

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y tratamiento de la
**ENFERMEDAD DE
PARKINSON INICIAL**
en el primer nivel de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-153-08**



**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE-10: VI Enfermedades del sistema nervioso G00-G99 Enfermedad de Parkinson G20

GPC Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial en el primer nivel de atención

Definición

La enfermedad de Parkinson es un trastorno caracterizado por síntomas motores como temblor en reposo, bradicinesia, rigidez y alteraciones en la marcha. También se conocen síntomas no motores, como alteraciones autonómicas, sexuales, del sueño y neuropsiquiátricas. Estos síntomas son consecuencia de la pérdida de neuronas dopaminérgicas, principalmente de la vía nigroestriatal.

Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para presentar enfermedad de Parkinson es la presencia de antecedentes heredofamiliares, y se ha visto que es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en personas de edad avanzada.

Síntomas y signos

Síntomas motores

La enfermedad de Parkinson se manifiesta clínicamente por síntomas motores, que son la bradicinesia, el temblor, la rigidez y la inestabilidad postural.

Otros síntomas son micrografía y dificultad para realizar tareas finas. Estos síntomas inician de forma asimétrica y gradualmente se va afectando el lado contrario. El síntoma inicial más frecuente es el temblor de reposo, con una frecuencia de tres a seis ciclos/seg, y aunque es el síntoma más visible, no es el más discapacitante.

La rigidez es una resistencia pasiva al movimiento tanto de los grupos flexores como extensores y a lo largo de todo el arco de movimiento. La rigidez se hace evidente

como rigidez de "engranaje" o "rueda dentada".

La bradicinesia se define como la lentitud para iniciar y continuar los movimientos, así como dificultad para ajustar la posición corporal.

La inestabilidad postural es uno de los últimos síntomas motores en aparecer; se debe a una pérdida de los reflejos posturales.

Existen los síntomas motores secundarios que incluyen distonía, fatiga, alteraciones en la coordinación motora fina y gruesa, posición inclinada hacia adelante, acatisia, hipofonía, disartria, habla monotónica, pérdida de expresión facial o hipomimia, micrografía, dificultad para la deglución y salivación.

Síntomas no motores

Se han descrito síntomas no motores como los trastornos neuropsiquiátricos, del sueño, síntomas autonómicos, síntomas gastro-intestinales, síntomas sensitivos y otros síntomas como fatiga, seborrea y pérdida de peso.

Disfunción conductual

La depresión se considera como el problema psicológico más común en los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Alteraciones del sueño

Los trastornos del sueño también son frecuentes en pacientes con EP y dentro de estos el más frecuente es el insomnio y la fragmentación del sueño.

Disfunción sensorial

Dentro de las alteraciones sensoriales con mayor importancia se tiene a la disfunción olfatoria, el dolor y las alteraciones de la sensación.

Exploración física

Debe realizarse en forma completa y se debe incluir:

- La frecuencia cardíaca
- La frecuencia y el tipo de respiración
- La presión arterial, en posición sedente y de pie
- El peso
- La estatura
- La exploración neurológica completa (funciones mentales, nervios craneales, fuerza, reflejos de estiramiento muscular, sensibilidad, coordinación y marcha)
- Se debe hacer hincapié en el tono muscular, marcha y temblor

Prevención primaria

Promoción de la salud

El conocimiento de los antecedentes heredofamiliares, no sólo de Parkinson, sino de cualquier enfermedad neurodegenerativa, es importante para la detección temprana. Se deben tener conocimientos básicos de las alteraciones iniciales para realizar un diagnóstico oportuno y comenzar el tratamiento adecuado. Asimismo es indispensable conocer las indicaciones para referir a un tercer nivel de atención y de ésta manera impactar en la calidad de vida del paciente.

Prevención secundaria

Realizar una historia clínica y una exploración física completas e investigar factores de riesgo para enfermedad de Parkinson.

Diagnóstico

El diagnóstico de enfermedad de Parkinson será realizado a través de los criterios diagnósticos del banco de cerebros del Reino Unido. El primer paso será comprobar el síndrome parkinsoniano con bradicinesia más uno de los siguientes:

- Rigidez
- Temblor
- Inestabilidad postural

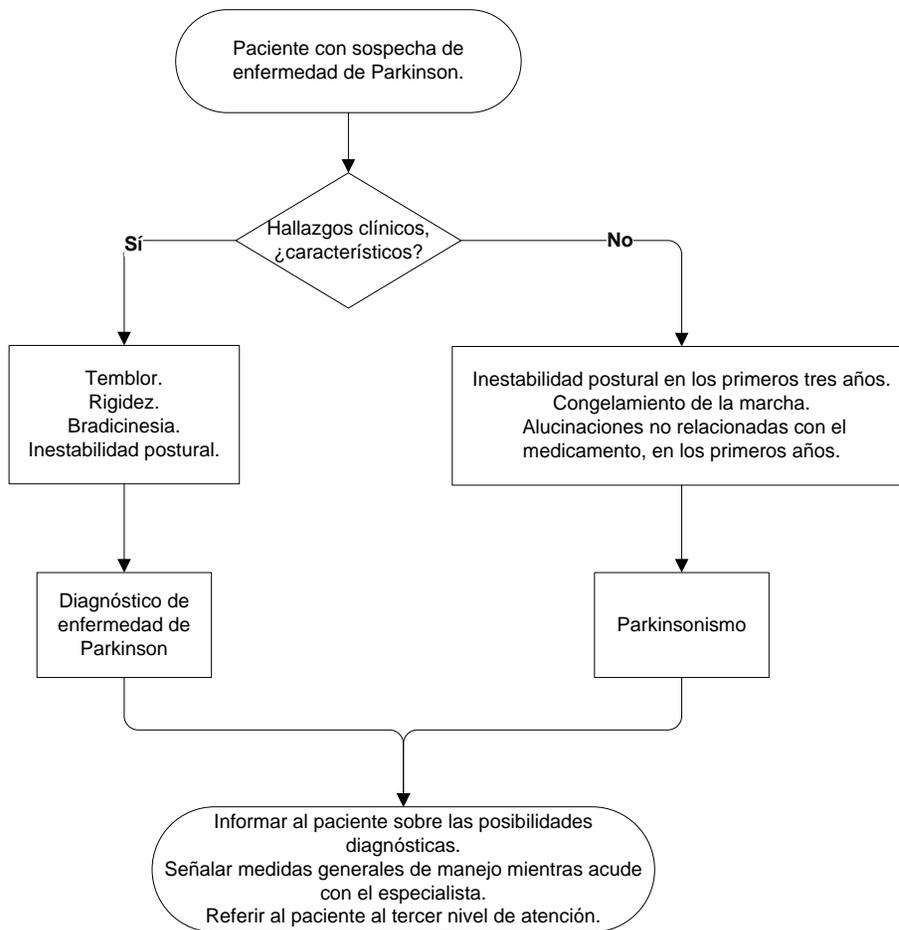
Además se deberán realizar los estudios de laboratorio complementarios: biometría hemática, perfil hormonal y perfil bioquímico completo.

Criterios de referencia

Los pacientes con sospecha de enfermedad de Parkinson, datos de parkinsonismo, enfermedad de Parkinson a temprana edad (antes de los 40 años) o pacientes de difícil tratamiento, deberán ser referidos a atención en tercer nivel para confirmación y etapificación. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con otros síndromes parkinsonianos, por lo que se requiere un estudio multidisciplinario por:

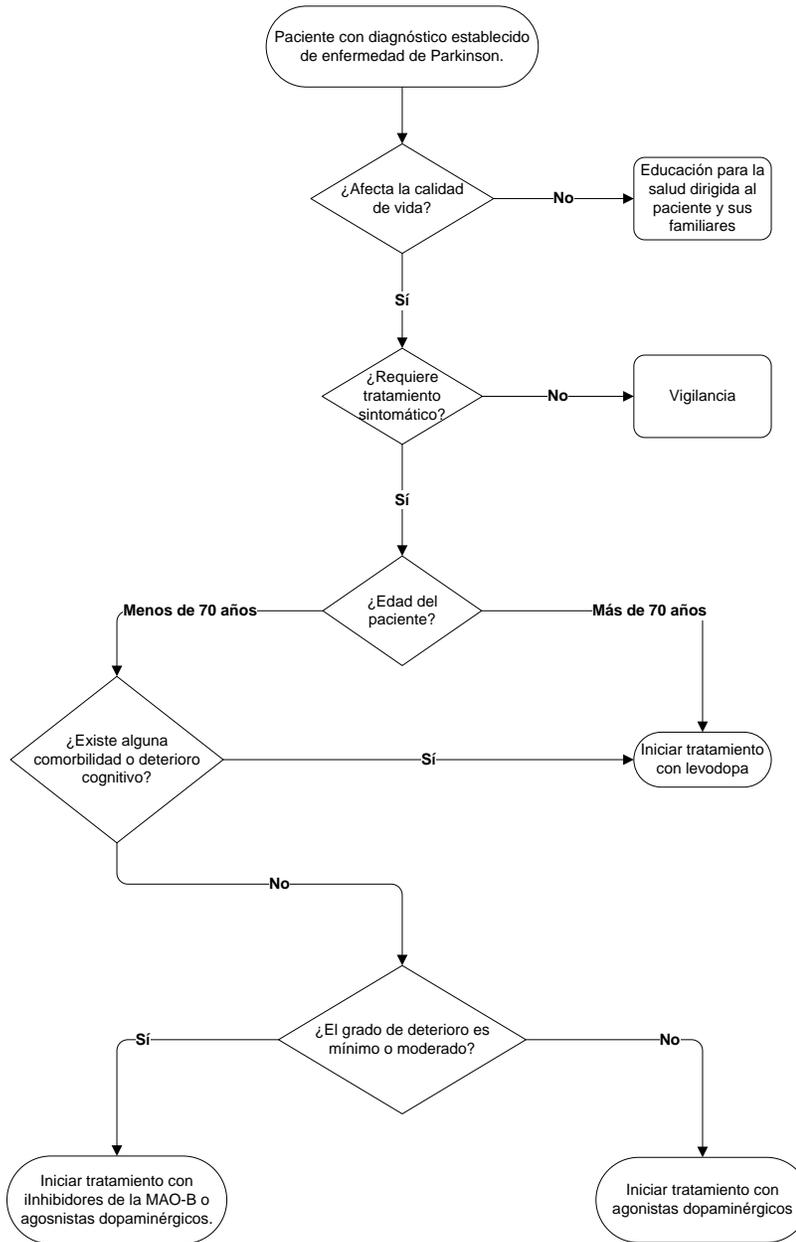
- Genética: sospecha de Parkinson familiar o Parkinson de inicio temprano.
- Clínica de sueño: sospecha de trastorno conductual del sueño MOR o síndrome de piernas inquietas.
- Neuropsiquiatría/psicología: sospecha de deterioro cognitivo, demencia, psicosis, depresión, apatía.
- Medicina interna/geriátrica: sospecha de disautonomías cardiovasculares, gastrointestinales y genitourinarias.
- Neurocirugía: candidato a estimulación cerebral profunda o cirugía lesional.

Conducta clínica ante sospecha de enfermedad de Parkinson, en el primer nivel de atención



Tratamiento

El tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson se debe iniciar por el médico especialista. Las presentes evidencias y recomendaciones se presentan para la valoración y seguimiento del paciente en el primer nivel de atención, con carácter informativo.



De acuerdo con la evaluación clínica, el tratamiento puede incluir inhibidores de la isoenzima de la monoamino oxidasa tipo B, amantadina, anticolinérgicos, agonistas dopaminérgicos orales o levodopa con inhibidor de la dopa-decarboxilasa.

Nivel de recomendación en la utilización de fármacos			
Medicamento	Dosis inicial	Control sintomático	Prevención de complicaciones motoras
Levodopa	25mg/100mg	Efectiva (nivel A)	No.
Agonistas dopaminérgicos: Bromocriptina Cabergolina. Pergolide Pramipexol	1.25mg cada 12 horas 0.25mg cada 6 horas 0.05mg cada 24 horas 0.125mg cada 8 horas	Efectiva (nivel B) Efectiva (nivel B) Efectiva (nivel A) Efectiva (nivel A)	Efectiva (nivel B) Efectiva (nivel A) Efectiva (nivel B) Efectiva (nivel A)
Inhibidores de la MAO-B: Selegilina Rasagilina	5mg 1mg	Efectiva (nivel A) Efectiva (nivel A)	Inefectiva (nivel A) No hay recomendación
Anticolinérgicos: Biperideno Trihexifenidilo	2 mg 5 mg	Efectiva (nivel B) Efectiva (nivel B)	No hay recomendación No hay recomendación
Otros: Amantadina	100 mg	Efectiva (nivel B)	No hay recomendación
Rehabilitación	No hay recomendación	No hay recomendación	No hay recomendación

La terapia física, especialmente el ejercicio y pautas estratégicas son probablemente efectivos. La terapia del lenguaje es posiblemente efectiva. Los beneficios a largo plazo aún no se han demostrado y deben ser ocupados como terapia adjunta.

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.