

Enfermedad de Parkinson



Dr. Isael R. Reyes Melo
Dr. Luis Dávila Maldonado



INCMNSZ

Fotografía de portada

Cama y dos mesitas de noche atacando violentamente a un violonchelo

Fecha: 1983

Técnica: Óleo sobre lienzo

Dimensiones: 60 x 73 cm

Museo Nacional Reina Sofía. Madrid, España. Legado Salvador Dalí. 1990

Salvador Dalí era un genio extravagante no sólo con sus obras, también con sus palabras: "La única diferencia entre un loco y yo, es que el loco cree que no lo está, mientras yo sé que lo estoy." "La mayor desgracia de la juventud actual es ya no pertenecer a ella." "Muchas personas no cumplen los ochenta porque intentan durante demasiado tiempo quedarse en los cuarenta." "Picasso es pintor. Yo también. Picasso es español. Yo también. Picasso es comunista. Yo tampoco."

En 1980 se conoce que Dalí sufre del mal de Parkinson, limitado para pintar, se ve obligado a intentarlo con la mano derecha apoyada en un bastón que aguanta con la mano izquierda, técnica que utilizan los pintores viejos y los jóvenes miniaturistas y que es de una extrema lentitud. Sufre además una profunda depresión, de la que, en teoría, puede recuperarse siguiendo los tratamientos adecuados. Se piensa que es el fin de su carrera y, sin embargo, pintó varias obras más, entre ellas *Cama y dos mesitas de noche atacando violentamente a un violonchelo*, donde plasma con su peculiar estilo la desesperación y discapacidad de su enfermedad.

Enfermedad de Parkinson

Enfermedad de Parkinson SÍNTOMAS

Síntomas no motores	Síntomas motores
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en el olfato. • Cambios de hábito digestivo (disautonomías gastrointestinales) como estreñimiento o constipación. • Urgencia y aumento en la frecuencia de la función urinaria. • Disfunción eréctil, falta de lubricación, alteraciones en la eyaculación y en la obtención del orgasmo. • Alteraciones en el estado de ánimo como depresión y ansiedad. • Fragmentación del sueño, somnolencia diurna. • Apatía, fatiga. • Dolor inespecífico. • Dificultad para discriminar colores. 	<ul style="list-style-type: none"> • La triada característica es: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lentitud o torpeza de todos los movimientos. 2. Rigidez que el médico describe, en articulaciones, como mover una rueda dentada. 3. Temblor sobre todo en extremidades, manos y pies, aunque existe temblor de cabeza, párpados y mentón. • Otras manifestaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Posturas anormales involuntarias en flexión (caminar encorvado). - Incapacidad para iniciar y continuar el movimiento o incluso congelamiento.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad de causa desconocida. Aunque se han asociado factores genéticos y multifactoriales a ella, hoy en día NO podemos establecer por qué aparece esta enfermedad. Fue descrita en 1817 por James Parkinson en su ensayo titulado *Shaking Palsy* (Parálisis Agitante).

Sin embargo, sabemos que a nivel de una estructura del tallo cerebral, llamada sustancia nigra del mesencéfalo, se observa disminución de las neuronas que producen dopamina, además, se acumulan inclusiones citoplasmáticas de alfasinucleína, llamadas cuerpos de Lewy, en el encéfalo. La falta de dopamina es entonces el problema cardinal del enfermo con Parkinson. La disminución de dopamina lleva a la degeneración de las vías nerviosas y de los circuitos, lo que agrava la enfermedad.

Es la segunda enfermedad degenerativa del sistema nervioso (después de la demencia de Alzheimer). Su prevalencia es de 0.3% en sujetos menores a 60 años, pero se incrementa del 1 al 2% en mayores de 65 años. Se calcula que para el año 2030 habrá 9.3 millones de personas afectadas en el mundo.

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo de la enfermedad de Parkinson es totalmente clínico y se realiza en base a la exploración del médico especialista en neurología; se realiza de acuerdo a los Criterios Internacionales de Diagnósticos, los cuáles se basan en tres pasos fundamentales:

Paso 1

Diagnóstico de Parkinsonismo: Lentitud (Bradicinesia) y al menos uno de los siguientes:

- rigidez;
- temblor de reposo de 4-6 ciclos por segundo;
- inestabilidad postural no causada por alteración de otros sistemas nerviosos como: visual, vestibular, cerebelosa o de posición.

Paso 2

Descartar otras enfermedades que puedan causar Parkinsonismo:

- antecedente de eventos vasculares cerebrales repetidos y progresión del Parkinsonismo;
- antecedentes de traumas craneales repetidos;
- antecedentes de encefalitis;
- tratamiento con medicamentos llamados neurolépticos al inicio de los síntomas;
- más de un familiar afectado;
- remisión sostenida;
- parálisis de la mirada;

- defectos de coordinación y equilibrio (signos de daño al cerebelo);
- disfunción autonómica que implica alteraciones de tipo síncope, cambios extraños de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, respiraciones;
- deterioro cognoscitivo grave;
- signos focales de zonas cerebrales que el Parkinson no suele afectar;
- presencia de tumor o hidrocefalia en estudios de imagen cerebral;
- ausencia de respuesta a dosis elevadas de antiparkinsoniano (excluyendo mala absorción);
- exposición a tóxicos.

Paso 3

Hallazgos que apoyan el diagnóstico de enfermedad de Parkinson (se requieren tres o más):

- inicio unilateral;
- progresivo;
- asimetría persistente;
- respuesta al medicamento antiparkinsoniano (Levodopa) de 70 al 100%;
- movimientos involuntarios de grandes articulaciones y de segmentos corporales con la administración de Levodopa;
- respuesta a medicación por más de cinco años, evolución de 10 ó más años.

Los estudios diagnósticos, a criterio del neurólogo, se pueden complementar con:

- a) exámenes de laboratorio;
- b) imagen de cerebro como la resonancia o la tomografía;
- c) ultrasonido mesencefálico;
- d) Tomografía por Emisión de Positrones (PET).

El Parkinsonismo se puede dividir en enfermedad de Parkinson y el llamado Parkinson plus, término que incluye, además de la enfermedad de Parkinson, otras alteraciones neurológicas como la atrofia de múltiples sistemas, degeneración corticobasal y la parálisis supranuclear progresiva; también existe y debe investigarse Parkinsonismo secundario debido a medicamentos, tóxicos, metabólicos, tumores y/u otras enfermedades.

Autocuidado

Conforme el paciente tiene más edad, los síntomas aumentan y los cuidados generales deben ser mayores, por ello recomendamos:

Higiene diaria

- Usar una silla o sillón con asiento elevado delante del lavabo para mantener una buena postura durante el aseo.
- Colocar un tapete antiderrapante en el suelo de la regadera y hacer instalar una o varias barras de apoyo en el baño y zonas húmedas para evitar accidentes.
- Recomendamos usar una silla para la regadera para facilitar el baño.
- Aconsejamos el baño diario, inspeccionando la piel, buscando áreas de roce como los codos, nalgas, talones y cabeza, sobre todo si hay cierto grado de inmovilidad.
- Secar bien y evitar la humedad de la piel, especialmente en los pliegues (axilas e ingles, por ejemplo).

- Proteger y cuidar la piel con crema hidratante, extremando el cuidado en las zonas de prominencias óseas.
- Si el temblor dificulta el cepillado de los dientes, se puede utilizar un cepillo eléctrico.

Arreglo personal

- Esperar a vestirse cuando la primera dosis de la medicación del día haya hecho efecto.
- Debe vestirse, siempre que pueda, sin ayuda, ya que es un ejercicio excelente.
- Si tiene dificultad para ponerse la camisa, puede colocar la prenda de frente, introducir los brazos en las mangas, levantar los dos brazos por encima de la cabeza y, después, pasar la cabeza por el cuello de la camisa o el suéter.
- Es importante usar ropa cómoda.
- Se pueden utilizar ropa de cuello abierto y sin botones, faldas abiertas o con cintura elástica.
- Los botones, cordones de zapatos, etc., pueden ser difíciles de manipular. Busque opciones cómodas.
- Es preferible utilizar cremalleras, cierres de velcro o botones a presión y zapatos tipo mocasín.
- Para calzarse, puede usar un calzador de mango largo y apoyarse en un banco para ponerse las medias o los calcetines.

Alimentación

- Se debe separar la hora de la toma de medicación de la hora de las comidas.
- Los platos ricos en proteínas animales deben tomarse en un horario en que la medicación esté más lejana, por ejemplo en la cena.
- Se aconseja beber líquidos en abundancia, de 2 a 2.5 litros. Entre 8 y 10 vasos de líquidos al día (agua, zumo, leche etc.).

- Los alimentos con consistencia de papilla son más fáciles de tragar que los alimentos cortados o picados.
- Un poco de agua fría puede ayudar a tragar mejor porque estimula el reflejo de la deglución.
- Los cubiertos han de pesar poco, ya que son más fáciles de manejar.
- A veces, es más fácil utilizar la cuchara que el tenedor.
- Si hay dificultad para llevarse el vaso a la boca, utilice un popote flexible.

Si el paciente tiene problemas para comer, son de ayuda las siguientes estrategias:

- Mantener los labios cerrados y los dientes juntos, poner la comida en la lengua, levantar la lengua hacia arriba, luego hacia atrás y tragar.
- El problema de la acumulación de alimentos puede prevenirse comiendo lentamente y tomando pequeñas porciones cada vez.
- Tragar sólo pequeños bocados y bien masticados.
- Masticar con fuerza, moviendo la comida con la lengua.
- Masticar primero por un lado y luego por el otro.
- No poner comida adicional en la boca antes de haber tragado el bocado anterior.

Movilidad en Cama

Para girarse mejor en la cama:

1. Doblar las rodillas y apoyar los pies en la cama.
2. Entrelazar las manos y levantarlas estirando los codos.
3. Girar la cabeza y los brazos hacia la derecha. Sujetarse al colchón con las manos para ajustar la posición hasta estar cómodo.

Para levantarse:

4. Estirarse boca arriba y colocar los brazos al lado del cuerpo.
5. Levantar la cabeza de la almohada dirigiendo la barbilla hacia el pecho y sentarse apoyándose sobre los codos.
6. Mantener la cabeza en la posición anterior e incorporarse progresivamente, ayudándose con los brazos, hasta llegar a sentarse.
7. Mover las piernas poco a poco hacia el borde de la cama hasta sentarse.

Para acostarse:

1. Sentarse al borde de la cama, cerca de la almohada.
2. Estirarse de manera que la cabeza quede sobre la almohada en posición correcta.
3. Subir las piernas sobre la cama.

Comunicación y Lenguaje

- Aceptar que la expresión y comprensión del lenguaje es difícil por lo que se debe tener absoluta paciencia.
- Pausar las conversaciones y no generar angustia o desesperación.
- Respirar durante los diálogos y pronunciar lentamente las palabras.
- Estimular la lectura en voz alta y pausada frase por frase o palabra por palabra.

Masajes y Rehabilitación

- Deben ser una constante durante la enfermedad, entre más actividad física tenga el paciente mejor será su respuesta a fármacos.
- El masaje suave alivia la rigidez.

- El baño relajante a temperatura de 37-38 grados centígrados alivia la rigidez.
- El calor local en todas sus formas mejora la movilidad.
- Realizar sesiones de ejercicio o rehabilitación cuando el medicamento tenga su mejor eficacia.
- Fragmentar las sesiones de ejercicio, de 15 a 20 minutos diarios.
- Evitar la fatiga excesiva.

Organización de la casa y las habitaciones

- Evitar posibles peligros: suelos pulidos o alfombras no fijadas, cables eléctricos que cuelguen y desorden general.
- Los muebles han de situarse de manera que el paciente no pueda tropezar.
- Las escaleras deben tener pasamanos.
- Es conveniente tener un sillón alto y con respaldo, del que puede levantarse.
- En ocasiones, una silla de oficina giratoria con ruedas puede ser de utilidad para girarse o desplazarse.
- Usar teléfonos especiales con botones de memoria para marcar los números telefónicos más frecuentes y también amplificadores para hablar.

Recámara:

- Conviene que la cama tenga una altura adecuada.
- Las sábanas y pijamas de satín pueden facilitar la movilización.
- Se puede reducir el peso de las mantas usando un edredón ligero.
- Para resolver el problema de ir al lavabo por la noche, es conveniente un orinal o botella en el dormitorio.

En la actualidad la enfermedad de Parkinson no tiene cura, pero hay tratamientos que controlan y disminuyen las manifestaciones clínicas. Estos se basan en medicamentos como los inhibidores de la monoamino-oxidasa, anticolinérgicos, agonistas dopaminérgicos, levodopa-carbidopa, procedimientos quirúrgicos y rehabilitación. Los objetivos principales del tratamiento son disminuir la progresión de la enfermedad, regresar o mantener al paciente en sus actividades y, sobre todo, dar calidad de vida. Hoy día existen varias asociaciones y líneas de investigación para nuevos tratamientos de la enfermedad de Parkinson.

Tenemos un enfermo de Parkinson en casa

En septiembre de 1997 mis piernas empezaron a brincar en situaciones de ruido extremo como, por ejemplo, en el cine. Se desencadenaron síntomas muy diversos que no parecían ajustarse a ningún patrón de síntomas de alguna enfermedad específica: mioclonías, espasmos, dificultad para hablar y para escribir, torpeza en pierna y mano derechas, en fin.

Fueron casi diez años de humillaciones y toda clase de ofensas y desprecios: *estás loca, sólo quieres llamar la atención*. Muchos médicos, muchas burlas y hasta diagnósticos para entretener a la loca. Si, yo. Me dijeron que tenía leptospirosis o, lo más fácil de afirmar para los médicos que malentienden y, peor, atienden a una mujer: *estás deprimida*. Nada más lejano a lo que realmente me sucedía.

No existe o no existía un análisis de laboratorio, radiografía o resonancia que diera fe de la enfermedad. Era menester un análisis clínico y exploración detallada que muchos neurólogos, yo lo sé, no son capaces de realizar. Por eso, cuando un neurólogo, cuidadosamente seleccionado, después de una revisión minuciosa y brincos y movimientos y preguntas me dijo: *tiene usted Parkinson*. Yo no sabía qué pensar.

Hoy sé lo difícil que es vivir con esto, pero tengo el apoyo de mi doctor a quien le tengo absoluta confianza. Combinación precisa para atender esta enfermedad.

MU

Tlalpan, CDMX, 14 de abril de 2016.

La buena noticia es que no se está muriendo. Vivirá tanto como tú o como yo.

¿Por qué le dio Parkinson? No sabemos. Es una enfermedad neurológica, degenerativa, que se produce por la falta de dopamina en el cerebro, sustancia indispensable para el control de los movimientos y la transmisión de los impulsos nerviosos.

No existe análisis, ni radiografía que confirme el diagnóstico de Parkinson. El diagnóstico depende exclusivamente del examen y observación minuciosos que realiza el neurólogo en su consultorio.

Tal vez hayas notado que su cara es inexpresiva y que sus movimientos son más lentos. Al principio los síntomas son leves y así pueden durar muchos años. La lista de síntomas es larga y no siempre aparecen todos ni tampoco en el mismo orden: inmovilidad de los músculos de la cara; postura encorvada; movimientos lentos; rigidez muscular; temblores; dificultad para moverse; pérdida de equilibrio, caídas frecuentes; dificultad para tragar; disminución de la capacidad de recordar y pensar; dificultad para hablar.

Existen medicinas y otros medios para sobrellevar la enfermedad con buena calidad de vida. Cada enfermo tiene su propio Parkinson. Ninguno es igual al otro, unos tiemblan, otros están rígidos, por eso es importante seguir la indicaciones del doctor y no las del vecino o de la prima.

Van a necesitar ayuda. ¡Claro que sí! Primero para que él y ustedes entiendan lo que le está pasando. Después, conforme avance la enfermedad, para realizar sus actividades diarias.

Es importante tener paciencia, tanto el enfermo como quien lo cuida. Perder la independencia y la libertad es algo difícil de superar. Hay que apoyarlo para que se esfuerce por sí mismo. Ni hacerle todo, ni exigirle que haga todo solo. También es importante que el enfermo de Parkinson no se aíse, que tenga con quien platicar, que desarrolle una actividad física que le guste. Puede tomar clases de tango, natación, tai-chi o simplemente caminar en un parque. Lo ideal es que continúe trabajando si puede hacerlo, de lo contrario debe buscarse una ocupación que le permita sentirse y saberse útil.

Directorio editorial

Departamento de Neurología y Psiquiatría

Dr. Carlos Gerardo Cantú Brito

Unidad de Educación para la Salud

Dr. Luis Dávila Maldonado

Autores

Dr. Isael R. Reyes Melo

Dr. Luis Dávila Maldonado

Editores de redacción y diseño

Dr. Luis Dávila Maldonado

Maritza Rosas Arriaga



INCMNSZ

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan
México, 2016