



Claves para conocer la Enfermedad de Parkinson

Índice

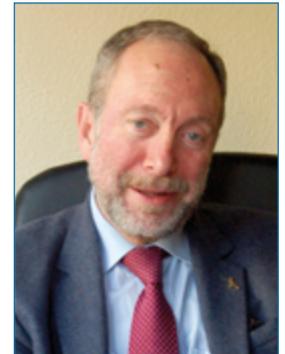
1	Presentación y mensaje del presidente de la Federación Española de Párkinson (FEP): José Luis Molero	3
2	¿Qué es el párkinson?	5
3	Historia	7
4	Epidemiología y costes sociosanitarios	9
5	Características clínicas y sus manifestaciones	11
	5.1 Síntomas motores	
	5.2 Síntomas no motores	
	5.3 Evolución de la enfermedad: estadios de Hoehn & Yahr	
6	Etiología	17
7	Diagnóstico	19
8	Tratamientos	21
	8.1 Tratamientos para la Enfermedad de Parkinson	
	8.2 Tratamientos para la Enfermedad de Parkinson Avanzada	
9	Federación Española de Párkinson y sus asociaciones	25
10	Glosario de términos	27
11	Enlaces y fuentes de interés	29

Presentación y mensaje del presidente de la FEP

1

Querido amigo:

Como parte del objetivo de la Federación Española de Parkinson (FEP) de informar a la sociedad sobre la patología, y dado tu papel de transmisor de noticias a la opinión pública, queremos entregarte este dossier informativo sobre la que es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente.



Desde la FEP, llevamos más de 15 años trabajando para ayudar a las personas afectadas y para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Desde su creación, hemos llevado a cabo proyectos de muy diverso tipo: asistenciales, divulgativos, de fomento de la investigación, culturales, medioambientales, de sensibilización, etc. Todos ellos con el fin de conseguir que los pacientes convivan con su enfermedad de la mejor manera posible a través de la mejora de los recursos que tienen a su disposición.

Con este dossier informativo sobre la Enfermedad de Parkinson, la FEP pretende ofrecer información completa y actualizada sobre la patología sin excederse en la cantidad de documentación, pues somos conscientes de la realidad diaria de los profesionales de la información y del tiempo disponible para revisar las fuentes de sus noticias. En el dossier encontrarás las respuestas a las preguntas más habituales en relación al párkinson. Y como verás, el formato está pensado para la incorporación de posibles futuras fichas si fuesen necesarias.

Confío en que este kit de contenidos sea de ayuda.

Recibe un cordial saludo,

José Luis Molero

Presidente de la Federación Española de Parkinson

¿Qué es el párkinson? 2



La Enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad que afecta al sistema nervioso en el área encargada de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos¹. Esta alteración neurodegenerativa es de causa desconocida y de curso crónico, progresivo e irreversible. **Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente².**

La EP se manifiesta cuando unas células en el área del cerebro, denominada “sustancia negra”, comienzan a funcionar mal y mueren. Estas células son las responsables de producir una sustancia llamada “dopamina”. La dopamina es un neurotransmisor,

1 Federación Española de Párkinson:
http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9_es_la_enfermedad_de_Parkinson&idm=36

2 E.Abasolo-Osinaga, L.C. Abecia-Inchaurregui, E. Fernández-Díaz, A. Barcenilla-Laguna, T.Bañares-Onraita. Prevalencia y coste farmacológico de la enfermedad de Parkinson en España. REV NEUROL 2006; 43 (11): 641-645

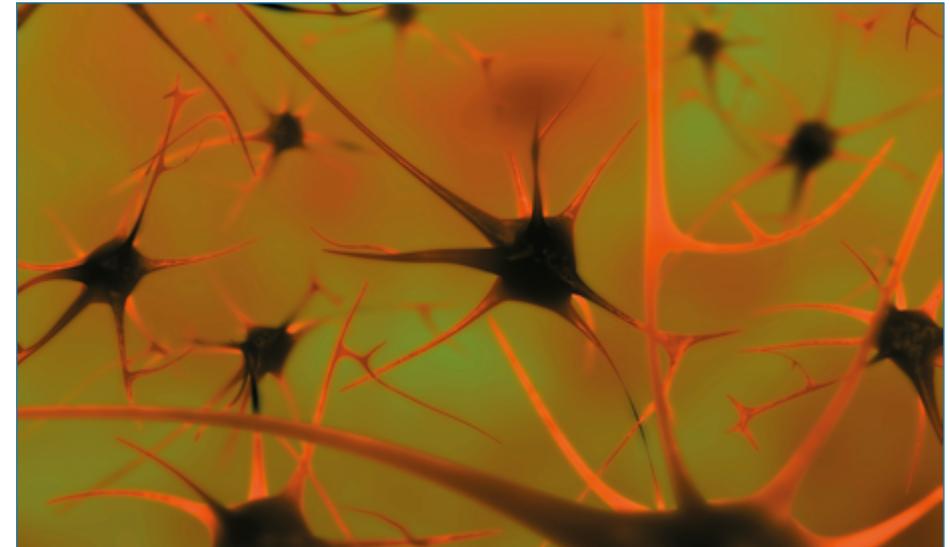
¿Qué es el párkinson?

o mensajero químico, que envía información a las zonas del cerebro que controlan el movimiento y la coordinación. En los pacientes de EP, las células productoras de dopamina comienzan a morir, lo que provoca la reducción del neurotransmisor.

Los mensajes del cerebro que indican al cuerpo cómo y cuándo debe moverse son transmitidos anómalamente. Como resultado, el afectado es incapaz de controlar sus movimientos. Para la mayoría, este proceso lleva a los síntomas motores de la EP: temblor, rigidez y lentitud de movimiento. En algunos casos avanzados, la enfermedad se extiende más allá del sistema motor dopaminérgico provocando síntomas emocionales y cognitivos.

Las causas de la aparición de la EP son desconocidas y pueden diferir de una persona a otra. Algunos pacientes parecen tener un daño genético que permite el desarrollo del Parkinson, otros pueden estar expuestos a lesiones o a ciertas toxinas del medio ambiente. Muchos expertos creen que la comunidad científica llegará a desarrollar tratamientos para detener o revertir la enfermedad.

Historia 3



La EP fue **descrita por primera vez en 1817 por James Parkinson**³ en su *Ensayo sobre la Parálisis Temblorosa* como: "Movilidad involuntaria temblorosa, con disminución de la fuerza muscular, que afecta a las partes del cuerpo que están en reposo y que incluso provocan una inclinación del cuerpo hacia delante y una forma de caminar a pasos cortos y rápidos. Los sentidos y el intelecto permanecen inalterados." Décadas más tarde, Jean-Martin Charcot completó la definición de la patología bautizándola como **Enfermedad de Parkinson**, en reconocimiento a J. Parkinson.

En 1919, Constantin Tretiakoff descubrió que la lesión básica implicada con la enfermedad se encontraba en una parte del cerebro llamada **sustancia negra**. A finales

³ Federación Española de Párkinson:
http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=19&title=Qu%C3%A9_es_la_enfermedad_de_Parkinson&idm=36



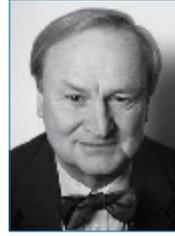
James Parkinson



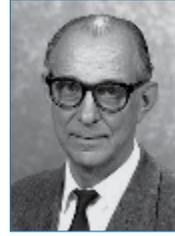
Jean-Martin Charcot



Constantin Tretiakoff



Arvid Carlsson



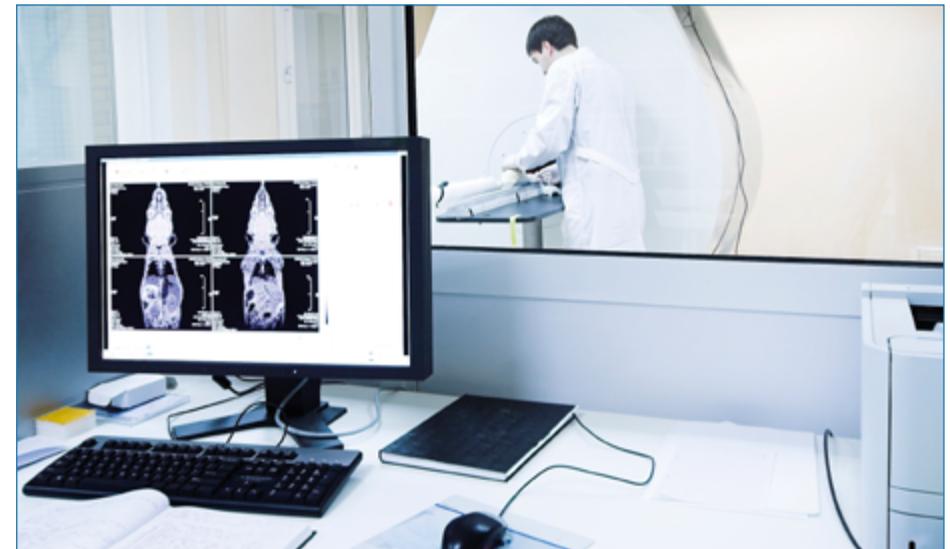
Ole'h Hornykiewicz

de los años '50, Carlsson y Hornykiewicz descubrieron que las neuronas situadas en la sustancia negra producían un neurotransmisor llamado **dopamina**, cuyos niveles disminuían en los pacientes de párkinson, aunque no se consiguió desvelar el motivo.

En la actualidad, aún no se conocen las causas de esta patología que afecta a 150.000 personas en España⁴.

4 Federación Española de Párkinson. Memoria de Actividades 2010 <http://www.fedeparkinson.org/upload/20110316035435.pdf>

Epidemiología y costes socio-sanitarios⁵



La Enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente. **La EP tiene una gran repercusión sanitaria, ya que disminuye la calidad de vida de los pacientes y familiares, lo que requiere importantes recursos sanitarios y económicos**, costeados en su mayoría por ellos mismos. En la prevalencia de la enfermedad influyen diversos factores, como la incidencia y la supervivencia, relacionados con las condiciones de la asistencia sanitaria y el nivel socioeconómico, entre otros.

En cifras absolutas, **se estima que el número de enfermos en España es de 150.000 personas**, si bien los estudios que intentan valorar la prevalencia de la EP se encuentran limitados por la exclusión de los pacientes no diagnosticados o con

5 E. Abasolo-Osinaga, L.C. Abecia-Inchaurregui, E. Fernández-Díaz, A. Barcenilla-Laguna, T. Bañares-Onraita. Prevalencia y coste farmacológico de la enfermedad de Parkinson en España. REV NEUROL 2006; 43 (11): 641-645

diagnóstico erróneo. Los tres grupos de estudios más comunes son aquellos casos atendidos en las consultas médicas, los estudios denominados "puerta a puerta" y los estudios de utilización de medicamentos.

El coste total de la dispensación de los fármacos supera en la actualidad los 116 millones de euros, un total que representaría un CHD (coste por cada 1.000 habitantes y día) en torno a 4 €, según un estudio desarrollado entre los años 1998 y 2000 sobre prevalencia y coste farmacológico de la EP en España. Actualmente, el fármaco más utilizado es levodopa, que representa más de un 30% del coste total de los fármacos antiparkinsonianos.

La utilización de este tipo de fármacos es muy diferente según la comunidad autónoma, ya que hay diferencias en los hábitos de prescripción médica, diagnósticas y sociodemográficas.

Características clínicas y sus manifestaciones

5



5.1. Síntomas motores

Cuando los niveles de dopamina disminuyen, las neuronas en esa parte del cerebro no pueden enviar mensajes apropiadamente, llevando a la pérdida de la función muscular, por lo que la persona no es capaz de iniciar ni de controlar sus movimientos de manera normal, originándose los **síntomas motores** de la Enfermedad de Parkinson:

1. Temblor en reposo

Etapas iniciales

En las etapas iniciales de la enfermedad, algunas de las personas afectadas experimentan ligeros temblores en la mano, en el pie o en un costado del cuerpo y

suelen aparecer cuando los músculos se encuentran relajados. Cuando la persona inicia una acción, el temblor suele detenerse, aunque bajo síntomas de estrés o excitación el temblor puede incrementarse.

Etapa avanzada

A medida que la enfermedad avanza, el temblor suele difundirse con frecuencia al otro lado del cuerpo. **A pesar de que el temblor es la señal externa más notoria de la enfermedad, no todas las personas que padecen la EP desarrollan temblores.**

2. Rigidez

La rigidez muscular (falta de flexibilidad) es otra de las primeras manifestaciones de la enfermedad. Los pacientes que tienen este síntoma acusan dificultad para levantarse de una silla o darse la vuelta en la cama.

Se muestra como una resistencia o falta de flexibilidad para mover pasivamente las extremidades. Se presenta, al estirar la extremidad afectada, el signo de la “rueda dentada” (como si dentro de la articulación existiese un piñón).

Debido a la rigidez progresiva que sufre los músculos, el enfermo va adquiriendo una postura envarada y echada hacia delante, y su rostro pierde expresividad por el deficiente movimiento de los músculos faciales.

3. Bradicinesia

La bradicinesia significa “movimiento lento”. Los afectados con este síntoma también pueden experimentar dificultades para realizar movimientos completos, dificultades para iniciar movimientos y ceses abruptos de un movimiento en progreso. Las consecuencias de la bradicinesia suponen a los pacientes de párkinson **la dificultad para realizar funciones cotidianas, tales como: abotonarse una camisa, cortar alimentos o cepillarse los dientes.**

4. Inestabilidad postural

Es frecuente que las personas que padecen la EP experimenten cierta inestabilidad y trastornos del equilibrio cuando están de pie, lo que puede provocarles caídas

con gran facilidad. Estos problemas de equilibrio y coordinación suelen aparecer en estados avanzados de la EP.

5. Discinesias

Las discinesias son movimientos involuntarios provocados por los medicamentos dopaminérgicos que suelen aparecer con el avance de la Enfermedad de Parkinson. Aparecen con mayor intensidad en el lado del cuerpo más afectado del enfermo, llegando a afectar a cuello, cara y tronco. La intensidad de estos movimientos varía de un individuo a otro, desde una intensidad leve, apenas apreciable, a sacudidas que provocan grandes molestias en los afectados.

Es importante tener en cuenta que **no todas las personas con EP desarrollan todas las señales o síntomas de la enfermedad.**

5.2 Síntomas no motores

Durante el desarrollo de la enfermedad, los síntomas pueden extenderse más allá del sistema dopaminérgico involucrando otros sistemas cerebrales y provocando así alteraciones emocionales, cognitivas, sensoriales, gastrointestinales... Estos **síntomas no motores**⁶ pueden ser muy variados y dependerán de la evolución y el tratamiento del paciente:

- | | |
|----------------------------|---|
| 1. Ansiedad | 9. Fatiga |
| 2. Depresión | 10. Sudoración |
| 3. Irritabilidad | 11. Sialorrea |
| 4. Lentitud de pensamiento | 12. Cambios de la temperatura corporal |
| 5. Problemas de memoria | 13. Estreñimiento |
| 6. Hormigueo | 14. Apatía |
| 7. Dolor | 15. Incontinencia urinaria |
| 8. Intranquilidad | 16. Pérdida progresiva del sentido del gusto y del olfato |

⁶ Federación Española de Párkinson:
http://www.fedesparkinson.org/index.php?r=site/page&id=24&title=S%C3%ADntomas_frecuentes&idm=38

5.3. Evolución de la enfermedad: estadios de Hoehn & Yahr

La EP es una enfermedad progresiva que avanza lentamente y cuyo tratamiento va dirigido a suprimir o atenuar los síntomas para que el paciente esté funcional el mayor tiempo posible. La evolución de la enfermedad es diferente en cada paciente; por ello, no todos los pacientes llegan a pasar por todas las fases de evolución de la enfermedad. Hasta la actualidad, la EP se viene clasificando en estadios clínicos según el grado de afectación.

Atendiendo a la clasificación de **Hoehn & Yahr**⁷ podemos diferenciar 5 estadios diferentes, que a su vez se encuentran divididos en varios grupos, facilitando el análisis de los problemas que presentan los pacientes a lo largo de la evolución.

Los **pacientes de diagnóstico reciente** suelen manifestar las consecuencias de un Estadio I y II de la EP:

- **Estadio I:** se caracteriza porque el paciente mantiene aún una expresión facial normal y postura erecta. En ocasiones pueden tener temblores en una extremidad y dificultades de movilidad fina. Al caminar pueden arrastrar un poco los pies e incluso una disminución del braceo. Además, pueden experimentar rigidez y discinesia.
- **Estadio II:** las expresiones faciales comienzan a sufrir alteraciones y se produce una disminución del parpadeo. La postura que adoptan suele ser ligeramente encorvada y la realización de las actividades de la vida diaria comienza a ralentizarse. Además, todos estos síntomas suelen ir acompañados de episodios depresivos y posibles efectos secundarios de los medicamentos.

Aquellos **moderadamente afectados** suelen manifestar síntomas propios de los Estadios III y IV:

- **Estadios III y IV:** los síntomas comienzan a agravarse apareciendo ya grandes dificultades para caminar y mantener el equilibrio, lo que provoca caídas y dificultad para

⁷ Federación Española de Parkinson:
<http://www.fedeparkinson.org/index.php?r=site/page&id=26&title=Evoluci%C3%B3n&idm=54>

girar o pararse. La sensación de fatiga y los dolores se acrecientan y comienzan a reconocerse dificultades comunicativas. Por otro lado, surgen síntomas de disfunción autonómica y de relación con los fármacos; tales como los fenómenos on-off, discinesias y problemas conductuales (insomnio, alucinaciones, cuadros confusionales).

Los pacientes que ya se encuentran en un **grado de enfermedad severo**, padecen las manifestaciones presentadas en el último de los estadios de la EP:

- **Estadio V:** el enfermo se convierte ya en una persona totalmente dependiente, con un aumento del tiempo que pasa en fase OFF. Gran parte del tiempo debe permanecer sentado o en la cama y los trastornos del lenguaje se acentúan. Además, suelen desarrollar contracturas y tienen muchas posibilidades de sufrir úlceras de decúbito.

Etiología 6



Hasta la fecha, y a pesar de los grandes esfuerzos en investigación, **la causa de la EP es desconocida**. La existencia de datos etiológicos de la EP es muy limitada, aunque siempre se han considerado como condicionantes del desarrollo de la enfermedad factores como el envejecimiento, la exposición a tóxicos ambientales, factores genéticos y las condiciones metabólicas del organismo que interactúan entre sí⁸.

Factores genéticos

Entre un 15% y un 25% de los pacientes con EP informan de que tienen un familiar con la enfermedad. En grandes estudios demográficos, los investigadores han descu-

⁸ E. Abasolo-Osinaga, L.C. Abecia-Inchaurregui, E. Fernández-Díaz, A. Barcenilla-Laguna, T. Bañares-Onraita. Prevalencia y coste farmacológico de la enfermedad de Parkinson en España. REV NEUROL 2006; 43 (11): 641-645.

bierto un incremento del doble al triple en el riesgo de desarrollar EP en personas con un pariente en primer grado afectado (padre, madre o hermano/a) en relación a la población general. La gran mayoría de los casos de EP no son directamente hereditarios, pero los investigadores han descubierto varios genes que pueden causar la enfermedad en un pequeño número de familias.

Factores ambientales

Algunos científicos han sugerido que la EP podría ser el resultado de la exposición a una toxina presente en el medio ambiente. Las investigaciones epidemiológicas han identificado diversos factores que pueden estar vinculados a la EP. Ahora bien, no hay pruebas concluyentes que indiquen que un factor ambiental, por sí solo, cause la enfermedad. Sin embargo, estos factores ambientales son de utilidad para el estudio de la EP en laboratorios.

Diagnóstico

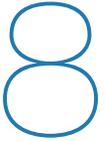


El diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson siempre es clínico, por lo que resulta difícil la detección de todos los pacientes afectados. La EP se diagnostica por un profesional de la neurología experimentado en la evaluación y el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson (especialista en trastornos del movimiento). Para diagnosticar la enfermedad, el especialista en trastornos del movimiento hace una historia clínica detallada y realiza una exploración neurológica. **No existen pruebas diagnósticas para la EP** y, por tanto, el diagnóstico depende de la información clínica suministrada por el paciente y de los hallazgos clínicos. **El papel de cualquier prueba adicional es descartar otras enfermedades que pueden imitar a los síntomas del párkinson** como, por ejemplo, la hidrocefalia. Los casos muy leves de EP pueden ser difíciles de identificar.

Importancia de las pruebas diagnósticas en la EP

Dado que no existen pruebas diagnósticas estandarizadas para la EP, los investigadores siguen intentando desarrollar un marcador biológico del párkinson, basado en un análisis de sangre o un estudio de neuroimagen. Hasta la fecha, la mejor prueba objetiva diagnóstica para la EP consiste en técnicas de escáner especializadas que miden el sistema dopaminérgico y el metabolismo del cerebro. Sin embargo, estas pruebas sólo se llevan a cabo en centros especializados en diagnóstico de imagen y son extremadamente costosas. Desde una perspectiva práctica, la única evaluación útil para llegar a la conclusión de que una persona padece la EP son pruebas que ayuden a descartar otras enfermedades que imitan los mismos síntomas, como la hidrocefalia o el ictus.

Tratamientos



8.1 Tratamientos para la Enfermedad de Parkinson

- **Precursores de la dopamina (levodopa):** se descubrió en 1960 y supuso uno de los hallazgos más importantes en la historia de la medicina y **es hasta el momento el fármaco más eficaz para el tratamiento sintomático de la Enfermedad de Parkinson.** De modo aislado, la levodopa produce náuseas y vómitos en muchos pacientes, por lo que suele combinarse con carbidopa para evitar esos efectos adversos.
- **Agonistas de la dopamina:** son medicamentos que estimulan las partes del cerebro influenciadas por la dopamina. Este tipo de fármacos pueden tomarse aisladamente o en combinación con otros que contengan levodopa.

- **Inhibidores de la COMT (Catecol – Orto – Metil – Transferasa):** bloquean el metabolismo de la levodopa, permitiendo a una gran cantidad de medicación alcanzar el cerebro. Estos agentes, por sí solos, no alivian los efectos de la Enfermedad de Parkinson. Se deben tomar junto con levodopa.
- **Inhibidores de la MAO-B (monoamino oxidasa):** evitan la metabolización de la dopamina en el cerebro permitiendo que permanezca más tiempo y por lo tanto su acción se prolongue. Por sí solos no son muy eficaces y se suelen utilizar en combinación con otros fármacos.
- **Anticolinérgicos:** son medicamentos indicados para pacientes con una enfermedad de Parkinson leve que sólo tienen temblor en reposo. Debido a sus efectos adversos (que incluyen visión borrosa, sequedad en la boca y retención urinaria), no suelen administrarse a personas mayores de 70 años.
- **Amantadina:** es un agente que inicialmente se utilizó para disminuir los temblores en la EP temprana. En tiempos recientes, la amantadina ha demostrado ser buena para reducir las discinesias producidas por el tratamiento dopaminérgico.

8.2 Tratamientos para la Enfermedad de Parkinson Avanzada

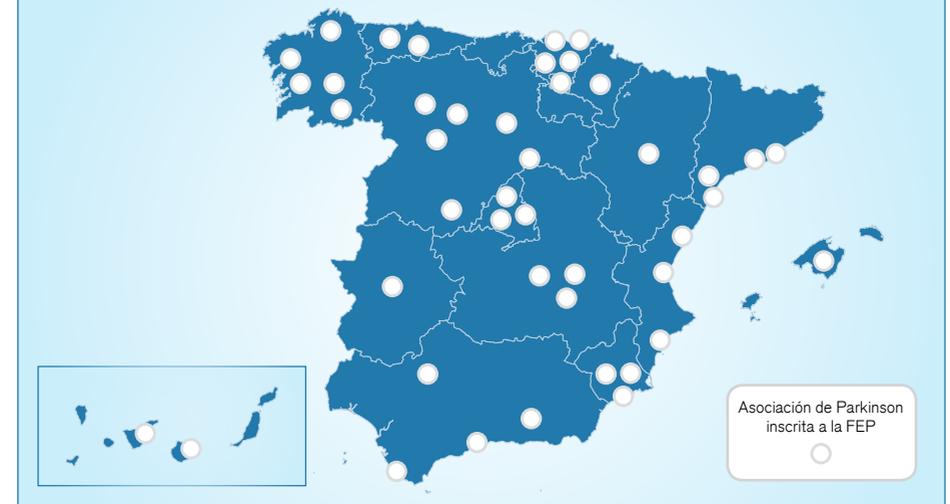
- **Bomba de apomorfina:** no es una opción monoterapia y su manejo requiere conexión de la bomba y uso de parches y agujas para rellenarla. La medicación se administra de forma subcutánea, a través de una sonda. El lugar de la administración, la temperatura, cantidad de grasa de la zona, hace que la absorción de apomorfina de forma subcutánea pueda variar. Es un tratamiento eficaz para el control de las fluctuaciones motoras, pero limitado en el tiempo, ya que su uso prolongado se relaciona con la aparición de nódulos subcutáneos.
- **Gel de levodopa y carbidopa para perfusión enteral continua:** se utiliza como monoterapia y se presenta en cartuchos de gel. Se administra directamente al duodeno a través de una sonda conectada a una bomba. Su uso no tiene límite de edad, el manejo es fácil, su efecto es potente y puede utilizarse a largo plazo. Es un fármaco eficaz para el tratamiento de las fluctuaciones motoras, demostrando también mejoras en los síntomas no motores y la calidad de vida. Es el fármaco que abarca mayor número de pacientes por tener menos contraindicaciones que el resto.

- **Estimulación cerebral profunda:** la versión más moderna de este tratamiento quirúrgico viene utilizándose con éxito desde finales de la década de los 90, si bien no es válida para todas las personas con EP. Para la DBS (deep brain stimulation, en inglés), se insertan electrodos en una región seleccionada del cerebro dependiendo de los síntomas del paciente. La estimulación ha demostrado ser eficaz, en el control de los síntomas motores y mejoras en la calidad de vida, pero la dificultad de la intervención hace que no esté disponible en todos los centros, lo que provoca diferencias en cuanto al acceso entre pacientes de diferentes regiones.

Federación Española de Párkinson y sus asociaciones



Asociaciones de ámbito provincial y autonómico adheridas a la FEP



En 1985 nació en Barcelona la primera asociación de párkinson de España, con el objetivo de ayudar a los afectados y a sus familias a mejorar su calidad de vida. A continuación, comenzaron a crearse más asociaciones en otros puntos del país, y en 1996 se constituyó la FEP (Federación Española de Párkinson). En la actualidad, la FEP engloba a 44 asociaciones que representan a más de 12.000 asociados.

El principal objetivo y la base de la filosofía de trabajo de la FEP es la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familiares. Para alcanzarlo, la federación trabaja en diferentes proyectos que abarcan toda la problemática de los afectados y apuesta de manera muy firme por la investigación en la Enfermedad de Parkinson.

La Federación Española de Párkinson cuenta con proyectos relacionados con la investigación, la formación y la información, con la vertiente lúdica, con el medio y la naturaleza, con la rehabilitación, o con el apoyo al familiar, entre otros. Todos los proyectos desarrollados por la FEP ayudan, finalmente, a mejorar la calidad de vida del afectado ya sea a través de la formación de cuidadores, potenciando la investigación o promoviendo terapias rehabilitadoras como la fisioterapia, la logopedia, la terapia ocupacional, la atención psicológica, etc... que ofrecen al afectado herramientas para disminuir el impacto físico y psicológico que tiene la enfermedad.

La Federación Española de Párkinson cuenta con el apoyo y asesoramiento de un comité científico compuesto por ocho doctores de dilatada trayectoria profesional en la enfermedad de Parkinson. Componen el comité médico asesor: Dr. Eduardo Tolosa, Dr. Francisco Grandas, Dr. Gurutz Linazasoro, Dr. José Chacón, Dr. Juan Carlos Martínez Castrillo, Dra. M^a José Catalán, Dr. Pablo Martínez Martín y Dra. Rosario Luquín.

La FEP cuenta con los siguientes canales de comunicación con sus socios:

- Página web: www.fedeparkinson.org
- Red social: www.parkinsonpulsaon.org
- Línea de atención telefónica al afectado: 902 113 942

Glosario de términos⁹ 10

Acetilcolina: neurotransmisor distribuido en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico.

Acinesia: ausencia de movimientos, pérdida de la habilidad para moverse.

Agonista: fármaco que estimula un mismo receptor. En la enfermedad de Parkinson, los agonistas dopaminérgicos estimulan los receptores de dopamina.

Amantadina: tratamiento farmacológico empleado habitualmente como reductor de las discinesias.

Antagonista: agente que bloquea un receptor e impide su estimulación.

Anticolinérgico: tratamiento farmacológico empleado para controlar el temblor.

Bradicinesia: lentitud a la hora de llevar a cabo movimientos voluntarios.

Carbidopa: fármaco utilizado en combinación con la levodopa que evita los efectos secundarios (náuseas y vómitos). Este agente inhibe la dopadecarboxilasa, enzima encargada del metabolismo extra cerebral de la levodopa.

Deterioro de fin de dosis: pérdida del efecto de una dosis de levodopa antes de que haga efecto la siguiente toma.

Disartria: dificultad en la articulación de palabras. No es exclusivo de la enfermedad de Parkinson sino que puede deberse a otros problemas neurológicos.

Disquinesia (o discinesia): síntoma que consiste en un movimiento involuntario. Puede llegar a ser muy perjudicial para llevar a cabo las actividades del día a día con normalidad.

⁹ Federación Española de Párkinson. Salud y medios de comunicación. El Parkinson. 2006

Disfagia: dificultad para la deglución (acto de tragar). Este problema suele conllevar dolores muy incómodos para los pacientes.

Distonía: movimientos, involuntarios y a veces dolorosos, que pueden afectar a un solo músculo, a un grupo de músculos, o incluso al cuerpo entero. Se trata de trastornos del movimiento en los que contracciones musculares sostenidas causan torceduras y movimientos repetitivos o posturas anómalas.

Dopamina: neurotransmisor responsable del adecuado control de los movimientos. A través de mecanismos químicos y eléctricos, la dopamina transporta información de unas neuronas a otras.

Estadios de ON/OFF: cuando los pacientes están en un período ON tienen sus síntomas controlados y la actividad motora es normal. En el período de OFF los síntomas vuelven a aflorar y la función motora del paciente se ve dificultada.

Inhibidores de la COMT: tratamientos farmacológicos que bloquean el metabolismo de la levodopa, permitiendo a una gran cantidad de medicación alcanzar el cerebro y prolongar el efecto de cada dosis.

Levodopa: sustancia más usada para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Suele utilizarse de modo combinado con carbidopa para evitar las náuseas y vómitos que puede provocar si se emplea de manera aislada.

Receptor dopaminérgico: estructura localizada en la membrana de las células o en sus prolongaciones. Al unirse con la dopamina o los agonistas dopaminérgicos, permiten la neurotransmisión.

Enlaces y fuentes de interés

11

- Sociedad Española de Neurología (SEN): www.sen.es
- Grupo Español de Trastornos del Movimiento de la SEN: <http://www.getm.info/inicio.html>
- Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE): www.sedene.com
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG): www.segg.es
- Federación Española de Párkinson (FEP): www.fedesparkinson.org
- European Parkinson's Disease Association (EPDA): www.epda.eu.com
- IMSERSO – apartado sobre la Enfermedad de Parkinson: www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/parkinson/index.html

