

Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de parkinson

GUÍA RÁPIDA

DICIEMBRE, 2012



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROLOGÍA



ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE NEUROLOGÍA



Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de parkinson

GUÍA RÁPIDA

DICIEMBRE, 2012



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROLOGÍA



Esta guía rápida forma parte del Protocolo de manejo y derivación de pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ha sido desarrollado por un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo, y con la colaboración de la Asociación Parkinson Madrid.

Existe también una versión completa del protocolo donde puede consultarse la metodología de elaboración del protocolo.

Edición: 2012

Edita: Servicio Madrileño de Salud
Agencia Lain Entralgo

Depósito legal: M. 42.004-2012

Maquetación e impresión: GRAFO, S. A.

Avenida de Cervantes, 51. Polígono Denac. Edificio 21
48970 Basauri. BIZKAIA - ESPAÑA

Índice

1. Diagnóstico	4
2. Manejo de los síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson	6
3. Diagnóstico diferencial	9
4. Derivación a atención especializada	11
5. Algoritmo para el diagnóstico de la EP	12
6. Clasificación EP por estadios de Hoehn y Yahr modificada	14
7. Algoritmo de manejo y derivación del paciente con EP	15
8. Reacciones adversas del tratamiento farmacológico	16
9. Tratamiento no farmacológico en los diferentes estadios de la EP	17
10. Criterios de derivación a cuidados paliativos	19
11. Algoritmo del circuito de comunicación entre atención primaria y especializada	20
12. Direcciones las consultas de Trastornos del movimiento	21
13. Recomendaciones según el nivel de evidencia	22
14. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)	23
15. Niveles de evidencia y grados de recomendación (NICE)	24

1. Diagnóstico

Ante una sospecha de EP
· El diagnóstico es principalmente clínico. Anamnesis y exploración física · Los síntomas motores son predominantes · La ausencia de síntomas motores puede retrasar el diagnóstico · Otras alteraciones: problemas neuropsiquiátricos, disautonomías, síntomas gastrointestinales, urinarios, disfunción sexual y dolor
Diagnóstico definitivo de EP
· Hallazgos histopatológicos de despigmentación, pérdida neuronal, y gliosis, especialmente en la parte compacta de la sustancia negra (SN) y el locus ceruleus del tronco encefálico · Los cuerpos de Lewy (CL) constituyen el sello histopatológico de la enfermedad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL UK PDS BRAIN BANK CRITERIA
Diagnóstico de parkinsonismo Bradicinesia Al menos uno de los siguientes: Rigidez muscular Temblor de reposo a 4-6 Hz Inestabilidad postural no debida a alteración visual primaria, vestibular, cerebelosa o propioceptiva
Criterios de exclusión para la enfermedad de Parkinson Historia de ictus repetidos con progresión escalonada Historia de traumatismo craneal repetido Historia de encefalitis o crisis oculógiras Tratamiento neuroléptico o con depleción de monoaminas Más de un familiar afectado Remisión sostenida Manifestaciones estrictamente unilaterales después de tres años Parálisis supranuclear de la mirada Signos cerebelosos Alteración autonómica precoz y grave Demencia grave precoz Signo de Babinski Tumor cerebral o hidrocefalia Respuesta negativa a dosis altas de levodopa (excluida la malabsorción) Exposición a MPTP u otra neurotoxina
Criterios adicionales de apoyo (se requieren tres para el diagnóstico definitivo de EP) Inicio unilateral Temblor de reposo Afectación progresiva Asimetría persistente Respuesta excelente a la levodopa (70-100%) Corea grave inducida por la levodopa Respuesta a la levodopa durante al menos cinco años Curso clínico de diez años o más

Fuente: García Ruiz-Espiga PJ, Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología, 2009 ³¹

CAUSAS DE SÍNDROME PARKINSONIANO	
Parkinsonismo idiopático o enfermedad de Parkinson	
Parkinsonismos atípicos Parálisis supranuclear progresiva Atrofia multisistémica Degeneración corticobasal Demencia con cuerpos de Lewy	
Parkinsonismo asociado a enfermedades neurodegenerativas Enfermedad de Alzheimer Demencia frontotemporal Enfermedad de Huntington Complejo esclerosis lateral amiotrófica-parkinsonismo-demencia de Guam Ataxia espinocerebelar	
Secundarios o sintomáticos Inducido por fármacos (Tabla 5) Infeccioso (enfermedad de Parkinson postencefálica, encefalopatía espongiforme bovina) Metabólico (enfermedad de Wilson, neurodegeneración con acumulación cerebral de hierro, degeneración hepatolenticular, enfermedades de la paratiroides) Neoplásico Postraumático Tóxico (monóxido de carbono, manganeso, MPTP) Vascular	

Fuente: Modificado de: Chou KL, UpToDate, 2011 ³⁹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS		
Síntomas premotores	Síntomas motores	Síntomas no motores
Cuadro insidioso de malestar general	Bradicinesia	Dolor: · musculoesquelético: secundario a rigidez (hombro congelado) · distónico: distonias en periodos "off" · primario o central: poco definido · Neuropático: afecta a un dermatoma · relacionado con la acatisia: incapacidad para mantenerse quieto
Cansancio rápido	Temblores	
Anormalidades del sueño	rigidez	Neuropsiquiátricos: Depresión, ansiedad, psicosis. Pérdida de las funciones visuospatiales y ejecutivas, aprendizaje, fluidez verbal
Hiposmia	Dificultad para girarse en la cama	Trastornos del sueño: fragmentación y despertar temprano, acinesia nocturna, calambres, pesadillas, dolor, hipersomnia diurna
Estreñimiento	Dificultad para abrir frascos	Disautonomías: hipotensión ortostática, estreñimiento, disfagia, alteraciones urinarias, disfunción sexual
Depresión	Dificultad para levantarse de una silla	Gastrointestinales: pérdida de peso, sialorrea, disfagia, estreñimiento
	Patrón de marcha arrastrando los pies	Urinarios: nicturia, urgencia diurna, incontinencia
	Pérdida del equilibrio	Sexual: hiposexualidad, hipersexualidad, disfunción eréctil, alteración de eyaculación, disminución de la libido, anorgasmia
	Micrografía	
	Reflejo glabellar persistente	
	Dificultad para caminar del talón a la punta de los pies	

2. Manejo de los síntomas no motores de la EP

Síntoma	Recomendaciones generales	Recomendaciones farmacológicas*
Hipersomnia diurna (HSD)	- Recomendaciones sobre higiene del sueño: evitar el café y el té, respetar los horarios de sueño, garantizar una temperatura adecuada en la habitación, restringir las siestas, realizar ejercicio, revisar los medicamentos (ej. selegilina, antihistamínicos, antagonistas H2, neurolépticos y sedantes) - El manejo de la HSD debe centrarse en encontrar causas reversibles como la depresión, pobre higiene del sueño, y fármacos asociados con trastornos del sueño (✓) Guía SIGN - No conducir	- Modafinil y melatonina no se recomiendan para el manejo de la HSD asociada con EP (A) Guía SIGN - Modafinil debe ser considerado para mejorar la percepción subjetiva de sueño (A) Guía AAN
Acinesia nocturna		Preparados de levodopa de liberación prolongada o agonistas dopaminérgicos pueden ser usados en el tratamiento de la acinesia nocturna en personas con EP (BPP) Guía NICE
Síndrome de piernas inquietas (SPI) Trastorno de la conducta del sueño REM	Los clínicos deben estar atentos para identificar y manejar el SPI, y el trastorno de la conducta del sueño REM en pacientes con EP y alteraciones del sueño (BPP) Guía NICE.	- No hay suficiente evidencia para apoyar o refutar el tratamiento del SPI con agonistas dopaminérgicos no ergóticos (U) Guía AAN - No hay suficiente evidencia para apoyar o refutar El tratamiento del trastorno de la conducta del sueño REM (Rivotril) (U) Guía AAN
Demencia	- Retirar cualquier fármaco no antiparkinsoniano con potenciales efectos adversos sobre las funciones cognitivas (ej. antidepressivos tricíclicos, benzodiazepinas) (✓) Guía SIGN - Retirar gradualmente y secuencialmente agentes anticolinérgicos, amantadina, selegilina, y agonistas de la dopamina (✓) Guía SIGN - Excluir otras causas de déficit cognitivo o psicosis, especialmente síndrome confusional agudo, antes de emplear cualquier medicación para la demencia (✓) Guía SIGN	Aunque los inhibidores de la colinesterasa (Rivastigmina) han sido usados exitosamente en pacientes con demencia por EP, se necesitan estudios adicionales para identificar a los pacientes que se beneficiarán de este tratamiento (BPP) Guía NICE
Depresión	Debe tenerse especial atención en pacientes con EP dado que las manifestaciones motoras de la enfermedad se sobreponen con los síntomas de la depresión leve (BPP) Guía NICE	- La amitriptilina puede ser considerada en el tratamiento de la depresión asociada a la EP (C) Guía AAN. Sin embargo, no es la primera elección en el manejo de la depresión por sus conocidos efectos adversos anticolinérgicos: empeoramiento del déficit cognitivo, e hipotensión ortostática aumentando el riesgo de caídas. - La AAN no encontró suficiente evidencia para apoyar o refutar la efectividad de otros fármacos antidepressivos (U) - Considerar los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SRS)
Psicosis	- Todas las personas con psicosis deben recibir una evaluación médica general y tratamiento para cualquier condición precipitante (BPP) Guía NICE - Disminuir o retirar los medicamentos antiparkinsonianos en orden inverso de su potencia y efectividad si las alucinaciones causan discapacidad: anticolinérgicos, amantadina, inhibidores de la COMT, y agonistas de la dopamina. Disminuir la levodopa	- Considerar el uso de clozapina a bajas dosis. Durante el tiempo que dure el tratamiento realizar monitorización de los leucocitos y del conteo absoluto de los neutrófilos las primeras 18 semanas, seguido por control quincenal durante el primer año, y cada mes posteriormente (A) Guía SIGN - Cuando el control semanal de los leucocitos no es posible, quetiapina a baja dosis debe ser considerada como una alternativa antipsicótica para el tratamiento de pacientes con EP (B) Guía SIGN

Síntoma	Recomendaciones generales	Recomendaciones farmacológicas*
Psicosis	- Los síntomas psicóticos leves pueden no necesitar tratamiento si son bien tolerados por el paciente y sus cuidadores (BPP) Guía NICE - Los neurolépticos típicos (ej. fenotiacinas y butirofenonas) no deben ser usados en personas con EP porque pueden exacerbar las manifestaciones motoras (BPP) Guía NICE	
Estreñimiento	- Incrementar la fibra dietética y la ingesta de líquidos (al menos 8 vasos de agua al día) - Evitar alimentos astringentes - Incrementar la actividad física - Laxantes como la metilcelulosa, lactulosa, docusato, macrogol, y enemas si son requeridos - Evitar agentes anticolinérgicos	
Pérdida de peso	- Excluir causas endocrinas o neoplasias - Preguntar sobre la presencia de disfagia y discinesias - Considerar la administración de suplementos dietéticos - Derivación a nutrición y logopedia	
Alteraciones urinarias	- Excluir infección del tracto urinario, y diabetes mellitus - Disminuir la ingesta de líquidos durante la noche - Realizar ejercicios vesicales y tener un horario establecido para la micción - En hombres, realizar evaluación urológica para excluir hiperplasia prostática - Realizar evaluación urodinámica y derivar a urología si es necesario	Las opciones terapéuticas incluyen fármacos anticolinérgicos (tolterodina, oxibutinina, solifenacina), que cruzan la barrera hematoencefálica pudiendo provocar un estado confusional tóxico. Otro medicamento disponible que no cruzan la barrera hematoencefálica es el cloruro de trospio (Guía NICE)
Disfunción sexual	- Excluir causas endocrinas (ej. hipotiroidismo, hiperprolactinemia), y depresión - Revisar el uso de fármacos asociados con la disfunción eréctil (ej. alfa bloqueadores), o con la anorgasmia (ej. antidepresivos)	Considerar el inicio de tratamiento farmacológico con inhibidores específicos de la fosfodiesterasa tipo V (ej. sildenafil) (C) Guía AAN
Fatiga	Tratar la depresión y la hipersomnia diurna si están presentes	El metilfenidato puede ser considerado en pacientes con fatiga (C) Guía AAN
Hipotensión ortostática	- Disminuir o retirar la medicación antihipertensiva - Disminuir o ajustar la medicación antiparkinsoniana - Mantener la cabecera de la cama elevada (30-40°), e incorporarse lentamente - Incentivar la ingesta de líquidos y sal	Hay insuficiente evidencia para apoyar o refutar el tratamiento de la hipotensión ortostática en la EP (U) Guía AAN

* Se recomienda que el inicio de los fármacos empleados en el tratamiento de los síntomas no motores se haga en atención especializada.

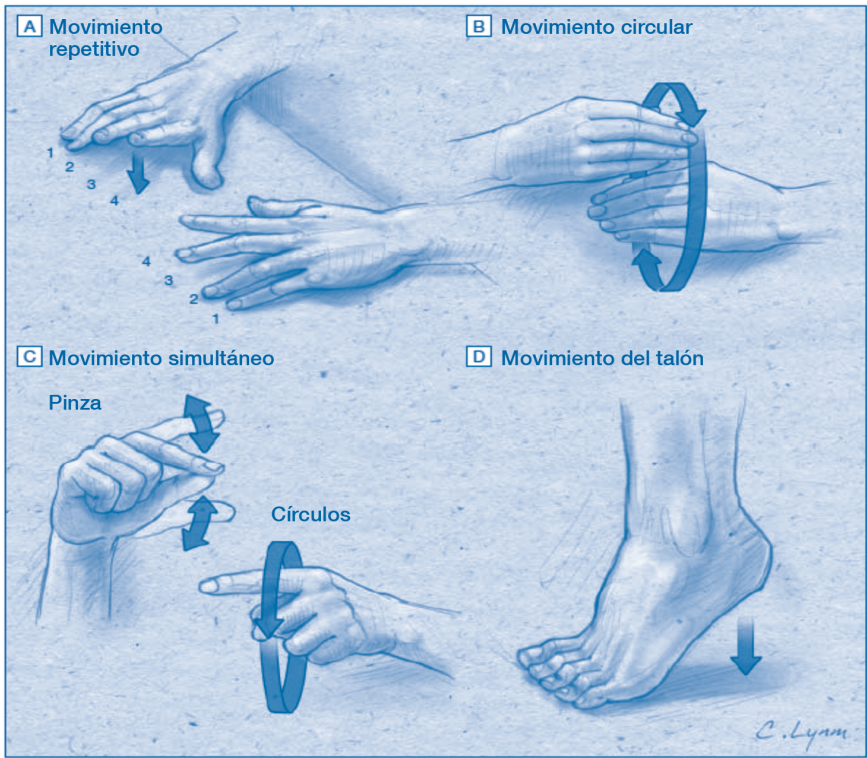
Fuente:

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Edinburgh, 2010 ³²

- National Collaborating Centre for Chronic Conditions, London, 2006 ³³

- Zesiewicz TA, Neurology, 2010 ⁸⁰

Figura 1. Maniobras para detectar bradicinesia.



Fuente: Modificado de: Rao G, JAMA, 2003 ²³

3. Diagnóstico diferencial

Características que sugieren un diagnóstico alternativo a la EP
· Caídas o demencia tempranas · Parkinsonismo simétrico · Marcha con aumento de la base de sustentación · Movimientos anormales de los ojos · Signo de Babinsky · Hipotensión ortostática marcada · Retención urinaria · Marcada discapacidad en los primeros 5 años de inicio de los síntomas

Fuente: Modificado de: Nutt JG, N Engl J Med, 2005 ¹

Diagnóstico diferencial de EP
Pacientes con parkinsonismo Parkinsonismo inducido por fármacos. Reversible en varias semanas o meses tras la retirada del fármaco que lo origina Parkinsonismo plus (ej. atrofia multisistémica, parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal) Parkinsonismo vascular o neurodegenerativa
Pacientes con temblor Temblor postural y de acción: · Temblor esencial · Temblor fisiológico · Temblor fisiológico exacerbado · Hipertiroidismo · Inducido por fármacos (Beta-agonistas) · Temblor distónico Temblor de intención: Enfermedades cerebelosas

Fuente: Clarke CE, BMJ, 2007 ⁴⁶

Algunos fármacos que pueden producir parkinsonismo	
Actividad	Principios activos
Neurolépticos	haloperidol, tiaprida, pimozida, clorpromacina, flufenacina, flupentixol, risperidona, olanzapina
Bloqueadores de DA empleados en trastornos digestivos	metoclopramida, cleboprida, veraliprida(retirado)
Bloqueadores de DA empleados en vértigo y ansiedad	sulpirida, tietilperazina, trimetazidina
Bloqueadores de canales de calcio	flunaricina, cinaricina, nifedipino, diltiazem
Moduladores del ánimo	Lítio
Antiarrítmicos	amiodarona, procaina, mexiletina
Antidepresivos	fluoxetina
Otros	valproato, petidina

Fuente: Modificado de: Garnica Fernández A, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Sociedad Española de Neurología y Elsevier España, S.L., 2009 ⁴¹

Diferencias entre la enfermedad de Parkinson y el temblor esencial		
Característica clínica	Temblor de la enfermedad de Parkinson	Temblor esencial
Edad de inicio	> 50	Bimodal, 2ª y 6ª década
Género	Hombres > Mujeres	Hombres = Mujeres
Historia familiar	> 25%	> 50%
Asimetría	+ + +	+
Frecuencia	4 a 6 Hz	4 a 10 Hz
Clasificación	De reposo Supinación-pronación	Acción, postural Flexión-extensión
Distribución	Manos, piernas, mentón, lengua	Manos, cabeza, voz
Características asociadas	Bradicinesia, rigidez, dificultad para la marcha, inestabilidad postural, micrografía	Sordera, distonía, parkinsonismo

Fuente: Chou KL, UpToDate, 2011³⁹

4. Derivación a atención especializada

· No iniciar tratamiento farmacológico antes de valoración por neurólogo para evitar enmascarar manifestaciones clínicas.
· Los pacientes con sospecha de EP serán valorados por el neurólogo en un plazo de 4 a 6 semanas y siempre inferior a las 8 semanas.
· Tranquilizar al paciente. La confirmación de su diagnóstico en un tiempo menor no cambia la progresión de la enfermedad.
· El neurólogo concertará las citas de seguimiento posteriores del paciente, según su situación clínica (+/- 6 meses).
· El neurólogo de referencia informará al paciente acerca de las diferentes CTM disponibles en el Servicio Madrileño de Salud.
· El MF es el gestor del caso. Garantiza el seguimiento del paciente por el mismo especialista, evita derivaciones innecesarias y orienta adecuadamente al paciente y a la familia.

5. Algoritmo para el diagnóstico de la EP

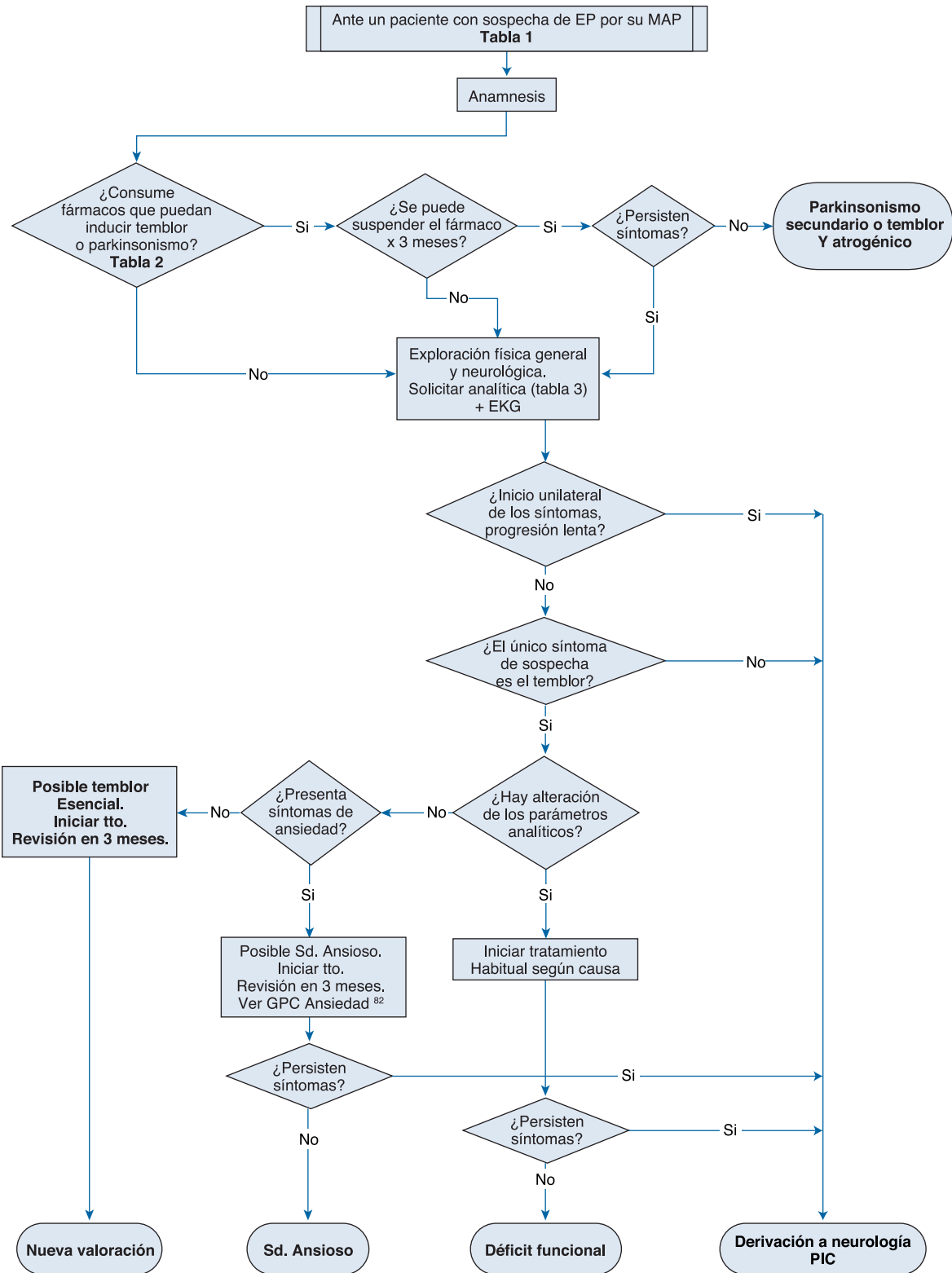


Tabla 1. Síntomas probables de sospecha:

Temblores, rigidez, bradicinesia
Braceo asimétrico de la marcha
Arrastrar los pies al caminar
Dificultad para levantarse de una silla
Dificultad para girarse en la cama
Dificultad para abrir frascos
Micrografía
Disminución de la expresividad facial
Signo glabellar positivo
Hiposmia
Disminución expresividad facial
Dolor no explicado (ej. Hombro, espalda)
Pérdida de equilibrio

Tabla 2. Fármacos que pueden inducir temblor

Pseudoefedrina
Broncodilatadores
Antidepresivos
Deprivación de benzodiacepinas
Deprivación alcohólica
Ácido valproico
Antipsicóticos
Litio

Fármacos que pueden inducir parkinsonismo:

Neurolepticos
Bloqueadores de DA de uso frecuente en trastornos digestivos
Bloqueadores de DA de uso frecuente en vértigo y ansiedad
Bloqueadores de canales del calcio
Moduladores del ánimo
Antidepresivos
Otros

Tabla 3

Parámetros solicitados:
Hemograma básico
Bioquímica básica
Perfil Hepático
Iones: Na, K, Cl, Ca, P, B12, ac. Fólico
Función tiroidea

PIC a neurología:

Detallar uso de fármacos en el último año, incluido el autoconsumo.

Describir los resultados del estudio de sospecha de parkinsonismo por fármacos, temblor iatrogénico y esencial, enfermedad tiroidea y trastorno ansiedad

1. Antes de la aparición de los síntomas motores cardinales, las manifestaciones clínicas de la EP pueden incluir trastorno de conducta del sueño REM, estreñimiento, dolor, depresión e hipoosmia.
2. Sólo si es posible desde el punto de vista clínico. Valorar coordinación y retirada del fármaco con el especialista.
3. La derivación deberá realizarse a neurología por vía NORMAL, es recomendable que el paciente sea visto por neurología en un periodo de 4 a 6 semanas y no superior a las 8 semanas.

Fuente: Modificados de –García Ruiz-Espiga, P. J., Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología, 2009²⁷ –Alyón-Fumero, A., Aula Médica, 2004⁸³.

6. Clasificación de EP por estadios de Hoehn y Yahr modificada

0.- No hay signos de enfermedad.
1.0.- Enfermedad exclusivamente unilateral.
1.5.- Afectación unilateral y axial.
2.0.- Afectación bilateral sin alteración del equilibrio.
2.5.- Afectación bilateral leve con recuperación en la prueba de retropulsión. (Test del empujón).
3.0.- Afectación bilateral leve a moderada; cierta inestabilidad postural, pero físicamente independiente.
4.0.- Incapacidad grave; aún capaz de caminar o de permanecer en pie sin ayuda.
5.0.- Permanece en una silla de ruedas o encamado si no tiene ayuda.

Fuente: Hoehn MM, Yahr MD. Neurology; 17:427-442. 1967 ⁸¹

7. Algoritmo de manejo y derivación del paciente con EP

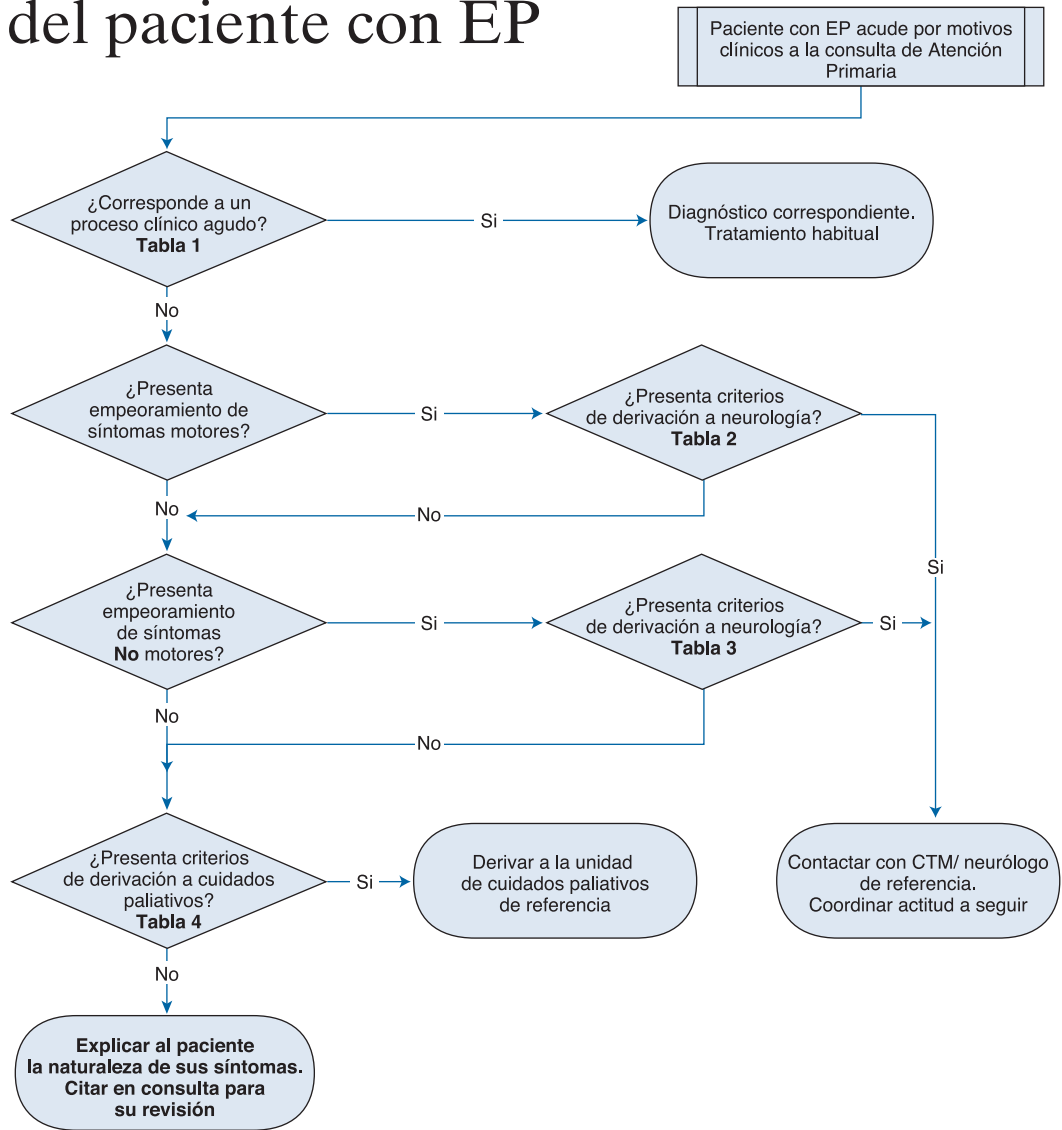


Tabla 1. Procesos clínicos agudos:
Síndrome confusional agudo
ITU
Neumonía por aspiración
Úlceras por decúbito
Deshidratación
Hipotensión ortostática sintomática
Traumatismo por caídas
Incontinencia urinaria, fecal
Impactación fecal

Tabla 2. Trastornos motores con criterio de derivación a neurología:
Empeoramiento del parkinson
Efectos adversos de la medicación
Mala respuesta de tratamiento (fluctuaciones, discinesias...)
Deterioro de la Discapacidad
Aumento de caídas
Alteración equilibrio marcha

Tabla 3. Trastornos No motores con criterio de derivación a neurología neuropsiquiátricos:
Depresión
Deficiencia cognitiva
Demencia
Psicosis
Alteración del sueño
Trastorno control de impulsos
Piernas inquietas
Síndrome de disregulación dopaminérgica
Trastornos urológicos
Trastornos sexuales
Trastornos metabólicos
Trastornos endocrinos
Trastornos digestivos

Tabla 4. Criterios de derivación a la unidad de cuidados paliativos:
Estadio 4 ó 5 de Hoehn y Yahr
Intolerancia o no respuesta a la medicación antiparkinsoniana
Reducción de la independencia y necesidad de ayuda con AVD
Poca predictibilidad de los periodos "off"
Mal control del dolor secundario, rigidez, contracturas, o discinesias.
Episodios frecuentes de aspiración, disfagia grave

8. Reacciones adversas del tratamiento farmacológico

	Más frecuentes	Más graves	Motoras
Levodopa	Nauseas, somnolencia, vértigo Cefalea	Confusión, Alucinaciones Psicosis Sd. Disregulación dopaminérgica Punding	Fluctuaciones motoras: "on- off" Discinesias Distonías
IMAO B	Nauseas Cefaleas	Insomnio Confusión Incremento de efectos adversos de levodopa Sd. serotoninérgico (Selegilina + ISRS)	
Agonistas Dopamina	Nauseas Vómitos, somnolencia, hipotensión ortostática	Confusión Alucinaciones Fibrosis pericárdica, pleural, y retroperitoneal (bromocriptina, pergolida) Valvulopatía cardíaca (cabergolina, pergolida) Sd. Disregulación dopaminérgica (SDD) Punding Trastornos de control de impulsos. Los mas frecuentes son: • Juego patológico • Hipersexualidad • Compras compulsivas • Comida compulsiva	
ICOMT	Discinesias Alucinaciones Confusión Nauseas Hipotensión ortostática Coluria Diarrea	Hepatotoxicidad severa (Tolcapona)	
Anticolinérgicos	Alteración de la memoria Confusión Alucinaciones Efectos antimuscarínicos periféricos (boca seca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia, nauseas)	Vigilar en anticolinérgicos con Hiperplasia prostática Benigna o glaucoma de ángulo cerrado	

9. Tratamiento no farmacológico en los diferentes estadios de la EP

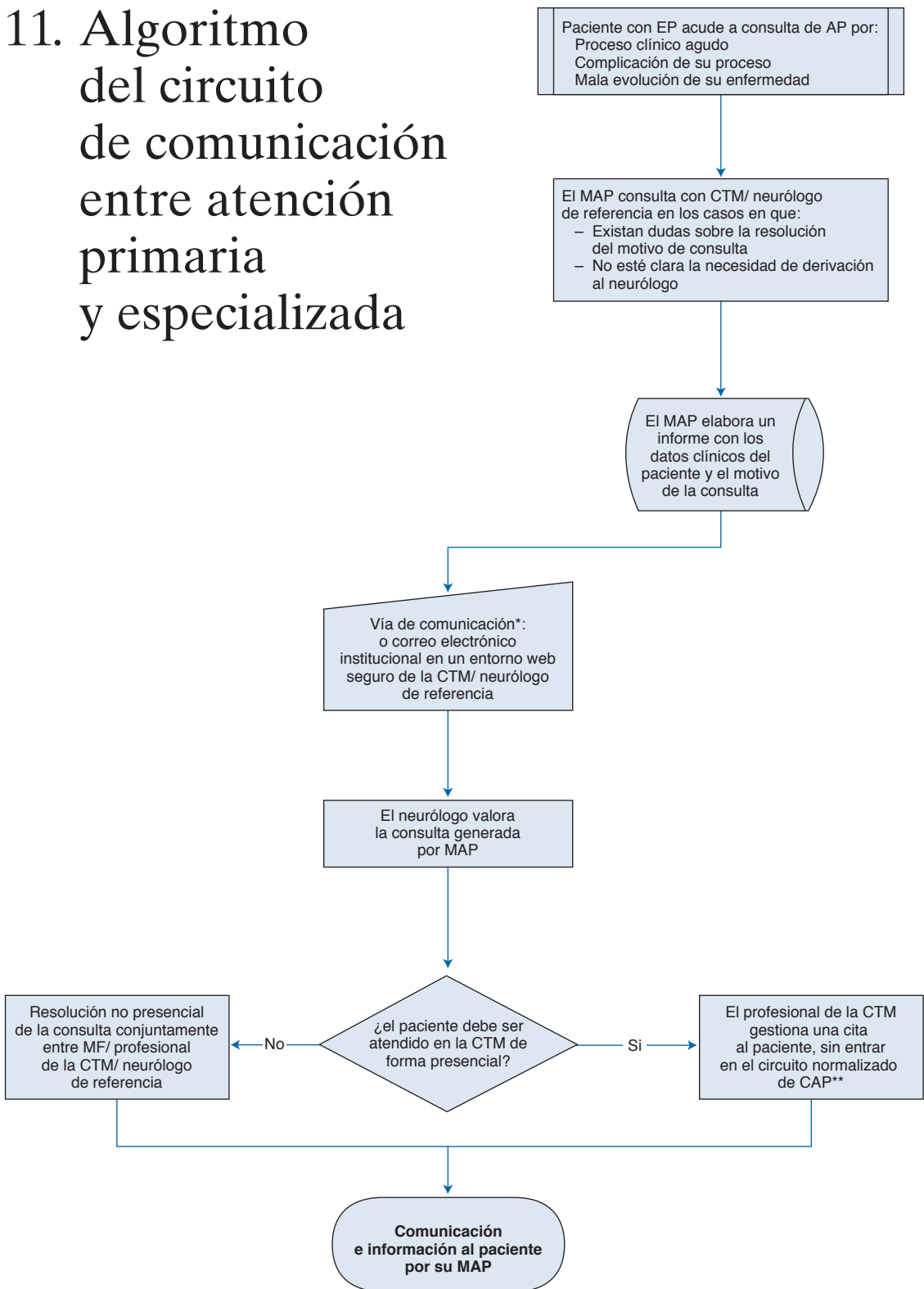
Objetivos	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5
Fisioterapia - Prevenir el miedo a la movilidad y a las caídas - Potenciar la actividad muscular y articulaciones - Aumentar volumen respiratorio - Reeducar la postura - Prevenir trastornos circulatorios - Mejorar movilidad, coordinación y equilibrio, marcha - Mantener la autonomía del paciente - Aliviar el dolor	Educación para la salud: Recomendaciones de ejercicio físico y actividades a realizar: caminar, nadar, thai chi, yoga, Pilates, ejercicios aeróbicos, etc. Taller de higiene postural/ escuela de espalda (autoconciencia/estiramiento). Taller de relajación Terapia: Estimulación de la coordinación, equilibrio y reacciones posturales Cinesiterapia activa- resistida	Educación para la salud: Igual que estadio 1 Involucrar al familiar/ cuidador Taller de prevención de caídas: Reconocimiento de áreas de peligro, aprendizaje de estrategias para evitar las caídas, para resolver una caída producida (cambio postural para facilitar levantarse del suelo) Taller de higiene postural: facilitación de cambio postural Taller de fisioterapia respiratoria/ relajación Taller de prevención del estreñimiento. Terapia: Reeducación de la marcha. Cinesiterapia activo-resistida Ejercicios de preparación del equilibrio y coordinación	Educación para la salud: Igual que estadio anterior pero se adaptará a la capacidad de cada paciente. Evitar el sobreesfuerzo. Taller de prevención de caídas y superación de bloqueos. Taller de higiene postural: facilitación de cambio postural Taller de fisioterapia respiratoria/ relajación Taller de prevención del estreñimiento. Terapia: Fisioterapia respiratoria Facilitación de cambios posturales Reeducación de la marcha y el equilibrio Cinesiterapia activa Terapia para la corrección postural Estímulo de la coordinación	Educación para la salud: Recomendaciones de ejercicio físico adaptado a la capacidad de cada paciente. Evitar el sobreesfuerzo. Talleres incluyendo a cuidadores: - Prevenición de caídas - Superación de bloqueos de la marcha - Higiene postural/escuela de espalda. - Fisioterapia respiratoria Terapia: Fisioterapia respiratoria Facilitación de cambios posturales Reeducación de la marcha y equilibrio Cinesiterapia activa y activa-asistida Estímulo de la coordinación Aprendizaje del uso de diferentes ayudas técnicas	Talleres a cuidadores: - Cuidados paliativos - Higiene postural - Técnicas de cambio postural - Escuela de espalda - Dar información para prevenir las úlceras de decúbito y contracturas Terapia: Fisioterapia respiratoria Facilitación de cambios posturales Mantenimiento de marcha asistida / bipedestación Cinesiterapia activa- asistida y pasiva Terapia para corrección postural Estímulo de la coordinación Tratamiento circulatorio

	Objetivos	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5
Logopedia	1. Enseñar estrategias para optimizar la inteligibilidad del habla 2. Asegurar una comunicación efectiva a lo largo de la enfermedad 3. Valorar la eficiencia y la seguridad del paciente a la deglución para minimizar el riesgo de aspiración	Educación para la salud: Reeducación de un nuevo patrón deglutorio Enseñar al paciente los síntomas que pueden aparecer durante la enfermedad. Proporcionar medidas de higiene vocal y detectar alteraciones a nivel vocal (voz hipofónica) Terapia: Taller de Habla-voz-musculatura oro facial: ritmo y articulación del habla. Calidad e intensidad de la voz. Equilibrio del tono muscular facial para la deglución y comunicación Taller de Escritura: ejercicios para mejorar el tamaño y calidad de la letra	Educación para la salud: Igual que estadio 1 Terapia: Igual que estadio 1	Entrenamiento de la respiración, movilidad oral faríngea (labios, lengua, mandíbula y mejillas), articulación, voz, expresión facial y escritura Entrenamiento de la deglución Estimulación sensorial, térmica y táctil del reflejo de la deglución Movilizaciones activas de la zona oral y faríngea para control del bolo y mejorar la propulsión del tránsito faríngeo Ayudas técnicas para mejorar la sujeción de los cubiertos	Las mismas líneas que en estadio anterior, teniendo en cuenta el grado de dependencia. Incluir en esta formación al cuidador/ familiar.	Sistemas alternativos de comunicación (tablero de comunicación) Tipos de alimentación no oral (sonda nasogástrica, gastrostomía)
Terapia Ocupacional	1. Mantener roles laborales y familiares, y las actividades de ocio y del hogar 2. Mantener y mejorar las transferencias y la movilidad 3. Mejorar las actividades de cuidado personal (comer, beber, bañarse y vestirse) 4. Adaptar el ambiente para mejorar la función motora y la seguridad 5. Valorar la esfera cognitiva e intervenir apropiadamente	Educación preventiva. Reducir factores de riesgo, en el domicilio y prevenir caídas. Terapia funcional: Mejorar y/o mantener habilidades manipulativas. Prevención de deformidades. Aprendizaje de técnicas que aporten mayor estabilidad en las tareas del hogar	Entrenamiento de las habilidades manipulativas. Aprendizaje de estrategias y entrenamiento en las actividades básicas de la vida diaria. Reforzar actividades de alimentación, vestido, baño, y/o ducha, etc. Aprendizaje de estrategias y entrenamiento en actividades instrumentales de la vida diaria. Manejo del dinero, ir de compras. Estimulación cognitiva. Evaluación y eliminación de barreras arquitectónicas del domicilio.	Entrenamiento de las habilidades manipulativas. Aprendizaje de estrategias y entrenamiento en las actividades básicas de la vida diaria. Aprendizaje de estrategias y entrenamiento en actividades instrumentales de la vida diaria Evaluación y eliminación de barreras arquitectónicas del domicilio. Estimulación cognitiva.	Entrenamiento de las habilidades manipulativas. Entrenamiento en las actividades básicas de la vida diaria. Asesoramiento y entrenamiento de diferentes técnicas para el cuidado del enfermo, a la familia y/o cuidador Estimulación cognitiva. Entrenamiento en el uso de ayudas técnicas Evaluación y eliminación de barreras arquitectónicas del domicilio.	Entrenamiento de las habilidades manipulativas. Entrenamiento en las actividades básicas de la vida diaria. Asesoramiento y entrenamiento de diferentes técnicas para el cuidado del enfermo, a la familia y/o cuidador Estimulación cognitiva. Entrenamiento en el uso de ayudas técnicas

10. Criterios de derivación a cuidados paliativos

Criterios de Derivación:
· Estadio 4 ó 5 de Hoehn y Yahr · Intolerancia o no respuesta a la medicación antiparkinsoniana · Reducción de la independencia y necesidad de ayuda con AVD · Poca predictibilidad de los periodos "off" · Mal control del dolor secundario, rigidez, contracturas o discinesias · Episodios frecuentes de aspiración, disfagia grave
Objetivos específicos:
· Aliviar los síntomas y la angustia del paciente y los cuidadores · Mantener la dignidad y la funcionalidad remanente a pesar de la enfermedad avanzada · Evitar las complicaciones relacionadas con el tratamiento

11. Algoritmo del circuito de comunicación entre atención primaria y especializada



* En anexo 8 se dispone el listado de los interlocutores, número de teléfono de las CTM, direcciones de correo electrónico institucionales, y listado de teléfonos de gestión interna de los centros de salud.

Las consultas y sus respuestas deben quedar reflejadas en la historia clínica del paciente.

** La cita se gestiona con el especialista de referencia del paciente.

12. Direcciones y responsables de las Consultas de Trastornos del Movimiento

Hospital	Responsable	Correo
Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela	Ángel Berbel García	ctm.hccruzr@salud.madrid.org
Hospital Clínico San Carlos	Mª José Catalán Alonso	ctm.hcsc@salud.madrid.org
Hospital de Torrejón	Miriam Eimil Ortiz	ctm.torreon@salud.madrid.org
Hospital del Sureste	Félix Javier Jiménez Jiménez	ctm.hus@salud.madrid.org
Hospital del Tajo	Paloma Alonso	ctm.htajo@salud.madrid.org
Hospital Fundación Jiménez Díaz	Pedro García Ruiz	ctm.fjd@salud.madrid.org
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Francisco Grandas Pérez	ctm.hgugm@salud.madrid.org
Hospital Gómez Ulla	Ángel Fernández Díez	ctm.hgu@salud.madrid.org
Hospital Infanta Elena	Cristina Prieto Jurczynska	ctm.hrjc@hospitalreyjuancarlos.es
Hospital Rey Juan Carlos	Cristina Prieto Jurczynska	ctm.hrjc@hospitalreyjuancarlos.es
Hospital Universitario 12 de Octubre	Ignacio Javier Posada Rodríguez	ctm.hdoc@salud.madrid.org
Hospital Universitario de Fuenlabrada	Maria del Valle Laorte	ctm.hflr@salud.madrid.org
Hospital Universitario de Getafe	Raluca Marasescu	ctm.hugf@salud.madrid.org
Hospital Universitario de La Princesa	Lydia López Manzanares	ctm.hlpr@salud.madrid.org
Hospital Universitario de Móstoles	Susana Cantarero	ctm.hmtl@salud.madrid.org
Hospital Universitario del Henares	Elvira García Cobos	ctm.hhen@salud.madrid.org
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	Lydia Vela Desojo	ctm.hfa@salud.madrid.org
Hospital Universitario Infanta Cristina	Loreto Ballesteros Plaza	ctm.hsur@salud.madrid.org
Hospital Universitario Infanta Leonor	Alberto Esquivel López	ctm.hvli@salud.madrid.org
Hospital Universitario Infanta Sofía	Carmen Borrué Fernández	ctm.hnor@salud.madrid.org
Hospital Universitario La Paz	Francisco Vivancos Matellano	ctm.hulp@salud.madrid.org
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Ana Rojo Sebastian	ctm.hupa@salud.madrid.org
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	Carlos Jiménez Ortiz	ctm.hpth@salud.madrid.org
Hospital Universitario Ramón y Cajal	Juan Carlos Martínez Castrillo	utm.hrc@salud.madrid.org
Hospital Universitario Severo Ochoa	Julio Domingo García	ctm.hsvo@salud.madrid.org

13. Recomendaciones según el nivel de evidencia

A	B	C	D	Grado de recomendación	√	Recomendación por consenso del grupo de trabajo
BPP		Buen punto de práctica				
C SIGN		Los clínicos deben ser conscientes de la baja especificidad del diagnóstico clínico de la Enfermedad de Parkinson (EP) en los estadios iniciales de la enfermedad, debiendo considerar esta incertidumbre cuando proporcionan alguna información a sus pacientes o planean el manejo				
D SIGN		Los criterios diagnósticos, como los del UK PDS Brain Bank Criteria, no deben ser usados de forma aislada, para el diagnóstico de la EP en un contexto clínico, aunque sí serán tenidos en cuenta				
B NICE		Los pacientes con sospecha de EP deben ser derivados a un especialista con experiencia en el diagnóstico diferencial de esta condición antes de que se inicie el tratamiento				
√		Se recomienda que los pacientes con sospecha de EP sean derivados al especialista en un plazo de 4 a 6 semanas, siempre no superior a 8 semanas				
D NICE		El diagnóstico de EP debe ser revisado regularmente, así como la aparición de características clínicas atípicas				
D BPP		Los pacientes con EP, con o sin tratamiento, mantendrán un seguimiento por el especialista de manera periódica (+/- 6 meses), con el fin de revisar el diagnóstico, y la posible necesidad de inicio del tratamiento				

14. Niveles de evidencia y grados de recomendación (SIGN)

Niveles de evidencia científica

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+
√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor

Fuente: Disponible en <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html> ⁷⁹

15. Niveles de evidencia y grados de recomendación (NICE)

Niveles de evidencia científica

1++	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Grados de recomendación

A	- Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o - Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados - Evidencia a partir de la apreciación de NICE
B	- Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o - Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	- Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o - Extrapolación de estudios calificados como 2++
D	- Evidencia nivel 3 o 4, o - Extrapolación de estudios calificados como 2+ o - Consenso formal
D (BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Fuente: National Collaborating Centre for Chronic Conditions, London: Royal College of Physicians, 2006 ³³

