sus síntomas principales son: temblor, rigidez muscular, bradicinesia e inestabilidad postural. El objetivo del presente trabajo es actualizar la labor de enfermería en esta enfermedad y averiguar si su papel es fundamental. Para lograr dicha finalidad se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las diferentes bases de datos. A partir de los resultados obtenidos, en los que es fundamental que el diagnóstico sea precoz, se han establecido una serie de conclusiones; el personal de enfermería en un paciente con EP se encarga de la evaluación, plan terapéutico y seguimiento y sus intervenciones son de vital importancia para poder garantizar la máxima asistencia y cuidado enfermero, así como para mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, papel de enfermería, cuidado enfermero, calidad de vida.

ABSTRACT

Parkinson is a chronic neurodegenerative disease. It develops progressively on the central nervous system. Nowadays it affects more than four million people all around the world. The symptomatology, mainly refer to muscle rigidity, bradykinesia, and postural instability gait disorder or akinetic-rigid. The point of this document is to analyze the relationship between parkinson disease and nursing, and to emphasize that its role is vital. In order to achieve this target, a bibliographic study will be made, attending those different parameters and data. And then, departing from the results, without forgetting that an early diagnosis is extremely important, a sort of conclusions will be held. Nursing in the parkinson disease will focus on evaluating the patient, therapy plan and monitoring. All these items are equally important to ensure the maximum assistance and nursing care, so as to improve quality of life.

Keywords: Parkinson Disease, nursing role, nursing care, quality of life.

ÍNDICE:

- Justificación.....	3
- Objetivos.....	4
- Metodología.....	5
- Desarrollo del Tema	
▪ Marco teórico.....	6
▪ Principales cambios que produce la EP en la vida del paciente.....	9
▪ Principales intervenciones de enfermería tras el diagnóstico del paciente con EP.....	12
▪ La carga del cuidador principal.....	17
▪ La calidad de vida del paciente.....	19
▪ Planteamiento de un abordaje terapéutico multidisciplinario.....	20
- Discusión/ Conclusiones.....	22
- Bibliografía.....	24
- Anexos.....	26

JUSTIFICACIÓN

La *enfermedad de Parkinson* (EP) es la segunda enfermedad degenerativa del sistema nervioso central más frecuente en nuestro medio tras la enfermedad de Alzheimer y actualmente son más de cuatro millones de personas en el mundo los que sufren de esta enfermedad¹.

Esto produce un impacto muy importante en la calidad de vida de los afectados y aumenta a casi el doble su mortalidad. Por lo que existe una creciente concienciación social de la necesidad de una asistencia de calidad y especializada de estos pacientes. Además supone un coste económico muy importante para el país que, con el envejecimiento de la población y de las nuevas terapias, es posible que se incremente.

Esta afección tiene una incidencia anual de 8- 18 casos por cada 100. 000 habitantes y es mayor en los países desarrollados probablemente debido a la mayor exposición a pesticidas u otras toxinas y afecta a personas mayores de 60 años, sin distinción sexual. Sin embargo, alrededor del 5- 10% de las personas con enfermedad de Parkinson presenta la enfermedad de inicio temprano que comienza antes de los 50 años y suelen tener un importante componente hereditario. En casos muy raros los síntomas parkinsonianos pueden aparecer antes de los 20 años en lo que se conoce como parkinsonismo juvenil^{1,9}.

Actualmente no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión, por ello el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente.

Es de gran importancia el prestar una atención multidisciplinar a las diversas áreas de problemas que se le pueden presentar en su vida al enfermo de Parkinson y a su cuidador habitual.

El equipo de enfermería es un recurso fundamental para cualquier persona que tenga que tratar con los desafíos asociados a esta enfermedad, pero el dueño más importante, sin lugar a duda es el propio paciente. Debido a que la EP es muy cambiante, la comunicación, la persistencia y la educación van a ser factores claves desde el punto de vista de enfermería para resolver los problemas a los que estas personas van a enfrentarse cada día.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Actualizar el papel de la enfermería en un paciente con enfermedad de Parkinson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los principales cambios que produce la enfermedad en la vida del paciente.
- Describir las principales intervenciones de enfermería tras el diagnóstico de un paciente con enfermedad de Parkinson.
- Analizar la carga del cuidador principal, así como la calidad de vida del sujeto que padece la enfermedad.
- Plantear un abordaje terapéutico multidisciplinario señalando el papel determinante de enfermería.
- Destacar la importancia de las diferentes estrategias rehabilitadoras.

Abreviaturas:

- EP: Enfermedad de Parkinson.
- PAI: Proceso Asistencial integrado.

METODOLOGÍA

Para conseguir los diferentes objetivos propuestos en este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje enfermero en la EP con un total de dos libros, dos guías informativas y veinte artículos científicos. Para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferentes bases de datos y revistas científicas.

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “Patients, Parkinson disease and nursing care”, con filtros de fecha (posteriores a 2010) especie (humans). Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión; artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no trataran específicamente de los pacientes con la enfermedad de Parkinson y cuidados enfermeros. Se han obtenido así siete artículos entre los cuales seleccionamos uno. Con las palabras clave “quality of life” y “Parkinson disease” y los mismos filtros y criterios de inclusión y exclusión, se examinaron setenta y cinco abstracts seleccionando un solo artículo para su análisis completo.

- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Enfermedad de Parkinson” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.

- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones de enfermería” se han examinado ocho artículos encontrados en Google académico y otro, de gran interés, en la biblioteca electrónica Scielo.

- NNNconsult: esta base de datos se ha utilizado para buscar intervenciones y actividades de enfermería en la Enfermedad de Parkinson.

- Se ha buscado también información en las revistas del grupo editorial Elsevier que trataran temas de neurología, revisando otros nueve artículos científicos.

Por último, se recogió información de la Asociación de Parkinson de Valladolid (Aparval) situada en el barrio de San Pedro Regalado, que nos proporcionó un libro y dos guías informativas, muy útiles para conocer los aspectos generales de la enfermedad

y el punto de vista de los pacientes. Asimismo, también sirvió de gran ayuda la documentación que esta asociación tiene colgada en su página web (<http://aparval.es>).

DESARROLLO DEL TEMA

Marco teórico

La *enfermedad de Parkinson* la describió en 1817, James Parkinson un médico británico que la denominó inicialmente “parálisis temblorosa”.

Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica, de deterioro progresivo del sistema nervioso central, resultado de la pérdida de células productoras de dopamina.

Aparece cuando las neuronas de una zona cerebral conocida como *substantia nigra*, mueren o presentan deterioro. Estas neuronas lo que hacen es producir dopamina, un mensajero químico encargado de transmitir las señales entre la *substantia nigra* y el *corpus striatum*, para que la actividad muscular sea voluntaria y fluida².

La pérdida de dopamina genera un desorden de todas las células nerviosas del *corpus striatum*, lo que provoca en el paciente no poder controlar y dirigir sus movimientos de manera natural.

Hay estudios que demuestran que los pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson tienen una pérdida del 80 % de células productoras de dopamina.

No se conoce la causa exacta del deterioro celular, aunque hay diversas teorías que hablan del daño oxidativo, toxinas ambientales, predisposición genética y envejecimiento acelerado.

Suele ser un trastorno degenerativo que tiene una evolución lenta. La escala de *Hoehn y Yahr** (escala que se utilizan los neurólogos para medir la gravedad) divide la EP en cinco estadios³:

- *Estadio 1*: el afectado mantiene aún la postura erecta y conserva su expresión facial. Pueden aparecer síntomas en un solo lado del cuerpo. Al caminar pueden arrastrar un poco los pies, también pueden presentar rigidez y discinesias.
- *Estadio 2*: la alteración postural comienza a ser más evidente, y la expresión facial esta ya afectada. La realización de las actividades de la vida diaria se complican por la aparición de la bradicinesia.

- *Estadio 3 y 4:* los síntomas se agravan; la dificultad para caminar y mantener el equilibrio puede ser importante. Suelen provocar caídas, al pararse o girar. Aparecen dificultades en la comunicación y las sensaciones dolorosas y de fatiga se incrementan.
- *Estadio 5:* necesita ayuda de una tercera persona para todo tipo de actividad y las alteraciones del lenguaje se acentúan.

Los primeros síntomas de la enfermedad son suaves, aparecen de forma gradual en un lado del cuerpo y aunque acaben siendo bilaterales, suelen ser menos graves en un lado que en el otro. Este periodo puede durar largo tiempo antes de que aparezcan los síntomas más específicos y obvios.

Los familiares o amigos suelen ser los primeros en observar los cambios, como la pérdida de expresión facial, cierta lentitud e inseguridad.

Los principales *síntomas motores* son los siguientes^{4,7}:

- *El temblor:* es el principal síntoma característico de la enfermedad. Se presenta en un 79- 90% de los pacientes. Es un movimiento rítmico hacia adelante y hacia atrás. Generalmente comienza en una mano, aunque a veces puede afectar primero a un pie o a la mandíbula. Suele desaparecer con el sueño y mejorar con el movimiento.
- *La rigidez:* está presente en más del 90 % de los pacientes con EP y es causada por un incremento del tono muscular que afecta a todos los grupos musculares. Los músculos permanecen en tensión o contraídos y el paciente se siente poco flexible y afectado por dolor muscular. Suele ser asimétrica a lo largo de la evolución de la enfermedad y en estadios avanzados es casi siempre bilateral.
- *La bradicinesia:* es el síntoma más incapacitante de la EP. Produce un retardo y una pérdida del movimiento espontáneo y automático. Al principio afecta solo a los músculos distales, pero con el tiempo se afectan todos los grupos musculares y causa dificultades en las actividades de la vida diaria. Este síntoma es un poco frustrante ya que el paciente no puede realizar con rapidez movimientos rutinarios.
- *La alteración de la marcha/Inestabilidad postural:* hace que los pacientes adquieran una inclinación hacia delante o hacia atrás y se caigan con facilidad. Se produce un enlentecimiento de la marcha y una festinación (pasos

progresivamente más rápidos y cortos). También se caracteriza por bloqueos o congelación durante el inicio de la marcha. Es el último síntoma de la EP.

El *diagnóstico* del Parkinson se hace mediante una evaluación clínica de la presencia de una combinación de las cuatro características principales y es fundamental que sea precoz.

Actualmente, no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión. Por ello, el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente, para así obtener la máxima calidad de vida del paciente.

Los pacientes con Parkinson suelen recibir el tratamiento en los centros de atención primaria y solo se dirigen al hospital cuando presentan complicaciones o para iniciar nuevas opciones de tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico clínico, se debe decidir si se trata o no, el tipo de terapia más indicada y el fármaco más adecuado. Hay cuatro tipos de *tratamiento*⁵:

- *Preventivo*: intenta evitar o enlentecer su progresión.
- *Sintomático*: para restaurar los niveles normales de dopamina.
- *Cirugía*: a través de diferentes técnicas quirúrgicas.
- *Restaurador*: son las técnicas actuales que se utilizan para el tratamiento.

En las etapas iniciales de la EP, suele iniciarse el tratamiento con uno o varios de los medicamentos menos potentes como anticolinérgicos o amantadinas. El tratamiento más potente con Levodopa se deja para la época durante la que los pacientes lo necesiten más.

Levodopa o L- dopa es el fármaco por excelencia para tratar el Parkinson (las células nerviosas pueden utilizar levodopa para fabricar dopamina y suplir el suministro decreciente que hay en el cerebro). Tiene la función principal de retrasar el inicio de los síntomas debilitantes y permitir a los pacientes prolongar el periodo en el que puedan llevar vidas normales y productivas.

Es un fármaco muy eficaz para reducir los síntomas, pero no detiene la progresión de la enfermedad. Presenta efectos secundarios y hay que tener cuidado con su uso a largo plazo. Generalmente los pacientes combinan levodopa con carbidopa con el objetivo de intentar evitar o disminuir alguno de los efectos secundarios².

Uno de los tratamientos que se está utilizando actualmente es la administración de L-dopa intraduodenal a través de PEG. Esta opción se utiliza como alternativa al tratamiento con L-dopa en comprimidos cuando el paciente, tras buena respuesta al tratamiento por vía oral, presenta un empeoramiento de los síntomas con fluctuaciones motoras⁶.

En la mayoría de los casos, los fármacos para la EP según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente son; levodopa (el principal y más importante), bromocriptina y pergolida, selegilina, agentes anticolinérgicos, amantadina y rotigotina.

En general, el tratamiento de la EP requiere un enfoque integral, centrado en el paciente y una evaluación y aportes multidisciplinarios sólidos.

El *pronóstico* de vida de un paciente con Parkinson es generalmente el mismo que para quien no padece la enfermedad, sin embargo, el ritmo de progresión de la EP hasta alcanzar una fase avanzada es variable de unos pacientes a otros⁷. Una vez alcanzada esta fase, la enfermedad sigue un ritmo homogéneo y la discapacidad física y cognitiva aumenta a medida en que aparece una serie de complicaciones en las etapas tardías como ahogos, neumonías y caídas que pueden conducir a la muerte.

Principales cambios que produce la EP en la vida del paciente

Las personas con Parkinson pueden experimentar síntomas motores y no motores y van a dar lugar a numerosos cambios en las actividades de la vida diaria del paciente. Estos cambios serán muy diferentes en cada persona, ya que cada una puede experimentar diferentes síntomas.

Los *síntomas motores* (temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural) llevan a producir cambios importantes en el enfermo relacionados con la movilidad¹, lo que unido a los cambios por el envejecimiento constituirán un gran reto en el paciente con Parkinson.

Estos síntomas causan dificultades a la hora de realizar actividades de la vida diaria como caminar, subir y bajar escaleras, acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse y escribir.

Suelen ser muy comunes las *dificultades para tragar y masticar*, en estos casos los alimentos y la saliva pueden acumularse en el fondo de la garganta, lo que podría ocasionar ahogos⁸.

También se producen *cambios en el habla*: los pacientes hablan muy suavemente, arrastran o repiten palabras, o hablan demasiado rápido.

Las caídas son también muy frecuentes en las personas con EP por problemas con el control muscular, la marcha, el equilibrio y las posturas. Los factores de riesgo son los cambios en la vista, los movimientos oculares y el control de la atención.

Los *síntomas no motores* pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad desde los estadios iniciales hasta los estadios finales, pudiendo llegar a dominar la EP a medida que evoluciona. Estos síntomas tienen tendencia a agravarse a medida que evoluciona la enfermedad y por tanto pueden producir también cambios importantes en la vida del paciente.

Encuestas recientes ponen en evidencia que cerca del 90% de personas con EP tienen al menos un síntoma no motor, y un 10% presenta hasta cinco síntomas no motores

Síntomas neuropsiquiátricos los más importantes que experimenta el paciente durante la enfermedad y que conlleva a producir cambios en él son⁹:

- *Depresión*: ocurre durante largos periodos de tiempo en el 40% de personas con EP. Además del efecto indeseado que la depresión causa en el estado de ánimo, puede empeorar todos los síntomas del Parkinson.
- *Ansiedad*: se puede presentar al mismo tiempo que los síntomas depresivos o puede parecer de forma independiente. Son muy característicos en la ansiedad los ataques de pánico.
- *Demencia y otros problemas cognitivos*: Suele aparecer en pacientes con EP en fase avanzada. Se produce una pérdida progresiva de las funciones cognitivas que interfieren en las actividades de la vida diaria del paciente. Es habitual que los pacientes tengan problemas de memoria y razonamiento lento.
- *Conductas repetitivas (hipomanía)*: el paciente tiene una fascinación compulsiva con tareas repetitivas y mecánicas y la necesidad de repetirlas.

También se puede presentar en el enfermo *alteraciones en el sueño*: los pacientes se despiertan con facilidad, tienen sueño intranquilo y a menudo tienen pesadillas. Afectan

a un 50- 60% de las personas con EP y son uno de los principales factores responsables de la disminución de la calidad de vida.

Respecto a los *síntomas sensitivos- sensoriales*:

- *Dolor*: puede afectar a un 40- 75% de las personas con EP y puede ser agudo o crónico.
- *Alteraciones en el sentido del gusto*: afecta al disfrute de los alimentos.
- *Alteración en el sentido del olfato*: puede ser detectada en algunas personas no tratadas, recién diagnosticadas con el Parkinson. Afecta hasta un 90% de las personas con Parkinson y es uno de los síntomas motores más comunes

Síntomas relacionados con el sistema nervioso autónomo/ sistema vegetativo:

- *Incontinencia urinaria o estreñimiento*: en algunos pacientes, pueden producirse problemas con la vejiga y el intestino debido al mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo. Se pueden volver incontinentes o tener problemas para orinar. En otras, puede producirse estreñimiento.
- *Hipotensión ortostática*: los pacientes experimentan bajadas de tensión, cuando cambian de posición, sobre todo cuando pasan de estar tumbados a levantados.
- *Disfunción sexual*: a menudo causa disfunción eréctil debido a sus efectos sobre las señales nerviosas del cerebro o a una mala circulación sanguínea.

Otros síntomas no motores que conllevan a producir cambios en el paciente son:

- *Visión borrosa y doble*: por efectos secundarios de la medicación.
- *Cansancio*: el paciente presenta una sensación de abatimiento, fatiga o falta de energía. Puede tener una gran repercusión en la calidad de vida, y en la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias. La fatiga es uno de los primeros síntomas de la EP en manifestarse.
- *Problemas en la piel*: en la EP es habitual que la cara del paciente se vuelva grasienta y la piel seca por el mal funcionamiento del s. nervioso autónomo.

Algunos de estos síntomas no motores como: anomalías olfativas, trastornos de sueño, estreñimiento y depresión pueden a menudo preceder a los síntomas motores y actuar como un marcador precoz que pueden ayudar a dirigir hacia el diagnóstico de la EP, pero no pueden utilizarse por sí solos, necesitamos de los síntomas motores⁸.

Principales intervenciones de enfermería tras el diagnóstico de un paciente con enfermedad de Parkinson.

El impacto en la EP en los pacientes y su entorno es multidimensional por lo que su abordaje socio- sanitario debe tener en cuenta todos los factores con la participación de diferentes profesionales, en especial del personal de enfermería. Así la naturaleza crónica y progresiva de la EP, junto a la diversidad de los síntomas, obliga a plantear un abordaje terapéutico, donde el personal de enfermería juega un papel determinante¹⁰, especialmente en atención primaria.

Una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, se recomienda realizar una valoración integral por el personal de enfermería de atención primaria sobre hábitos de vida saludable, estado nutricional, autonomía funcional, riesgo de caídas, y patrón del sueño para así establecer un plan terapéutico individualizado¹¹.

En cada visita del paciente con EP a la consulta de atención primaria, el personal de enfermería debe valorar:

- Estado de salud general, autonomía funcional, y grado de dependencia.
- Adherencia y respuesta al tratamiento.
- Evolución de los síntomas cardinales: bradicinesia, rigidez, temblor y trastornos de la marcha.
- Aparición y evolución de otros síntomas: fluctuaciones motoras, discinesias, dificultad de la deglución, problemas urinarios, estreñimiento, hipotensión ortostática, trastornos del sueño y alteraciones del olfato.
- Nutrición y actividad física.

También el personal de enfermería debe establecer *medidas de protección* según el estado funcional:

- Prevención de caídas.
- Prevención de aparición de úlceras por presión, mediante la escala de Norton.
- Cribado de malnutrición mediante la herramienta Must.

Se debe prestar especial atención a la *detección precoz, evaluación y tratamiento* de los principales problemas clínicos, motores, y no motores que pueden aparecer en el transcurso de la EP.

El paciente con EP cuando acude a la consulta debe realizar un *modelo de autoinforme horario* que consiste en un método a modo de diario para evaluar la función motora del paciente durante 24 h, y en el que constan las horas de sueño, la fase activada/ On (es el periodo en el que las medicinas de la EP están haciendo efecto, por lo tanto disminuyen los síntomas), la fase desactivada/ Off(es el periodo en el que las medicinas de EP no hacen efecto, por lo tanto aumentan los síntomas) y las discinesias/ Fase On con discinesias(movimientos anormales e involuntarios de los músculos voluntarios que suelen asociarse a la fase de activación y suelen ser el resultado de los altos niveles de levodopa en sangre). Este modelo permite así un correcto ajuste de las dosis de levodopa o las horas de medicinas según los resultados.

Un estudio exhaustivo de las *intervenciones de enfermería* en pacientes con Parkinson excede los límites de este trabajo por lo que hemos seleccionado aquellas intervenciones que consideramos más importantes basándonos en el PAI (Proceso Asistencial Integrado) ^{11, 10}.

NIC (1800): ayuda con el autocuidado. El papel de enfermería también es ayudar y motivar al paciente para realizar las diferentes actividades de la vida diaria como el baño/ higiene, vestirse/ arreglo personal, alimentación, micción/ defecación y así poder mejorar su autovalencia.

Las actividades que se deben realizar son:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.
- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.

NIC (5602): enseñanza: proceso de enfermedad. El personal de enfermería tiene que ayudar al paciente a comprender la información relacionada con la EP, ya que el conocimiento es una herramienta esencial en la naturaleza siempre cambiante del Parkinson. Cuando el paciente acude a la consulta es necesario que exprese todas sus dudas y temores, para que así este informado lo mejor posible.

Las actividades que se deben realizar en el paciente con EP son:

- Proporcionar información al paciente acerca de la EP.
- Describir los signos y síntomas comunes de la EP.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.

- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponible.
- Describir las posibles complicaciones crónicas que puede desencadenar la EP.

NIC (5616): enseñanza: medicamentos prescritos. También se tiene que preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar los efectos secundarios.

Las actividades que se deben realizar son:

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos.
Las proteínas pueden interferir en la absorción de los fármacos por lo que se aconseja una buena redistribución de las comidas y suprimirlas por la noche.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación prescrito. (modelo de autoinforme horario).

Normas generales de tratamiento farmacológico del Parkinson⁵

1. Comenzar siempre con dosis bajas de fármacos e ir aumentando la dosis muy lentamente.
2. Evitar fármacos con conocida capacidad parkinsonizante.
3. Utilizar domperidona si se presentaran vómitos o hipotensión ortostática.
4. Evitar el uso de anticolinérgicos en personas mayores de 60 años.
5. Ante cualquier efecto secundario no grave, hay que disminuir la dosis total a la inmediata inferior, pero nunca suspender bruscamente la medicación dopaminérgica.

NIC (6490): Prevención de las caídas. La caída es un accidente muy común en las personas con EP, por lo que se deben establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas. El personal de enfermería debe colaborar para una mayor seguridad y protección. La caída también se puede producir en una paciente con *hipotensión ortostática*¹² por una bajada de tensión al cambiar de posición o por efectos secundarios de la medicinas. El personal de enfermería debe realizar test del ortatismo, el cual consiste en la medición de la tensión arterial acostado, sentado y de pie.

Las actividades que se deben realizar son:

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Contralar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.

También se debe valorar la necesidad de tratamiento rehabilitador de forma individualizada.

NIC (0221), (0222), (0224), (0226): terapia de ejercicios. Ambulación - equilibrio-movilidad articular- control muscular. Hay que fomentar en el paciente las diferentes terapias de ejercicios en la EP. La ambulación para estimular y ayudar al paciente con EP a caminar, el equilibrio con la utilización de actividades posturales y movimientos específicos, y el control muscular y la movimientos articulares con movimientos específicos para así mejorar el movimiento controlado del cuerpo.

Las actividades que se deben realizar son:

- Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación y en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios para que así el paciente consiga resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites de dolor, resistencia y movilidad articulares.

NIC (0440): entrenamiento intestinal. Los pacientes con Parkinson suelen experimentar a menudo estreñimiento ya que sus funciones gástricas disminuyen, por lo que es muy importante ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados y así solucionar el problema.

Las actividades que se deben realizar son:

- Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado para así llevar una vida independiente y activa y contribuir en su bienestar físico y mental.

NIC (1850): mejorar el sueño. A menudo los pacientes con EP tienen el patrón de sueño alterado, por lo que es necesario garantizar correctos hábitos de sueño, así como ciclos regulares de sueño- vigilia. Es importante que el paciente informe de las dificultades que tiene para dormir y de los síntomas que experimenta y así poder dar comienzo a un tratamiento adecuado para aliviar los problemas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Las actividades que se deben realizar son:

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Determinar el patrón de sueño- vigilia del paciente.
- Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño.

NIC (4976): manejo de la comunicación. Durante la evolución de la EP el paciente puede presentar problemas en la comunicación verbal, no verbal y escrita por lo que se deben de emplear estrategias que aumenten las capacidades de comunicación.

Las actividades que se deben realizar son:

- Colaborar con la familia y logopeda para desarrollar un plan para una comunicación eficaz.

NIC (5400): potenciación de la autoestima. La mayoría de los pacientes con EP presentan depresión por lo que es necesario ayudar al paciente para mejorar su estado de ánimo y autoestima durante la enfermedad.

Las actividades que se deben realizar son:

- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

NIC (7040): apoyo al cuidador principal. La mayoría de los pacientes con Parkinson en estadios avanzados de la enfermedad necesitan de un cuidador, por lo tanto hay que ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta al profesional sanitario.

Las actividades que se deben realizar son:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.

- Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.

En definitiva, para permitir una continuidad en los cuidados enfermeros es necesaria la realización de una serie de intervenciones y actividades de enfermería que comprendan el abordaje de un paciente con enfermedad de Parkinson. Las necesidades más demandadas van a estar relacionadas con la movilidad, la eliminación y el sueño/reposo.

En *los estadios 3 y 4* de la EP, es necesario que el personal de enfermería realice diferentes programas de orientación y formación ante las complicaciones de los tratamientos y cuidados y en el *estadio 5* programas de orientación domiciliaria para la orientación y seguimiento de los cuidados y complicaciones y también es importante que se ofrezcan servicios de información y atención continua que den respuesta a sus necesidades¹³.

La falta de información acerca de la enfermedad es muy común en los pacientes y cuidadores de Parkinson, por tanto la existencia del personal de enfermería que proporcione información especializada cuando el afectado la requiera es una medida de enorme valor sanitario.

La carga del cuidador principal

La enfermedad de Parkinson impacta en la calidad de vida del sujeto que la presenta, pero también ocasiona una carga para el cuidador¹⁴.

La “*carga para el cuidador*” se define como; grado en el cual este percibe que su salud, vida social, y estado financiero son alterados como consecuencia del cuidado de la persona que presenta la enfermedad. Los síntomas no motores, las complicaciones motoras y las caídas incrementan dicha carga en el cuidador.

Los cuidadores presentan un papel clave en el mantenimiento de una adecuada calidad de vida y de la autonomía del sujeto con EP.

La principal actividad del cuidador va a ser la atención constante y la vigilancia, procurando que el enfermo de Parkinson nunca este solo por si necesita ayuda. Por tanto deben manejar unos criterios sanitarios básicos entorno a: la movilidad, higiene, nutrición, prevención de úlceras, incontinencia, descanso y actividades de ocio¹⁴.

Según la encuesta EDAD 2008, el 90% de los pacientes con EP requieren cuidados y éstos se tienen que aplicar todos los días. Aunque un reciente estudio en EEUU encontró que más del 40% de personas con EP no reciben ningún cuidado neurológico después del diagnóstico, y por lo tanto son más propensos a ir a residencias para el cuidado¹⁵.

Conforme avanza la enfermedad el tiempo de cuidados es mayor, alcanza hasta 17- 18 h diarias en fases avanzadas de la EP y el afectado requiere unos cuidados más específicos y concretos¹⁶.

Se pueden distinguir tres tipos de cuidadores:

- Personas que residen en el hogar (familiares).
- Personas empleadas en el hogar (residentes o no en el mismo).
- Personas no residentes en el hogar (amigo cercano).

Por sexo, el 99% de los cuidadores externos son mujeres y solo un 1% varones. Por edad, presentan una media de 47 años y en su mayoría están casados (77%).

Algunas investigaciones han encontrado que cuidar a pacientes neurológicos implica riesgos para la salud física y mental de los cuidadores. Por tanto la EP no solo deteriora la salud del propio enfermo, sino la del cuidador como consecuencia del propio papel que desempeña¹⁷.

Los problemas de salud en los cuidadores son frecuentes y en más de la mitad de los casos se dan después de cuidar, ya que estar expuesto a estrés constante (como las manifestaciones de la EP y la progresiva atención que requieren los pacientes) tiene alto riesgo para la salud.

La constante y continua actividad del cuidado al afectado puede llegar a generar un impacto psicológico muy intenso pudiendo llegar a presentar en el cuidador altos niveles de depresión (48%) y ansiedad (38%) que dependen de la habilidad y los recursos del cuidador, la sobrecarga e impacto de la enfermedad y se relaciona con problemas físicos, mentales y socioeconómicos que afectan las relaciones sociales, intimidad y libertad del cuidador.

Los *cuidadores familiares* juegan un papel fundamental ya que la EP tiene un importante impacto en la vida de éstos. Constituyen un verdadero soporte económico de una enfermedad con un coste social muy caro y aportan un importante apoyo afectivo y

emocional, aunque muchas veces el hecho de que un miembro de la familia tenga Parkinson va a producir una situación de desequilibrio que desestructura la unidad familiar. Por lo tanto, cuidar a la persona enferma ha de implicar cuidar al cuidador con la disposición personal de ambos¹⁸.

En el estudio de Zaragoza realizado por el programa de investigación Renace de 2016, se han identificado tres elementos clave para mejorar el proceso de convivencia de pacientes con la EP y familiares cuidadores¹⁹:

- Aceptación: es un aspecto clave en el proceso de convivencia con la EP. Es un proceso interno y libre de la persona a través del cual esta reconoce su realidad y la asume.
- Adaptación: También es importante para aprender a vivir en la nueva situación de la EP y adaptarse lo mejor posible a ella.
- Automanejo: imprescindible para aprender a gestionar y manejar su situación con iniciativa e cierta independencia.

Calidad de vida del paciente con Parkinson

La calidad de vida relacionada con la salud se define como: aquellos aspectos que representan bienestar en el paciente afectado por una enfermedad o que recibe un tratamiento.

La calidad de vida de la EP debe ser vista desde diferentes dimensiones: física, mental y social con influencia de factores subjetivos como el nivel de bienestar corporal o la autoimagen y factores objetivos como el estatus social del enfermo, las condiciones sociales o el marco clínico de la enfermedad²⁰.

La EP es una de las enfermedades neurológicas más discapacitantes que evoluciona lentamente, pero acaba afectando a las rutinas diarias más básicas y por lo tanto a la calidad de vida del paciente⁹.

El deterioro de la calidad de vida es mayor con la progresión de la enfermedad. Por tanto, una peor calidad de vida en el paciente incluye depresión, gravedad de la enfermedad y disfunción cognitiva.

Según un estudio realizado en España y EEUU, son diferentes los *factores* que ayudan a incrementar la calidad de vida del enfermo con EP como:

- Medicación sin efectos secundarios, y no tener más enfermedades.

- Sueño estable, ausencia de dolores, control de esfínteres.
- Ausencia de depresión y realizar ejercicio físico con terapias rehabilitadoras.
- Neurólogo claro y explicativo y un médico de cabecera accesible y frecuente.
- Vivir en propio domicilio y ser visitado por familia extensa.
- Tener relaciones de amistad frecuentes y realizar actividades a diario.
- Tener una vivienda adaptada y con un acceso cómodo.

Planteamiento de un abordaje terapéutico multidisciplinario

Los pacientes afectados por la EP precisan de una asistencia continuada, integral e interdisciplinar para así: retrasar la aparición de las manifestaciones clínicas, controlar los síntomas, prevenir complicaciones, disminuir la discapacidad, promover la autonomía y dar apoyo psicológico²¹. En este sentido, son importantes las unidades específicas asistenciales: organizaciones de profesionales que se dedican a la asistencia global y continuada de los pacientes y pueden depender de un hospital, de un centro socio sanitario o de unidades de atención primaria.

También es fundamental que el *abordaje terapéutico sea multidisciplinar* para una enfermedad tan compleja y multifacética como el Parkinson, con atención adaptada a sus necesidades específicas y a las de su familia y cuidadores⁸.

El *equipo interdisciplinar* consta de diferentes especialistas como: neurólogos, geriatras, médicos rehabilitadores, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales y personal de enfermería. Todos estos deben de trabajar en equipo y con una buena comunicación para el éxito del enfoque multidisciplinar del tratamiento de Parkinson.

El **papel de la enfermería** en un paciente con EP es de verdadera importancia ya que se encarga de la evaluación (anamnesis, exploración física), del plan terapéutico con una valoración integral sobre hábitos de vida saludable, estado nutricional, autonomía funcional, riesgo de caídas y patrón de sueño y de un seguimiento individualizado en función de las características del paciente.

El objetivo del equipo interdisciplinar y sobre todo del personal de enfermería con las diferentes intervenciones y actividades es mejorar la calidad de vida y disminuir la discapacidad y el grado de dependencia, para así retrasar o evitar el ingreso en un centro socio sanitario o en una residencia asistida.

También hay que destacar la importancia de las estrategias **rehabilitadoras del resto del equipo multidisciplinario** para que así el paciente logre la mejor calidad de vida posible. Las que ayudan a mejorar a un paciente con EP son:

- *Fisioterapia*: es el tratamiento de la disfunción o lesión física por medios físicos en lugar de con medicación. Ayuda a retrasar la progresión de los trastornos motores y con mayor grado de autonomía para realizar actividades de la vida cotidiana. Hay estudios que demuestran que un programa de fisioterapia mejora a largo plazo las habilidades motoras²².
- *Ejercicio físico*: es una parte fundamental del tratamiento de la EP y muy beneficiosa para los síntomas motores y no motores. El programa de ejercicios es útil en cualquiera de los estadios, especialmente en el 1, 2 y 3, pero la mejoría funcional se mantiene mientras haya una continuidad en el programa²³. Además diversos estudios han demostrado que el ejercicio en personas con EP aporta beneficios complementarios al tratamiento farmacológico²⁴.
- *Logopedia*: Ayuda a las personas a comunicarse lo mejor posible, al evaluar y tratar los problemas del habla, el lenguaje y la comunicación y pueden llegar a provocar un lenguaje hipofónico, monótono, farfullante y atropellado en estadios avanzados²⁵. Estudios demuestran que esta estrategia rehabilitadora es muy eficaz en pacientes con EP.
- *Terapia ocupacional*: el objetivo del terapeuta es ayudar a la persona con EP a participar en las actividades básicas de la vida diaria.
- *Psicología*: El apoyo psicológico y emocional es necesario para afrontar de manera eficaz lo que conlleva esta enfermedad. Los pacientes afectados de EP que participan en los grupos de terapia son personas con cierto grado de autonomía que muestran interés por intercambiar experiencias con otros afectados, recibir apoyo y aprender estrategias para adaptarse de forma saludable a la enfermedad²⁶.

También se debería promover como reto para el futuro otras terapias beneficiosas como la danzaterapia, musicoterapia y risoterapia ya que diversos estudios han demostrado que pueden mejorar la rehabilitación de alteraciones motoras, el equilibrio y la marcha con la consecuente disminución del riesgo de caída²⁷.

Se ha realizado una encuesta en España por organizaciones de pacientes de ámbito estatal que valora la satisfacción de los pacientes crónicos con la calidad de asistencia

sanitaria recibida en los últimos 12 meses. Los resultados han sido una valoración baja (5,2 /10) de la calidad asistencial y se han realizado diferentes propuestas de mejora de las condiciones de asistencia sanitaria de los pacientes crónicos²⁸:

- Reducir el tiempo de espera para conseguir cita.
- Ofrecer información sobre el tratamiento recibido, en este caso, de la EP.
- Mejorar la coordinación entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento. En la EP, entre el neurólogo y los diferentes miembros del equipo interdisciplinario.
- Eliminar las barreras que dificultan el acceso al tratamiento.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

En nuestra opinión, desde el punto de vista de enfermería, es importante fomentar la toma de conciencia acerca de la evolución del Parkinson, entender lo que significa vivir con una enfermedad degenerativa, los tratamientos disponibles, los efectos secundarios de la medicación y las repercusiones económicas y sociales de la EP en la sociedad. Hay que entender y comprender que el Parkinson es una enfermedad que va más allá del temblor.

1. Tras la revisión de diferentes artículos científicos, hemos podido comprobar que no se puede establecer un diagnóstico basándose en los síntomas no motores, pero estos sí que pueden actuar como un marcador precoz. Además el reconocimiento de estos síntomas va a ser esencial para el tratamiento de la EP, ya que son una causa importante de hospitalización y el principal factor generador de costes en la EP. Por lo tanto podemos afirmar que *en la EP es de vital importancia que el diagnóstico sea precoz*. Un diagnóstico precoz permite mejorar la calidad de vida, disminuir la discapacidad, los costes de atención sanitaria, y tener un acceso más rápido al tratamiento.

2. *Las diferentes intervenciones de enfermería son fundamentales para poder garantizar la máxima asistencia y cuidado enfermero, así como para aliviar los signos y síntomas más incapacitantes del paciente*. Por lo tanto, el papel de enfermería, en una enfermedad como la del Parkinson, es de verdadera importancia, ya que desde nuestra posición y competencias estamos en situación idónea para resolver los desafíos de esta enfermedad. La educación, la

comunicación y la persistencia son factores claves para poder resolver los problemas a los que se enfrenta el paciente en su vida diaria.

3. Existe una relación entre la calidad de vida del sujeto y la carga del cuidador, ya que a peor calidad de vida del sujeto mayor carga del cuidador, por lo que la *presencia del cuidador va a ser fundamental para mantener la calidad de vida del paciente.*
4. En la práctica, un abordaje terapéutico multidisciplinar para el tratamiento del Parkinson puede proporcionar mecanismos de adaptación encaminados a reducir las repercusiones de los síntomas del Parkinson y mejorar a largo plazo la calidad de vida del paciente. Por lo tanto *un abordaje terapéutico multidisciplinar que combine tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es imprescindible, además mejora la calidad de asistencia sanitaria y conduce a un mejor resultado para los pacientes.*
5. *Son esenciales las diferentes estrategias rehabilitadoras dirigidas a aliviar los síntomas y mitigar las consecuencias, para prevenir las complicaciones y conseguir una mayor autonomía e independencia del paciente.*

Pero ni el personal del equipo sanitario, ni la medicación son suficientes para vencer la enfermedad y sus síntomas, lo más importante está en el propio paciente y su espíritu de lucha contra la enfermedad, por lo que consideramos que un programa que estimule el autocuidado individualizado es indispensable para mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Agradecimientos:

- A la Asociación de Parkinson “Aparval”; por explicarme las dudas que tenía sobre la Enfermedad de Parkinson y ofrecerme diferentes libros para el desarrollo de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas Hutton J, Lynne Dippel R. Guía práctica de la asistencia y cuidado del paciente de Parkinson. Ediciones Témpera S. A.; 2002.
2. Carretero M. Enfermedad de Parkinson. Medicación sintomática. *Offarm* 2006; 25 (8):116-118 [Internet] [consulta el 10 de Febrero de 2016]; Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13094135&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=152&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v25n08a13094135pdf001.pdf
3. Asociación Parkinson Aragón. La enfermedad de Parkinson [internet].2013 [consulta el 24 de febrero de 2016]; Disponible en: www.parkinsonaragon.com
4. Pastor P, Tolosa E. La Enfermedad de Parkinson; Diagnostico y avances en el conocimiento de la etiología y en el tratamiento. *Medicina Integral* 2001; 37 (3) [Internet][consulta el 2 de marzo de 2016]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-enfermedad-parkinson-diagnostico-avances-10021650?referer=buscado>
5. Diz L, Ávila P, Diz R. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Jano* 2005; 68: 1146- 9.
6. Ballesteros J, Sánchez S, Estrada JM. Caso clínico; Plan de cuidados para el paciente con Parkinson en tratamiento con L- Dopa intraduodenal. *Revista Científica Sociedad Española Enfermería Neurológica* 2011; 34(2): 50- 53.
7. Kulisevsky J, Luquin MR, Arbelo JM, Burguera JA, Carrillo F, Castro A: et al. Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (parte 1). *Neurología* 2013; 28(8): 503- 521.
8. PK Parkinson. Red pacientes [Internet].2014[consulta el 25 de Febrero de 2016]. Disponible en: <http://redpacientes.com/wikillness/parkinson>
9. Bloem BR. Atención multidisciplinaria de personas con enfermedad de Parkinson. La vida con Parkinson; European Parkinson's Disease Association (EPDA). Países Bajos. 2011
10. Base de datos NNN Consult, Disponible en <http://www.nnnconsult.com/nic>
11. Mínguez Castellanos A: et al. Proceso asistencial integrado de la enfermedad de Parkinson [Internet]. Sevilla: 1º edición, 2015. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Junta de Andalucía. [consulta el 2 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1870/1/PAI_Parkinson_2015.pdf
12. Reconde D, Enamorado I, Díaz L. Acciones de Enfermería en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista Biomédica Medwave* 2007; 7(1)[Internet][consulta el 4 de febrero de 2016]; Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/2006/enero2007/2720>
13. González García B, García Chasco G, Martínez López M, Tirado Fernández S, Marcos Eva C, Martín Jiménez A. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y demandas. Colección Estudios. Serie Dependencia. IMSERSO. 2008
14. Rodríguez M, Camacho A, Cervantes A, González P y Velázquez S. Factores Asociados a la calidad de vida de sujetos con enfermedad de Parkinson y a la carga en el cuidador. *Neurología* 2015; 30 (5): 257- 263.
15. Ray E, George BP, Leff B, Allison W. The coming crisis. Obtaining care for the growing burden of neurodegenerative conditions. *Neurology* 2013; 80 (21): 1989-1996 [Internet][consulta el 6 de febrero de 2016]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3716348>
16. Arroyo M, Finkel L. Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. *Revista española de discapacidad (Redis)* 2013; 1(2): 25- 49. [Internet] [consulta el 12 de marzo de 2016]; Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4868150>

17. Paz F. Predictores de Ansiedad y Depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. Revista ecuatorial de neurología [internet].2010[consulta el 10 de febrero de 2016]; Disponible en:
<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Predictores-de-Ansiedad-y-Depresi%C3%B3n-en-Cuidadores-Primarios-de-Pacientes-Neurol%C3%B3gicos.pdf>
18. Anaut S, Méndez J. El Entorno familiar ante la Provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson . Portularia 2011; 11 (1): 37- 47 [Internet]. [consulta el 1 de marzo de 2016]; Disponible en:
http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4926/entorno_familiar_parkinson.pdf?sequence=2
19. Zaragoza A, Senosiain JM, Riverol M, Anaut S, Díaz S, Ursua ME: et al. Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (1):69- 80 [Internet][consulta el 22 de febrero de 2016]; Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n1/07_zaragoza.pdf
20. Opera JA, Broła W, Leonardi M, Blaszczyk B. Quality of life in Parkinson Disease. Journal of Medicine and Life 2012; 5 (4): 375- 381 [Internet][consulta el 23 de marzo de 2016]; Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539848/>
21. Abril MA, Tico N y Garreta R. Enfermedades neurodegenerativas. Rehabilitación 2014; 38 (6): 318- 324 [Internet] [consulta el dos de marzo de 2016]; Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13069088&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=120&ty=71&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=120v38n06a13069088pdf001.pdf
22. Gago I, Seco J. Un programa de Fisioterapia mejora a largo plazo las habilidades motoras en pacientes con enfermedad de Parkinson. Iberoam Fisioter Kinesiol 2008; 11 (2): 81- 92 [Internet] [consulta el 24 de marzo de 2016]; Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13134068&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=176&ty=71&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=176v11n02a13134068pdf001.pdf
23. Ibarra LM, Monzón Y, Araujo H, Salinas PJ. Efectos del ejercicio, supervisados o no, en la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson. Medula 19 (2): 95- 101 [Internet] [consulta el 23 de marzo de 2016]; Disponible en:
http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32907/3/articulo_2.pdf
24. De la Casa Fages B. Guía informativa de la enfermedad de Parkinson. Federación Española de Parkinson. 2012.
25. Torres O, León M, Álvarez E, Maragoto C, Álvarez L, Rivera O. Rehabilitación del lenguaje en la enfermedad de Parkinson. Revista Mexicana de Neurociencia 2001;2(4)[Internet] [consulta el 22 de marzo de 2016]; Disponible en:
<http://www.parkinsonbolivia.com/assets/galeria/archivos/VkHX7qA2ricpdTWE4oh9.pdf>
26. Cruz Crespo Maraver M, Bayes A. Consejos sobre psicología para pacientes con enfermedad de Parkinson y sus familiares. Unidad de Parkinson. Centro Médico Teknon. Federación Española de Parkinson.2013
27. Valverde E, Flórez MT. Efecto de la danza en los enfermos de Parkinson. Fisioterapia 2012; 34 (5) 216- 224.
28. Asociación Parkinson Valladolid [Internet] 2015[consulta el 12 de mayo de 2016]; Disponible en: <http://aparval.es>

ANEXOS¹:

TABLA 1
MEDICINAS HABITUALMENTE EMPLEADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

MEDICINA	FASE	DOSIS	BENEFICIOS	EFFECTOS SECUNDARIOS PRINCIPALES
Anticolinérgicos	Suave-moderado	2-20mg/día	Reduce los temblores, babeo	Cambios mentales
	Suave-moderado	0.5-6 mg/día	Reduce los temblores, babeo	Estreñimiento
	Suave-moderado	2 mg/día	Reduce la rigidez (especialmente si la enfermedad se deriva de la ingesta de medicinas)	Dificultad para vaciar la vejiga
	Suave-moderado	2.5-15 mg/día	Reduce la rigidez (especialmente si la enfermedad se deriva de la ingesta de medicinas)	Boca seca
Antihistamínicos	Suave-moderado	25-200 mg/día	Reduce los temblores; sedante suave	Mareos
	Suave-moderado	50-300 mg/día	Reduce los temblores; sedante suave	Mareos
Amantadina	Suave-moderado	100-300 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez y temblores	Alucinaciones visuales, confusión, mareos
	Todas las fases	100-1000 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez y temblores	Nauseas, confusión, mareos en posturas, discinesias
	Suave-moderado	5-10 mg/día	Beneficio ligero para la lentitud, rigidez, temblores	Molestia gastrointestinal, falta de sueño
	Todas las fases	1.25-20 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Confusión, mareos debido a posturas
	Todas las fases	0.75-6 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Confusión, mareos debido a posturas
	Todas las fases	1.5-6 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Confusión, mareos debido a posturas
	Todas las fases	3-24 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Confusión, mareos debido a posturas
	Grave	4-10 mg/día	Terapia de rescate	Malestar gastrointestinal, confusión, erección
	Todas las fases	0.5-1.5 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Confusión, mareo debido a posturas
	Moderado-grave	300 mg/día	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Insuficiencia hepática, discinesias, decoloración de la orina, diarrea
Todas las fases	200 mg con cada dosis de levodopa	Ayuda con la lentitud, rigidez, temblores	Discinesias, diarrea	

TABLA 2
DIETA DE REDISTRIBUCIÓN DE PROTEÍNAS PARA LOS ENFERMOS DE PARKINSON*

POR EL DÍA (ANTES DE LAS 17:00)		CENA
Pueden consumir una cantidad no limitada de los siguientes alimentos (menos de 10 gramos de proteína):		Debería contener la cantidad Diaria Recomendada para la edad de la persona con un peso ideal (aproximadamente 30-50 gramos después de haber consumido 10 gramos durante el día).
Líquidos:	Café, té, refrescos (excluir los de dieta), zumos de frutas y verduras, agua	
Frutas:	Frutas frescas y frutos secos	
Verduras:	Verduras verdes y amarillas (lechuga, cebolla, pepinos, coliflor, brocoli, calabacín, zanahorias etc.); patatas (sin piel) cocinadas de cualquier manera, incluidas las patatas fritas.	
Pan y cereales:	Determinados cereales bajos en proteínas (<i>Rice Krispies</i> de <i>kellog's</i> - deben contener 2 gramos o menos de proteínas por ración) Galletas saladas, tostadas de pan, aros de cebolla, dulces de tostadora	
Postres:	Helados italianos, sorbetes	
Condimentos:	Aceite, vinagre, margarina, mantequilla, hierbas, especias, azúcar, miel, mermeladas, pepinillos, caramelos duros, mentas, cremas en polvo no lácteas	
ALIMENTOS QUE HAY QUE EVITAR ANTES DE LAS 17:00		
Carne, productos cárnicos, pescado, clara de huevo (la yema no contiene proteínas), gelatinas, productos lácteos (leche, quesos, yogur, queso blanco, helados); legumbres tales como judías de riñón, judías blancas, judías pintas; frutos secos, mantequilla de cacahuete, chocolate, galletas, pasteles, tartas o pizza.		
* Adaptado de <i>Influence of Dietary Protein on Motor Fluctuations in Parkinson's Disease</i> , de Jonathan H. Pincus, M.D. y Kathryn Barry, M.S.N., R.N. Archives of Neurology 44 (1987):270-272		

