

# Tratamiento no farmacológico en enfermedad de Parkinson

Párkinson **temprano**



# Tratamiento no farmacológico en la Enfermedad de Parkinson

Párkinson temprano



## AUTORES

- **Coordinadora**

**Dra. Lydia López Manzanares**

Responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

- **Grupo de expertos**

**Dr. Jesús Díez Rodríguez**

Urólogo. Servicio de Urología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid

**Susana Donate Martínez**

Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Departamento de Psicología Asociación de Parkinson. Madrid

**Sonia Garrido Esteban**

Fisioterapeuta. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

**Beatriz González García**

Enfermera. Unidad de Trastornos del Movimiento. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

**Juan Manuel Gutiérrez**

Trabajador Social. Área 11. Madrid

**David Hernández Lozano**

Terapeuta ocupacional. EPONA Centro Integral de Promoción de la Autonomía Personal y la Salud, S.L. Burgos.

**Dra. Yaiza López Plasencia**

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

**Dolores Ruiz Sánchez-Molina**

Logopeda. Coordinadora Dpto. de Logopedia, Asociación Parkinson. Madrid

# Tratamiento no farmacológico en la Enfermedad de Parkinson

Párkinson temprano



## PREFACIO

Conocer la enfermedad de Parkinson es el primer paso para vencerla. Y quien más nos enseña día a día son los que la padecen y los que desde el apoyo incondicional les acompañan y adquieren el papel de cuidador.

Como clínicos, no estamos solos con el paciente frente a la enfermedad. De una mano nos acompañan todos los compañeros dedicados a la investigación básica, en quien tenemos todas las esperanzas puestas en la llegada de ese tratamiento que evite el sufrimiento de esta enfermedad. De la otra mano van todos los compañeros implicados en el seguimiento del paciente, desde fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, enfermeros, trabajadores sociales y otros muchos profesionales del ámbito sanitario, así como asociaciones de pacientes, cuya labor mejora notablemente la calidad de vida de las personas con párkinson.

La mayor parte del tiempo en la consulta de neurología se consume explicando el tratamiento farmacológico, cuándo o cómo tomar la medicación. Es fácil que se nos pase que también somos responsables de ofrecerles otros recursos que ayudan a que el éxito de la terapia sea más patente.

Pretendemos que este manual, el primero dedicado al tratamiento global no farmacológico de la enfermedad de Parkinson, sea útil para todos los pacientes y cuidadores con especial interés en la enfermedad. Que se puedan adaptar y utilizar dentro de las posibilidades y recursos de cada centro, y que sirva de fuente de inspiración para poder mejorar al máximo la atención al paciente.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los autores. Ha sido un lujo poder coordinar esta obra llena de profesionales con una capacidad de trabajo y un perfil humano excepcional. Gracias a Teva por su apoyo en la enfermedad de Parkinson. En especial, gracias por la iniciativa y generosidad de reunir en torno a esta enfermedad a todos los profesionales implicados en el tratamiento no farmacológico.

**Dra. Lydia López Manzanares**  
lydia.lopez@salud.madrid.org

# Tratamiento no farmacológico en la Enfermedad de Parkinson

Párkinson **temprano**

## Índice

1. Aspectos generales de la enfermedad. Importancia del tratamiento no farmacológico ..... 8
2. Cuidados psicológicos en la enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico ..... 14
3. Tratamiento no farmacológico de las alteraciones urológicas en la enfermedad de Parkinson ..... 20
4. Importancia de la alimentación en la enfermedad de Parkinson de diagnóstico reciente ..... 28
5. Fisioterapia en la enfermedad de Parkinson en cualquier fase de su evolución ..... 34
6. La Terapia Ocupacional en párkinson inicial ..... 54
7. La Logopedia como pilar fundamental en el tratamiento integral de la enfermedad de Parkinson ..... 60
8. Impacto socio-familiar: necesidades y recursos en pacientes con enfermedad inicial ..... 66
9. Educación del paciente y el cuidador en las fases iniciales de la enfermedad ..... 72
10. Listado de Asociaciones de Pacientes 2016 ..... 78



# 1 Aspectos generales de la enfermedad. Importancia del tratamiento no farmacológico

**Dra. Lydia López Manzanares**

Responsable de la Unidad de Trastornos del Movimiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

1. Introducción
2. Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Síntomas motores y no motores
3. Tratamiento farmacológico y quirúrgico de la enfermedad de Parkinson
4. Tratamiento no farmacológico de la enfermedad de Parkinson
5. Bibliografía

## 1. Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es una **patología neurodegenerativa**, cuyo nombre hace referencia al médico inglés James Parkinson, quien la describió por primera vez en 1817 en su monografía de 66 páginas *An Essay on Shaking Palsy*. En ella describe los síntomas como "movimientos temblorosos involuntarios, con disminución de la potencia muscular en la movilidad activa y pasiva, con propensión a encorvar el tronco hacia delante y pasar de caminar a correr; los sentidos y el intelecto no sufren daño alguno". Fue la primera vez que se relacionó un conjunto de síntomas y signos en una entidad común (1).

Desde entonces, han sido muchos los que han contribuido a mejorar el conocimiento de la enfermedad, pero a pesar de todos los avances en el último siglo, seguimos contando en la actualidad sólo con **tratamientos sintomáticos**, que no curan ni frenan de forma global la progresión de la enfermedad. Esto no significa que no podamos mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Tanto el correcto uso de los fármacos, como de las terapias no farmacológicas, marca el futuro de la evolución de los síntomas. La causa es desconocida, pero se sabe que existe una progresiva pérdida de neuronas productoras de dopamina en ciertas zonas del cerebro.

Existen una serie de **factores genéticos y ambientales** relacionados con el desarrollo de la EP. La edad es el factor de riesgo más importante, aumentando la prevalencia a partir de la sexta década de vida. Sólo una de cada cinco personas se diagnostica antes de los 50 años. Aunque los antecedentes familiares no son infrecuentes, la mayoría de los casos de EP son esporádicos y no se encuentra una mutación genética responsable.

No existen **estudios epidemiológicos** que constaten claramente el número de afectos en nuestro país, pero parece que la cifra podría oscilar entre 160.000 y 300.000 personas. El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida hace pensar que las enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer y la EP, van a ser protagonistas a nivel mundial en las próximas décadas, precisando una buena planificación sanitaria por parte de nuestros gobernantes (2).

No parece que se trate de una enfermedad que acorte la vida, pero sí deriva con los años en situaciones de dependencia. Y es aquí donde el papel del **cuidador** es fundamental en la atención integral del enfermo con párkinson. Todo el apoyo que se le pueda prestar en la educación y formación en la EP es necesario, así como facilitarles el acceso a los recursos sociales disponibles en cada ámbito.

## 2. Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Síntomas motores y no motores

Siguiendo los criterios diagnósticos actuales de la enfermedad, los síntomas motores son cardinales. El diagnóstico de la EP es eminentemente clínico, basado en la historia clínica y la exploración física, y la franja media de edad se sitúa entre los 55 y los 60 años. No existen marcadores biológicos específicos en la práctica clínica habitual para confirmar el diagnóstico en vida. Los criterios más ampliamente aceptados son los que incluyen como criterio obligatorio la **bradicinesia** o lentitud de los movimientos voluntarios, con progresiva reducción en la velocidad y amplitud de las acciones repetitivas. Y con este signo, se debe incluir al menos **rigidez muscular, temblor de reposo, o inestabilidad postural** no causada por otras alteraciones. La rigidez

ocurre prácticamente en todos los pacientes, pero el temblor sólo en el 75-80% de los casos. La inestabilidad postural aparece más tardíamente que los otros tres signos (3).

Como criterios que apoyan el diagnóstico se añade el comienzo unilateral, la asimetría persistente de los síntomas, el temblor de reposo, el cuadro progresivo, y una respuesta excelente y mantenida a la levodopa con presentación tardía de discinesias o movimientos involuntarios excesivos de una o más partes del cuerpo. Se requiere que sean excluidas otras posibilidades diagnósticas, como ictus, traumatismos craneales de repetición, encefalitis o infecciones cerebrales, tumor cerebral, tratamiento con fármacos antidopaminérgicos, tóxicos y otros.

Se denomina parkinsonismo, párkinson atípico o párkinson plus a los cuadros parecidos en los síntomas a la EP, pero con una respuesta al tratamiento y una evolución diferente, como por ejemplo la parálisis supranuclear progresiva, la atrofia multisistémica, la degeneración corticobasal, y la demencia con cuerpos de Lewy.

Además de los síntomas motores, también hay manifestaciones **cognitivas, autonómicas y sensoriales**. No hay que olvidar que al menos uno, de cada cinco pacientes, manifiesta síntomas no motores como primer motivo de consulta. La fatiga, el dolor, las alteraciones urinarias, el estreñimiento, la pérdida de olfato, los trastornos del sueño, depresión y ansiedad son algunos de los más frecuentes. Algunos de ellos se consideran como posibles predictores de la enfermedad:

- La **fatiga** o cansancio generalizado es el motivo de consulta más frecuente, incluso desde estadios muy iniciales de la enfermedad.
- Los síntomas neuropsiquiátricos, como la **depresión** afecta a más de la mitad de los enfermos de párkinson. Es típico que no exista **demencia** asociada al cuadro al inicio de la enfermedad, pero puede aparecer en fases avanzadas. La medicación antiparkinsoniana puede producir cuadros psicóticos, **alucinaciones y delirios**, que siempre deben ser comentados al neurólogo con el fin de evitar estos efectos adversos.
- La mayoría de los pacientes presenta **trastornos del sueño**, desde insomnio, calambres nocturnos, sueños vívidos y pesadillas, hasta la hipersomnia diurna.
- Los **problemas gastrointestinales** más comunes son las digestiones pesadas, el estreñimiento, la salivación excesiva o sialorrea, y la dificultad para tragar o disfagia.
- Las **alteraciones urinarias** son más tardías, como la nicturia o levantarse varias veces en la noche para orinar, la urgencia miccional o la incontinencia.
- La **disfunción sexual** más frecuente es la disminución de la libido en la mujer, mientras que en el varón predomina la disfunción eréctil o la alteración de la eyaculación. La hipersexualidad también debe ser comentada al médico, ya que puede ser secundaria al uso de algunos antiparkinsonianos.
- La **disautonomía** es la alteración del sistema nervioso autónomo, como la hipotensión ortostática, o sensación de mareo al incorporarse el individuo, que puede llegar a perder la consciencia.
- El **dolor** puede aparecer en cualquier etapa de la EP y en cualquier región del cuerpo, pudiendo ser desde quemante a opresivo.

A pesar de no existir en la actualidad un test diagnóstico, se recomienda realizar analítica de sangre y una prueba de imagen cerebral, como la TAC o RMN, e incluso PET y SPECT para visualizar y cuantificar los sistemas dopaminérgicos pre- y postsinápticos en casos seleccionados (3).

Existen varias fases en la evolución de la EP, según la escala de estadios de Hoehn & Yahr (4):

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



### 3. Tratamiento farmacológico y quirúrgico de la enfermedad de Parkinson

El tratamiento actual de la enfermedad se basa sobre todo en mejorar la carencia de dopamina, siendo la levodopa el tratamiento más eficaz, cuyo uso oral conlleva con el tiempo complicaciones como las fluctuaciones motoras y las discinesias. Otros tratamientos, orales, en parches transdérmicos o subcutáneos, son los inhibidores de la MAO-B, agonistas dopaminérgicos, inhibidores de la COMT, amantadina, o anticolinérgicos. Otras terapias de segunda línea son la cirugía funcional en ganglios basales y la perfusión continua de fármacos como la apomorfina o la levodopa. El inicio de una terapia u otra depende de la clínica del paciente y en ocasiones es necesario añadir otros tratamientos para tratar aspectos no motores de la enfermedad, como antidepresivos o analgésicos (3).

Es importante ser cuidadoso con la medicación, comentar todos los posibles efectos adversos a los profesionales sanitarios, con el fin de evitar complicaciones mayores. Hay que intentar evitar suspensiones bruscas del tratamiento, como puede ocurrir durante un ingreso en urgencias o una cirugía.

## 4. Tratamiento no farmacológico de la enfermedad de Parkinson

Cada vez hay más evidencias de que el abordaje integral en la EP es fundamental en la evolución del paciente. Son muchas las disciplinas que intervienen en el manejo de la enfermedad, pero dentro de las terapias no farmacológicas, destaca la **Fisioterapia** y la **Logopedia**, así como la intervención por parte de **Terapia Ocupacional**, para conseguir la mejor calidad de vida del paciente. Así, por ejemplo, en el "Protocolo de Manejo y Derivación de Pacientes con Enfermedad de Parkinson" de la Comunidad de Madrid (5), se indican los objetivos y posibles intervenciones de Rehabilitación en la enfermedad de Parkinson, según los estadios evolutivos de Hoehn & Yahr.

La intervención por parte de **Psicología** tiene como objetivo mejorar el bienestar del paciente, apoyar al cuidador, promover la autonomía del individuo y permitir un manejo más adecuado de síntomas como la depresión y la ansiedad. La rehabilitación cognitiva es otra de las intervenciones cruciales para tratar el déficit cognitivo (6).

Las alteraciones urinarias y sexuales, que maneja **Urología**, además del tratamiento farmacológico, se ven apoyadas por terapias no farmacológicas que permiten intentar normalizar la vida de los pacientes.

La valoración y soporte nutricional por parte de **Endocrinología y Nutrición**, ayuda a que las modificaciones dietéticas asesoradas en cada caso prevengan complicaciones. Además, hay situaciones especiales como el aumento de peso en ocasiones tras la cirugía funcional, o el déficit vitamínico tras la perfusión con levodopa intraduodenal que pueden ser fácilmente corregidas.

La educación y formación para la salud, dirigida a pacientes y cuidadores es muy importante desde etapas tempranas. El papel de **Enfermería** especializada en la EP y su coordinación con Enfermería de Atención Primaria es clave. La realización de talleres específicos en grupo o individuales, el apoyo en el manejo de las medicaciones, cambios de hábitos y rutinas, es algo que involucra directamente tanto a paciente como a cuidador.

El apoyo de **Trabajo Social** ayuda a mejorar la adaptación a la enfermedad, adecuando la vida laboral o social gracias a ayudas técnicas y humanas.

En las fases iniciales de la enfermedad es fundamental el apoyo en el momento del diagnóstico. Este debe ser lo más precoz posible, ya que el manejo farmacológico y no farmacológico en los primeros años de la EP influye en su evolución. Informar sobre la existencia de **asociaciones de pacientes** es algo positivo, ya que es un recurso más a disposición del paciente y su entorno (7). En muchas ocasiones se piensa que no es necesario más tratamiento que la medicación en estas etapas. Pero hoy día sabemos que mantener un buen ritmo de vida, en lo físico e intelectual, e incluso en lo social y afectivo, es fundamental. Un buen apoyo psicológico al inicio ayuda a aceptar mejor el diagnóstico, y asienta los cimientos para toda la evolución de la enfermedad. La confianza y cercanía con nuestro médico y resto del equipo de profesionales de la salud es clave para resolver problemas antes de que aparezcan. Es necesario reconocer las necesidades que puedan ir surgiendo en el futuro e ir planificando la vida laboral y personal. Es fundamental plantear a los pacientes la posibilidad de formar parte de ensayos clínicos y darles toda la información disponible sobre ellos (8).

- Es una enfermedad crónica, no mortal.
- No es una enfermedad sólo de ancianos, uno de cada cinco pacientes se diagnostica antes de los 50 años.
- No es sólo temblor, otros síntomas motores, y no motores pueden ser mucho más molestos para el paciente.
- Hoy día no tiene cura, pero tiene tratamiento farmacológico y no farmacológico que mejora la calidad de vida de los que la padecen.

## 5. Bibliografía

1. Parkinson J. Essay on the Shaking Palsy. Whittingham y Rowland. 1817.
2. Libro Blanco del Parkinson en España. Aproximación, Análisis y Propuesta de Futuro. Edit. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Federación Española de Parkinson. 2015.
3. García Ruiz-Espiga PJ, Martínez Castrillo JC, editores. Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson 2010. Grupo de estudio de trastornos del movimiento. Sociedad española de neurología. Barcelona: Thomson Reuters; 2009. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. N° 9.
4. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*;17:427-442.1967.
5. Protocolo de Derivación de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo, en colaboración con el Servicio Madrileño de Salud y la Asociación Parkinson Madrid. Edit. Servicio Madrileño de Salud, 2012.
6. Angels Bayes Rusiñol. Rehabilitación Integral de la Enfermedad de Parkinson y otros Parkinsonismos: Manual de Ejercicios Prácticos. Ars Medica, 2003.
7. Guía de Recursos Documentales: Enfermedad de Parkinson y Cuidador. Servicio de Documentación del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personal con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. IMSERSO, 2014.
8. Web Fox Trial Finder of The Michael J Fox Foundation for Parkinson's research: <https://foxtrialfinder.michaeljfox.org/>

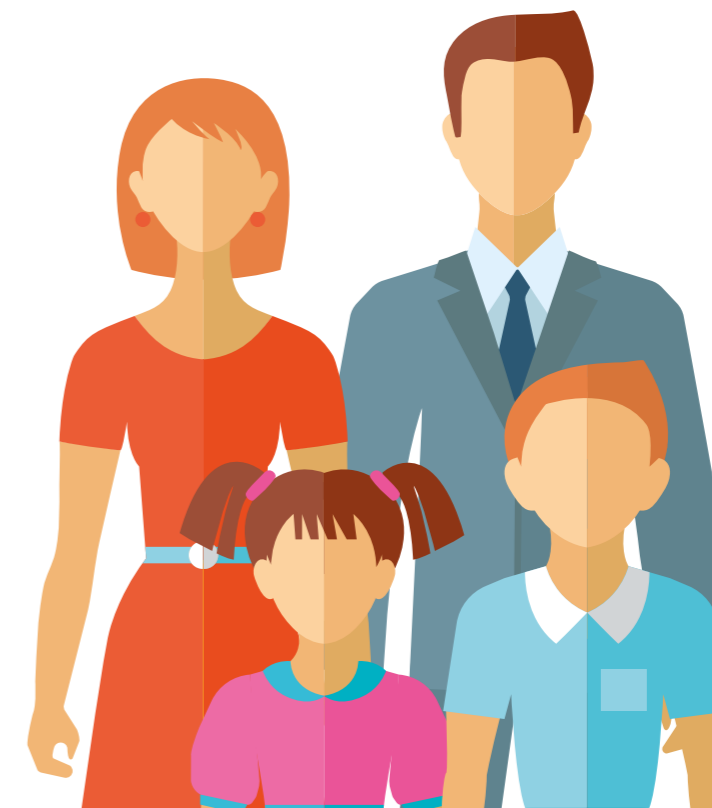
## 2 Cuidados psicológicos en la enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico

Susana Donate Martínez  
Psicóloga Especialista en Psicología Clínica

1. Tengo párkinson... Y ahora, ¿qué?
2. Entendiendo el proceso de afrontamiento
3. Claves para afrontar mejor la enfermedad de Parkinson
4. Bibliografía

### 1. Tengo párkinson... Y ahora, ¿qué?

El diagnóstico de enfermedad de Parkinson (EP) se produce en una persona, en una familia y en su entorno; a partir del momento del diagnóstico es cuando nace la relación como paciente y enfermo de EP porque hasta entonces no teníamos ese rol.



#### Y ahora, ¿qué?

En el momento del diagnóstico es cuando empieza el complicado proceso de asumir que tengo una enfermedad que afecta a mi cerebro, que es multisistémica, crónica, neurodegenerativa y que muy probablemente va a cambiar mi forma de moverme, de hablar, de expresar mis emociones, mi conducta, y es importante señalar que, sí que hay un buen tratamiento que aliviará mis síntomas pero que no me curará; por lo tanto, es para siempre.

La EP es más prevalente en edades avanzadas y socialmente se relaciona con la vejez, por lo que si te la diagnostican entre los 40 y los 50 años causa sorpresa y es algo poco habitual y por supuesto la población general lo desconoce, esto conlleva a la sorpresa, el *shock* porque es como si te sintieras más viejo de golpe.

Ante este desconocimiento se abre un abismo social, los seres humanos necesitamos ser reconocidos y aceptados socialmente y nos hacemos preguntas ¿Es contagioso? ¿Es como el Alzheimer? Yo no tiemblo ¿se habrán equivocado? La enfermedad produce un estigma y por eso surge el intento de ocultarlo, de no compartirlo, el resto de mis iguales están sanos ¿estoy solo?...



Se produce en la vida un antes y un después del diagnóstico, hay una quiebra en su vida, ahora está enfermo y la vida puede que no sea igual que antes, es un cambio no deseado que siempre suele generar emociones incómodas: ansiedad, inquietud, tristeza, ira.

## 2. Entendiendo el proceso de afrontamiento

Para aceptar todos estos cambios hay que hacerlo poco a poco. El hecho de sentirse apoyado en todo el proceso es de gran ayuda. Estas emociones son naturales y forman parte de un proceso natural de duelo. El proceso de duelo es necesario y adaptativo para afrontar una pérdida significativa como es en este caso la pérdida de la salud; el duelo se caracteriza por una sensación de pérdida y mucha tristeza con poco o nulo interés en el mundo externo.

Se suelen establecer cinco etapas:



**NEGACIÓN:** es una etapa de incertidumbre, desconcierto y se necesita más información. La negación sirve para amortiguar el dolor ante una noticia inesperada, como es el diagnóstico de EP, es temporal y se caracteriza por la palabra no, "no estoy enfermo, no me puede estar pasando esto a mí". Cuando alguien ha sido diagnosticado, en un principio necesita evadir la realidad ignorando los síntomas de su enfermedad para alimentar la creencia de que se encuentra "sano"; otra conducta es buscar segundas y terceras opiniones buscando que un profesional le diga que está sano y que se han equivocado al darle ese diagnóstico. La negación es una etapa necesaria, pero si dura mucho puede poner en riesgo la salud ya que retrasa el inicio del tratamiento médico requerido y el cambio a un estilo de vida más saludable.

**IRA:** en esta etapa el pensamiento que prevalece es de injusticia y se suele caracterizar por quejas, lágrimas y en especial por un gran enfado que en la mayoría de las ocasiones puede ser dirigido hacia la pareja, familia o personal médico, pueden llegar a aparecer incluso sentimientos de odio y envidia hacia quienes gozan de salud. Suelen preguntarse "¿por qué a mí?, ¿por qué he enfermado?".

**NEGOCIACIÓN:** la intensidad del enfado va disminuyendo progresivamente y ante la dificultad de poder asimilar la enfermedad comienza una lucha por hacer un pacto ya sea con Dios, el médico, la vida u objetos en los que se tenga fe para mejorar o revertir el estado de salud. "si me curo, prometo ir cada domingo a la iglesia; si cumplo con todas las indicaciones médicas ¿volveré a estar sano?".

**DEPRESIÓN:** al llegar a este punto, la persona se da cuenta de que no puede negar su realidad ni volver atrás, empieza a ser consciente de tener una enfermedad crónica y neurodegenerativa, esta etapa es necesaria como previa al afrontamiento, y en ella predomina un profundo sentimiento de tristeza y el pensamiento de pérdida. En esta etapa se hace el proceso de aceptación de la enfermedad, y es muy importante la escucha; si la persona no cuenta con un espacio de expresión

donde poder hablar sobre sus miedos y emociones, se corre el riesgo de pasar de un estado de tristeza a un estado de depresión más profundo, en el que el camino para llegar al afrontamiento adecuado de la enfermedad será más largo y difícil.

**AFRONTAMIENTO:** de forma gradual se van haciendo a vivir con la enfermedad, a afrontar los síntomas y a integrar la enfermedad en un nuevo estilo de vida. No es una etapa fácil, es una etapa en la que el paciente está plenamente consciente de su condición médica y buscará la forma más adaptativa para sobrellevarla en todos los aspectos: a nivel físico, psicológico y social.

El duelo es un proceso dinámico que se experimenta de forma diferente en cada persona, según sus propias características psicológicas, las etapas no necesariamente son consecutivas y existe la posibilidad de retroceder a etapas anteriores o no presentar alguna de las cinco. Es importante mencionar que la familia del paciente también pasa por un proceso de duelo y que a pesar de las implicaciones emocionales que conlleva, no es considerado como un trastorno depresivo. Sin embargo, esto no implica que quien lo experimenta no requiera en algún momento del apoyo de un profesional. La idiosincrasia de la enfermedad hace que estas etapas vuelvan a aparecer ante los agravamientos de la enfermedad.

El primer cambio que hay que asumir es el de rol de enfermo, con lo que ello conlleva: toma de medicación, visitas médicas, a veces los demás también cambian de conducta, con sobreprotección, compasión, se producen variaciones en el estilo de vida: alimentación, descanso, ejercicio, etc.

**La familia** es fundamental en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, la necesitamos cerca, apoyando y motivando y para eso hay que informarla y comunicarle todo lo que ocurre.

Los niños muy pequeños se adaptan con mayor facilidad, nos preguntarán si la enfermedad puede causar la muerte y una vez que saben que no, se quedan satisfechos; ellos siempre harán las preguntas con bastante naturalidad y con esa misma naturalidad debemos responder a lo que nos pregunten. Sin embargo, los adolescentes y jóvenes suelen reaccionar con negación e ira, lo que dificulta más la aceptación en el ámbito del hogar y puede generar problemas familiares. A ellos les cuesta más llegar a un afrontamiento y aceptación adecuadas.

**El ocio y las relaciones sociales** se pueden ver afectados por muchos motivos: las fluctuaciones, el estado de ánimo, "me da cosa que me vean así", "no me encuentro con ganas", "a lo mejor me miran raro", "no tengo la misma expresión de cara", "me lo van a notar"... esto les genera gran ansiedad y ante las dificultades, la tendencia es a dejar de hacer cosas.

Todos tenemos que apoyar a las personas diagnosticadas de EP para que sientan que la enfermedad es una compañera de viaje. Es verdad que no ha sido invitada, pero es compañera no protagonista, de modo que el objetivo es que puedan seguir con su vida y mantener sus otros roles, y no solo el de enfermo e incluso mejorar algunos aspectos de uno mismo.

Debemos pedirles a los profesionales que apoyen con sus conocimientos para mejorar el afrontamiento de la enfermedad y su bienestar psicológico.

Tenemos derecho a que nos proporcionen información veraz y adecuada, además de que los profesionales resulten más accesibles cuando se les necesite y que estén disponibles psicológicamente. La empatía es una competencia básica para cualquier persona que se relaciona con otra, es decir, para todos; consiste en ponernos en el lugar del otro para poder entenderle, para que desde allí se pueda establecer una relación de ayuda y respeto, y porque no, de cariño. Cuanto más amables somos, también más empáticos.

Cuando nos surjan **pensamientos de ansiedad, angustia, ira**, "no puedo", "no voy a ser capaz", "es imposible, no hay nada que hacer", etc. Es fundamental escucharlos y a ser posible plantearnos otra alternativa de pensamiento: "es difícil pero puedo intentarlo", "entiendo que no me resulte fácil pero voy a ver que se puede hacer", etc.

Afortunadamente no estamos solos, solemos tener amigos y una familia que también sufre y vive la enfermedad, tiene dudas y necesita información y apoyo, y es fundamental en nuestro bienestar que la familia nos apoye.



### 3. Claves para afrontar mejor la enfermedad de Parkinson

Estas pautas son útiles para el enfermo de párkinson y para sus familiares.

1. **Entender la enfermedad "mágica" fluctuaciones:** la orientación y el conocimiento de las peculiaridades de esta enfermedad, sobre todo de las fluctuaciones tanto motoras como cognitivas y emocionales, les ayudan a entenderla, aceptarla y adaptarse a todos.
2. **Adherencia al tratamiento:** es muy importante entender que la medicación es su batería y le aporta estabilidad; por ello es fundamental mantener dosis y horarios y comunicarle cualquier cambio al neurólogo.
3. **Autocuidados:** higiene, alimentación, descanso, ejercicio, tiempo de ocio, nos ayudan a que la enfermedad no avance tan deprisa y además nos hacen sentirnos mejor, aumenta la autoestima, el autoconcepto y la sensación de utilidad. De esta forma cuidamos lo que más valoramos y amamos.
4. Importancia del **ejercicio físico:** el ejercicio físico es fundamental, hay que intentar practicar un ejercicio, divertido y adaptado a nuestras capacidades, y realizarlo de un modo continuado.
5. **Reconocer y aceptar emociones:** las emociones hay que reconocerlas y aceptarlas y además compartirlas y comunicarlas adecuadamente; somos seres emocionales y decir lo que sentimos nos ayuda a afrontar las dificultades. A lo largo del proceso de la enfermedad se pasan por muchos estados emocionales que son normales y que hay que escuchar y comprender, hay que dejar espacios para expresar estos sentimientos.
6. **Comunicación:** transmitir lo que nos pasa, lo que queremos a partir de ahora, como queremos vivir, etc. Es muy importante que nos comuniquemos con los demás.
7. **Cuidar las relaciones familiares:** la familia es el gran apoyo durante toda la enfermedad, forman parte de nuestra vida y hay que cuidar esas relaciones. Comunicando, expresando, preguntando, aceptando sugerencias, etc.

8. **Mantener relaciones sociales y ocio:** las relaciones con los demás son fundamentales para nuestro desarrollo, hay que seguir manteniendo los roles, trabajo, pareja, padre, madre, hermano... y eso implica que los demás también importan y hay que demostrárselo, interesarse por lo que les pasa y lo que sienten. Tenemos que preguntar y escuchar y seguir formando parte de su red social. Mantener todo lo que se pueda un ocio rico y diverso y por supuesto divertido.
9. **El humor, una gran herramienta:** es el mejor aliado para suavizar relaciones, es un gran ansiolítico y favorece el bienestar emocional y mejora cualquier vínculo afectivo y social, cuando te ríes con alguien te vinculas emocionalmente y además te sientes mejor y piensas mejor.
10. **Saber buscar apoyos y pedir ayuda** en el momento exacto, y de la mejor manera, no siempre es sencillo. Pedir ayuda, implica asumir que tenemos dificultades, que somos vulnerables, sea cual sea el ámbito en el que nos movamos. Pero también implica confianza en el otro, ser humano y respetar las propias capacidades, siendo una buena ocasión para aprender algo nuevo del que nos ayuda. Además, tiene un carácter preventivo: buscar apoyos puede evitar males mayores, se puede solucionar el problema antes de convertirse en una catástrofe. Otro aspecto de la búsqueda de apoyos, es que, al compartir nuestros problemas, nos daremos cuenta de que nos somos los únicos que los atraviesan, sintiéndonos aliviados y "más normales". En este caso las asociaciones pueden ser una fuente de ayuda inestimable.

Por lo tanto es muy importante que una persona de inicio temprano:

- Pueda llegar a entender su enfermedad, a mantener su trabajo o a dejarlo si eso es lo mejor para esa persona, a mantener un ocio rico y creativo, a poder comunicar a los suyos que padece una enfermedad sin tener que esconderse, a recibir la información que demande sobre aspectos de su enfermedad, recibir esta información con esperanza, a sentir apoyo para manejar sus emociones y su ansiedad ante el futuro, y a legitimar sus emociones y permitir que las exprese.
- Conozca la importancia de llevar el tratamiento farmacológico de forma rigurosa y de mantener una relación de confianza con su neurólogo.
- Además de los fármacos, se pueden y se deben hacer muchas cosas para mantenerse bien, que depende de ti y que los profesionales y familiares estaremos para acompañarte y aceptar lo que decidas. Es necesario para mantener buena calidad de vida que mantengas relaciones afectivas y sociales y tus roles de pareja, padre, amigo, etc.

**Intenta siempre utilizar la medicina más barata y efectiva que tenemos a mano, que es poder reírnos juntos y seguir caminando.**

### 4. Bibliografía

- [www.parkinsonmadrid.org](http://www.parkinsonmadrid.org)
- [www.escueladeparkinson.com](http://www.escueladeparkinson.com)

# 3 Tratamiento no farmacológico de las alteraciones urológicas en la enfermedad de Parkinson

**Dr. Jesús Díez Rodríguez**

Servicio de Urología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

1. Introducción
2. Incontinencia urinaria
3. Disfunción urinaria
4. Tratamiento de la disfunción urinaria en el paciente con párkinson
5. Tratamiento no farmacológico de la disfunción sexual en la enfermedad de Parkinson

## 1. Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad degenerativa progresiva del sistema nervioso central que afecta fundamentalmente al control del movimiento, el habla, el lenguaje corporal, y que también puede asociar otros problemas médicos como la depresión, trastornos emocionales y alteraciones urinarias y sexuales.

Las alteraciones urinarias son inespecíficas en la población general y en el párkinson en particular. Por tanto, precisaremos una evaluación individualizada en cada paciente, ya que el síntoma en cuestión puede estar relacionado o no con la enfermedad de Parkinson.

La disfunción urinaria en el párkinson va desde la incontinencia urinaria hasta la dificultad para orinar e incluso la retención urinaria. Por eso es muy importante la evaluación del varón a partir de 50 años con enfermedad de Parkinson y patología prostática, puesto que los síntomas urinarios pueden ser secundarios a ambos procesos.

## 2. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria se define como "un estado en el que la pérdida involuntaria de orina, constituye un problema social o higiénico". Esta pérdida involuntaria puede deberse a muchos factores que el médico debe analizar, pero sea cuales fueran éstos, es posible mejorar o minimizar los problemas que la incontinencia provoca.

Es frecuente que no se consulten con el médico los problemas de incontinencia por vergüenza, transformando un problema leve en una discapacidad que conduce al aislamiento social y la depresión. El médico después de analizar su caso, será capaz de definir el tipo de incontinencia urinaria que padece, si es transitoria o no, si necesita tratamiento farmacológico (pastillas) o una serie de medidas generales y cambios de los hábitos de conducta.

Existen varios tipos de incontinencia urinaria muy bien definidos por los médicos, pero de una manera sencilla y atendiendo a sus "formas" pueden mencionarse las siguientes:

- *Incontinencia urinaria de esfuerzo*: cuando aparece la pérdida de orina después de un ejercicio o esfuerzo (tos, risa, levantar pesos). Normalmente esta incontinencia se debe a la pérdida de fuerza del esfínter o músculo en forma de anillo que no cierra bien la uretra.
- *Incontinencia urinaria de urgencia*: pérdida de orina asociada a un deseo repentino de orinar. Aumenta mucho la frecuencia con la que se orina, tanto de día como de noche. Al aumentar la frecuencia miccional, disminuye la cantidad de orina eliminada cada vez.
- *Incontinencia urinaria mixta*: cuando hay incontinencia de esfuerzo y de urgencia.

### 3. Disfunción urinaria

Las órdenes que el cerebro transmite a través de los nervios a cada uno de los órganos, son esenciales para el buen funcionamiento de los mismos. Cuando el músculo de la vejiga (detrusor) se contrae más veces de lo normal, se dice que el paciente presenta una disfunción urinaria llamada *vejiga hiperactiva*, pero en el caso de la enfermedad de Parkinson hablamos mejor de *hiperactividad neurógena del detrusor*.

Los pacientes pueden quejarse de los siguientes síntomas:

- **Urgencia urinaria** o deseo repentino e incontrolable de orinar.
- **Incontinencia urinaria de urgencia** que es la pérdida de orina asociada a deseo repentino de orinar. En el caso de los hombres con patología prostática, puede acompañarse de dificultad para iniciar la micción, chorro urinario débil y goteo postmiccional.
- **Frecuencia urinaria**: orinar más de 10 veces al día, no pudiéndose aguantar más de 2-3 horas sin orinar.
- **Nicturia**: necesidad de levantarse varias veces en la noche para orinar.

### 4. Tratamiento de la disfunción urinaria en el paciente con párkinson

Si usted padece alguno de los síntomas expuestos, consulte a su médico para que le prescriba el tratamiento más adecuado.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado es reconocer el problema y diagnosticarlo correctamente.

El tratamiento no farmacológico para la disfunción urinaria en la enfermedad de Parkinson se centra en seguir la guía de hábitos miccionales, ejercicios para conseguir un mayor control del reflejo miccional y medidas higiénico-dietéticas. El objetivo es conseguir distanciar las micciones de 2 a 3 horas.

#### Guía de hábitos miccionales

1. **Micciones programadas**: cada 2 ó 3 horas o cuando se tenga deseo de orinar (se reducen así los episodios de incontinencia urinaria).
2. **Corregir la frecuencia miccional** tanto por exceso (cada 20/30 minutos) como por defecto (orinar solo 2 ó 3 veces al día). En caso de urgencia miccional se utilizará la reeducación vesical.
3. **No aguantarse** hasta el último momento el deseo de orinar, ya que agrava la incontinencia urinaria y puede favorecer las infecciones del tracto urinario.
4. **Control de la cantidad y tipo de líquidos que se ingieren**: evitar bebidas y alimentos con capacidad de estimular la micción (café, té, bebidas gaseosas, sopas, verduras, etc.).

Tratamiento no farmacológico de las alteraciones urológicas en la enfermedad de Parkinson

Tratamiento no farmacológico de las alteraciones urológicas en la enfermedad de Parkinson

5. **Orinar antes de acostarse** e intentar no ingerir más líquidos.
6. **Controlar el exceso de peso**: el aumento de peso puede incrementar la incontinencia urinaria.
7. **Mantener buen ritmo intestinal**: evite el estreñimiento.
8. En caso de limitación física, **los cuidadores deben programar y controlar los tiempos entre micciones**.
9. **Usar ropa cómoda** y fácil de desabrochar.
10. **No orinar haciendo presión abdominal** (consulte con su médico o profesional de la salud).

#### Reeducación vesical en caso de incontinencia de urgencia

La reeducación vesical tiene por finalidad recuperar el control miccional perdido. Consiste en resistir o inhibir la sensación de urgencia y retrasar la micción de forma progresiva, es decir, intentar alargar el tiempo entre micciones paulatinamente. Estos consejos consiguen mejorar los síntomas de vejiga hiperactiva:

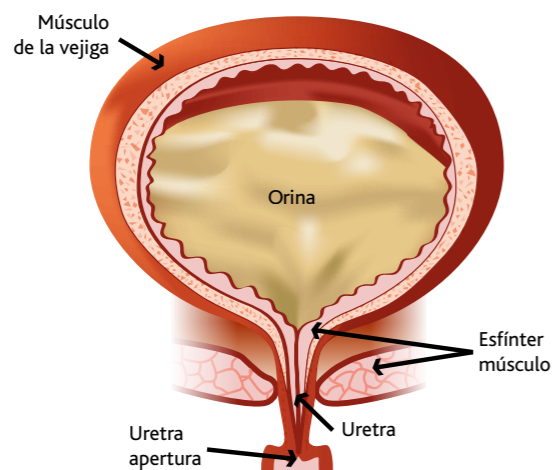
1. Orine nada más levantarse.
2. Orine calculando unos 30-60 minutos entre una micción y la siguiente. Si ya ha conseguido un buen control del reflejo puede ir aumentando la frecuencia de 15 en 15 minutos cada semana.
3. Evite situaciones o fenómenos que le provoquen el deseo de orinar.
4. Intente distraerse con pasatiempos, juegos de mesa, etc, para mantener la mente ocupada.
5. Si a pesar de todo aparece el deseo incontrolable de orinar, **pruebe a retenerlo** de alguna de estas formas: respire profundamente, cuente hacia atrás desde 100, adopte una postura defensiva, relaje todo su cuerpo excepto la musculatura del suelo pélvico, que tendrá que contraer y relajar repetidamente para eliminar la sensación de urgencia.
6. En caso de que la urgencia urinaria subsista, **vaya lentamente al baño**, realizando los ejercicios de contracción-relajación del suelo pélvico.
7. Estas normas no deben seguirse durante las horas de sueño nocturno.

#### Hábitos miccionales en la mujer con incontinencia urinaria de esfuerzo

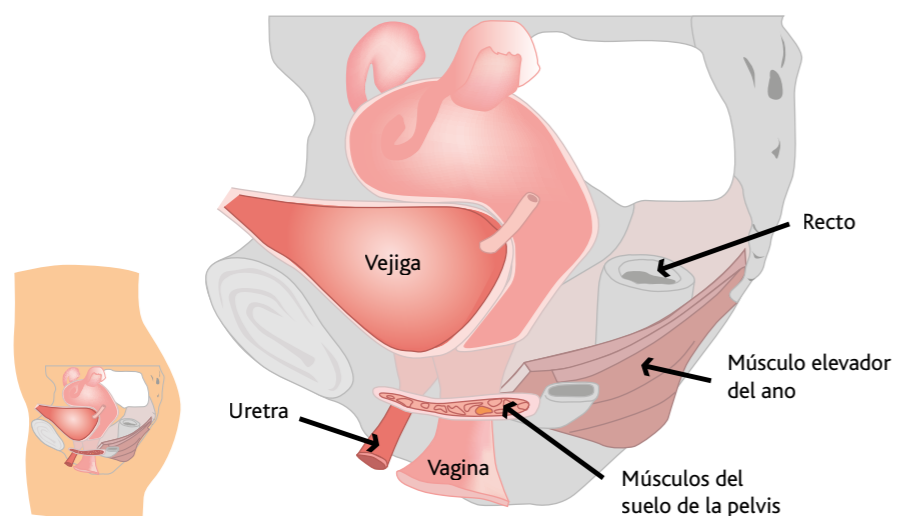
1. Controlar el exceso de peso.
2. Evitar ejercicios abdominales, así como saltar y correr excesivamente.
3. No levantar mucho peso.
4. Vaciar la vejiga cada 2 ó 3 horas.
5. Contraer el suelo pélvico antes de un esfuerzo, toser, estornudar, levantar peso, etc.
6. Realizar ejercicios de suelo pélvico para fortalecer la musculatura perineal.
7. Es aconsejable vaciar la vejiga antes y después de mantener relaciones sexuales.

## Ejercicios de rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico

Ejercitando los músculos del suelo de la pelvis **tres veces al día** puede ser suficiente para recuperar el control de su vejiga. A través de los ejercicios se refuerzan los músculos que sujetan la vejiga, útero y recto. Además, una musculatura fuerte mantiene el esfínter cerrado.



La pelvis está formada por los huesos ilíacos y sacro, que en el centro dejan un espacio abierto: el **suelo de la pelvis**. Este espacio es cerrado por músculos. El principal se llama **músculo elevador del ano** y tiene forma de hamaca. Su función es sujetar vejiga, vagina, útero y recto en la posición adecuada para que funcionen bien. Si está debilitado puede aparecer incontinencia. **Usted puede fortalecer estos músculos con unos minutos de ejercicio cada día.**



### ¿Cómo se hacen los ejercicios del suelo de la pelvis?

Primero vamos a **aprender a identificar los músculos que tenemos que contraer**. Es muy importante apretar el músculo elevador del ano, para que los ejercicios tengan el efecto deseado.

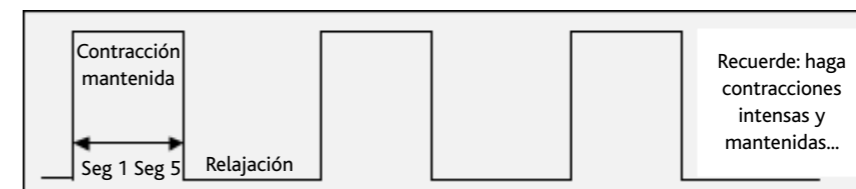
A continuación le contamos tres pequeños trucos que puede usar para aprender a hacerlo:

1. Cuando vaya a orinar intente **cortar el chorro de orina**. Si lo consigue es que lo está haciendo bien. Esos son los músculos que tiene que ejercitar. No se desanime si no lo logra la primera vez, repita.
2. Otra forma de contraer el músculo elevador es hacer la **contracción del ano** que se hace cuando se quiere evitar que se escape un gas. Haga la contracción que usaría para evitarlo, porque son los mismos músculos que queremos reforzar. Contraiga el ano con fuerza. Si siente la sensación de tracción hacia arriba, es que está haciéndolo bien.
1. Si aún tiene dudas le daremos un tercer truco. Túmbese boca arriba con las piernas flexionadas y abiertas. Introduzca **dos dedos en la vagina**. Apriete la vagina alrededor de los dedos y así notará la contracción sobre ellos. Si siente la presión de la contracción sobre los dedos es que está contrayendo los músculos adecuados.

**¡Cuidado! No contraiga otros músculos al mismo tiempo. Por ejemplo, no contraiga también su abdomen, los muslos o los glúteos. No son el objetivo del entrenamiento.**

Para que el músculo se fortalezca, **es más importante la calidad de los ejercicios y la constancia en el trabajo que el número de repeticiones que haga**. Por eso:

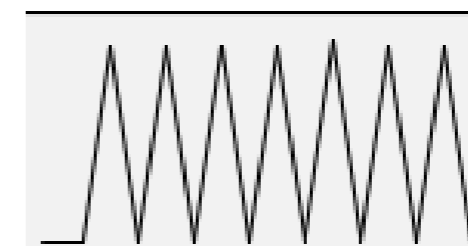
1. Haga **15 contracciones intensas y mantenidas durante 5 segundos y al menos 3 veces al día** (ej.: mañana, tarde y noche). Puede hacer los ejercicios tumbada, sentada o de pie. Si los hace en distintas posiciones el trabajo es más eficaz.



La contracción debe ser intensa y de 5 segundos. Para ello contraiga y cuente despacio hasta 5. Siga respirando mientras hace la contracción. Relájese después 5 o 10 segundos, lo que necesite. Repítalo 15 veces, pero sin fatigarse demasiado. Al principio hágalo en un lugar tranquilo, en la posición que mejor le convenga, donde pueda concentrarse.

Los primeros días puede tener agujetas. Siga haciéndolos, se pasarán pronto. Después, cuando sepa hacerlos bien, puede hacerlos en cualquier sitio o posición: viendo la tele, en la cama, en el coche, el autobús, o el trabajo, etc.

2. A continuación haga **15 contracciones y relajaciones rápidas**, pero que sean **intensas**. Relájese al final de las 15 contracciones. Repítalo 3 veces.



Si su problema es que tiene de repente ganas de orinar que no le permiten llegar al aseo (la conocida **urgencia miccional**), no corra porque correr favorece la pérdida de orina. Párese y haga una contracción mantenida. Mandará así una orden a su cerebro para que frene la vejiga. Con ello la prisa por orinar pasará un rato. Aproveche entonces para ir al aseo.

Un consejo final: **tenga paciencia**. No abandone. Son sólo 5 minutos tres veces al día. Puede tardar en sentir el beneficio de 3 a 6 semanas, es lo habitual. **El tratamiento dura 20 semanas** y después habrá de ejercitar sus músculos periódicamente para mantener el efecto.

Si no logra contraer bien **podemos ayudarle** con conos vaginales, estimulación eléctrica, fármacos o cirugía.

## 5. Tratamiento no farmacológico de la disfunción sexual en la enfermedad de Parkinson

### Bomba de vacío para el tratamiento de la disfunción eréctil

Es un dispositivo médico destinado a lograr la erección que se consigue a través de la bomba de vacío que crea un cilindro que rodea al pene. Esto hace que los cuerpos cavernosos se llenen de sangre, lo que provoca la erección del miembro. A continuación se coloca un anillo constrictor en la base del pene, evitando que la sangre se salga del miembro al retirar el cilindro. Ello hace que se mantenga la erección lo que permite mantener relaciones sexuales de forma natural y satisfactoria.

### Ejercicios de autocontrol para tratamiento de la eyaculación precoz

La eyaculación precoz es debida a la falta de un adecuado control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio. La percepción de las sensaciones que conducen a un reflejo, es un requisito previo para aprender su control voluntario. Usted, por tanto, debe tratar de percibir y reconocer claramente las sensaciones premonitorias del orgasmo mientras lleva a cabo el siguiente programa de tratamiento.

*Los ejercicios deben realizarse en el siguiente orden establecido:*

#### Paso 1

Inicie con su pareja el juego sexual de forma habitual hasta que alcance una buena erección. Tiéndase entonces sobre su espalda y cierre los ojos, mientras su pareja le estimula manualmente el pene como en una masturbación. Es preferible que esta estimulación sea más bien lenta.

Usted debe mantener fija la atención en sus sensaciones eróticas, sin intentar "distraerse" o retrasar de cualquier modo la eyaculación. Tampoco debe intentar acariciar a la vez a su pareja o estar pendiente de ella, mientras se aplique la técnica.

Cuando usted note la sensación premonitoria del orgasmo, avise a su pareja mediante una señal convenida, para que se detenga. Ella debe dejar inmediatamente de estimularlo. Deben permanecer

sin caricias durante un corto intervalo de 40 a 60 segundos, en el que usted perderá parte de la erección y la urgencia de eyacular.

Pasado este intervalo, debe reanudarse la estimulación del pene hasta volver a recuperar la erección y la sensación preeyaculatoria y entonces repetir de nuevo la maniobra de parada y arranque.

Esto se repite tres veces y a la cuarta puede eyacular. El objetivo de estos ejercicios es aprender a reconocer las señales que anuncian la inminencia del orgasmo. No se desanime si las primeras veces avisa demasiado pronto o demasiado tarde, es cuestión de entrenamiento.

#### Paso 2

Una vez se ha adquirido un control razonable con la técnica descrita, pasen al segundo paso que consiste en repetir la misma estrategia pero utilizando en la estimulación algún lubricante, por ejemplo vaselina líquida.

#### Paso 3

Este tercer paso es optativo y recomendable para aquellas personas cuya eyaculación en muchos casos precedía incluso su intento de realizar el coito, o se realizaba *ante portas*.

Consiste en sustituir la estimulación manual por estimulación vaginal externa. Es decir, su pareja intenta estimularle con sus labios genitales externos, sin hacer penetración, sólo con el roce superficial externo, usted permanece quieto, como siempre boca arriba, y ella se mueve rítmicamente rozando sus genitales externos con los suyos hasta que usted note la sensación preorgásmica avisando para que se detenga

#### Paso 4

Introducción del pene sin demanda. Una vez conseguida la erección, usted se sitúa boca arriba y su pareja adopta la posición superior introduciendo el pene en la vagina. Inicialmente, ninguno de los dos debe efectuar movimiento alguno. Si el control es satisfactorio, la mujer inicia los movimientos de forma muy lenta, continuando hasta que usted dé la señal. Entonces debe levantarse y sacar el pene fuera de la vagina, y quedarse quieta. Igualmente, este proceso se repite cuatro veces, pudiendo eyacular a la cuarta. Recuerde que debe mantener la atención fijada en sus propias emociones.

#### Paso 5

El mismo procedimiento, pero con el coito en posición lateral.

#### Paso 6

El mismo procedimiento, pero en posición superior masculina.

#### Notas

- El periodo de tiempo en adquirir un control suficiente dependerá de la frecuencia con que ustedes apliquen la técnica. Se aconseja que se aplique al menos una vez por semana.
- Una vez terminado el programa se aconseja una pauta de consolidación, aplicando la técnica al menos una vez cada quince días durante algunos meses.

# 4 Importancia de la alimentación en la enfermedad de Parkinson de diagnóstico reciente

**Dra. Yaiza López Plasencia**

Servicio de Endocrinología y Nutrición.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular  
Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

1. Introducción
2. ¿Qué debo comer?
3. Mantenga un peso adecuado
4. Cómo combatir el estreñimiento
5. Minimizar las digestiones pesadas
6. Combatir las náuseas
7. Mantener la salud ósea
8. ¿Existen alimentos para ralentizar la enfermedad?
9. Realizar actividad física a diario, ya que es tan importante como comer adecuadamente
10. Interferencias de la dieta con la medicación
11. Ejemplos de menús

## 1. Introducción

El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson puede tener una importante repercusión en muchas facetas de la vida y también la alimentación puede verse afectada.

Es frecuente que las personas con enfermedad de Parkinson presenten una alteración o desaparición del sentido del olfato y cambios en el gusto. También pueden haber notado estreñimiento y digestiones más pesadas por un retraso en el vaciamiento gástrico. Además, la medicación que le han pautado puede causar náusea y pérdida de apetito y una de las medicaciones más utilizadas, la levodopa, puede presentar alteraciones en la absorción si se toman muchas proteínas.

Es por todo ello, que se pueden presentar problemas nutricionales. Sin embargo, estos, se pueden evitar o minimizar prestando atención a la dieta, para evitar la malnutrición y sus complicaciones asociadas.

## 2. ¿Qué debo comer?

Tras un diagnóstico reciente de párkinson las recomendaciones nutricionales son similares a las de la población general. Es decir, se deben intentar seguir las recomendaciones de la dieta mediterránea, que es una dieta rica en antioxidantes y adecuada en proteínas. Sus principios fundamentales son:

- Aumentar el consumo de alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales, principalmente integrales.
- Disminuir el consumo de carnes rojas en favor del pescado, principalmente el azul.
- Utilizar aceite de oliva como principal fuente de grasa.
- Limitar el consumo de alcohol, sal y grasas saturadas.
- Evitar bollería y alimentos precocinados.



**FIGURA 1.**  
Pirámide de la dieta mediterránea.

r = Ración

### 3. Mantenga un peso adecuado

Una dieta saludable le permitirá tener o alcanzar un adecuado peso corporal. El bajo peso no es el único problema que pueden tener los pacientes con párkinson. Algunos pacientes pueden tener un exceso de peso previo al diagnóstico o experimentar un aumento del mismo tras el diagnóstico de la enfermedad. Es importante tratar de mantener un peso adecuado, ya que el sobrepeso y la obesidad puede facilitar la aparición de otras enfermedades como la diabetes o enfermedades cardiovasculares y además dificulta la realización de ejercicio.

### 4. Cómo combatir el estreñimiento

Las verduras, hortalizas y frutas son la principal fuente de vitaminas, fibra y minerales de nuestra dieta y, además, nos aportan una gran cantidad de agua. Las recomendaciones actuales establecen que se deben consumir a diario cinco raciones de frutas y verduras. El consumo de fruta y verdura es fundamental para evitar el estreñimiento, tan frecuente en pacientes con enfermedad de Parkinson.

Además, se debe beber una cantidad adecuada de agua diaria.

### 5. Minimizar las digestiones pesadas

Trate de comer 5 veces al día, evitando realizar comidas muy copiosas y evitando el picoteo fuera de hora.

Las comidas muy ricas en grasas enlentecen el vaciado gástrico, por lo que se deben evitar.

### 6. Combatir las náuseas

La medicación pautaada puede causarle náuseas o vómitos, estos efectos tienden a desaparecer a medida que avanza el tiempo.

#### Para combatirlas:

- Evite las bebidas calientes.
- No tome la medicación con el estómago vacío (tome al menos algún pequeño alimento seco, como una galleta salada o pan).
- Beba el agua fuera de las comidas.
- Evite las comidas grasas.

Si el problema persiste y le causa pérdida de peso, debe consultar con su médico.

### 7. Mantener la salud ósea

La osteoporosis, o pérdida de masa ósea, es un problema frecuente en los pacientes con enfermedad de Parkinson. Si se presenta aumenta la predisposición a caídas y fracturas.

Para evitarla se debe consumir una dieta con un contenido adecuado en calcio y vitamina D. Los lácteos son la fuente principal de calcio (leche, yogur y derivados). La vitamina D se obtiene del pescado azul, el huevo y los alimentos enriquecidos como la leche y los cereales, pero se puede sintetizar también con una adecuada exposición a la luz solar.

### 8. ¿Existen alimentos para ralentizar la enfermedad?

Desgraciadamente no existe ningún alimento, ni suplemento dietético capaz de hacer que la enfermedad vaya más despacio.

Pero, algunos alimentos que están en la categoría de los que "no hacen daño y podrían ayudar" (al menos en teoría) se incluyen el café (varios estudios en la población sugieren que el café podría proteger contra el párkinson, particularmente a los hombres), el té verde, una selección de frutas y vegetales, los alimentos ricos en vitamina E, tales como el germen de trigo, las nueces y semillas, y el aceite de origen vegetal. Si los antioxidantes citados no ayudan con los síntomas del párkinson, pueden ayudar con otros aspectos de la salud, de manera que no hay ningún motivo por el que no tomarlos, siempre dentro de una dieta equilibrada.

### 9. Realizar actividad física a diario, ya que es tan importante como comer adecuadamente

Para mantener un peso adecuado y evitar la pérdida de masa muscular, es esencial llevar una vida activa. Además, las actividades en el exterior, que permitan una exposición a la luz solar, van a contribuir a alcanzar unos niveles adecuados de vitamina D que es esencial para la salud ósea.

### 10. Interferencias de la dieta con la medicación

En los pacientes que toman levodopa, la eficacia de la medicación puede verse alterada por los alimentos proteicos, por lo que puede ser necesario hacer una distribución de los alimentos distinta a la habitual para mejorar la absorción del fármaco.

	Contenido proteico	Aconsejado comida	Aconsejado cena	Evitar
Lácteos y derivados	Alto	No	Sí	
Carnes y pescados	Alto	No	Sí	
Legumbres y frutos secos	Alto	Sólo en cantidades pequeñas	Sí	
Cereales y derivados	Medio	En cantidades moderadas	Sí	
Frutas y verduras	Bajo	Sí	Sí	
Aceites y Grasas	Bajo	Aceite de oliva, margarina sin leche	Aceite de oliva, mantequilla, margarina	
Bebidas	Bajo	Sí	Sí	Bebidas alcohólicas, bebidas azucaradas

TABLA 1. Distribución diaria de alimentos.



Como ha podido comprobar, de lo que se trata es de que siga una dieta variada, saludable, adecuada en calorías y que como principal modificación respecto a una dieta tradicional, puede que tenga que prestar atención al horario en que consume la mayor parte de las proteínas, en el caso de que interfieran con su medicación.

## 11. Ejemplos de menús

	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
<b>Desayuno</b>	Infusión con un poco de leche Batido de fruta Tostada de pan integral con aceite o mermelada	150 ml de leche con 30 gr de cereales Macedonia de fruta	1 yogur con cereales 1 plátano
<b>Media mañana</b>	Fresas con un trocito de plátano	Fresas con zumo de naranja	Batido de piña natural
<b>Comida</b>	Judías verdes con patatas salteadas Tempura de verduras Mandarinas	Salmorejo cordobés con guarnición de verduras Acelgas guisadas con piñones, uvas, pasas y nueces Gajos de pomelo con miel	Espagueti con tomate, calabacín y rúcula Escalibada con un poco de bacalao Yogur desnatado con <i>muesli</i>
<b>Merienda</b>	Batido de frutas	Manzana asada	Pincho de tomate <i>cherry</i> con salsa al pesto
<b>Cena</b>	Cóctel de gambas y langostinos Filetes de avestruz con puré de patata y mermelada de arándanos Gelatina con trocitos de mandarina	Ensalada de espinacas con manzana y queso fresco Muslitos de pollo guisados con pisto Yogur griego con nueces	Crema de calabaza con picatostes y queso Sardinas al horno con tomate Natillas caseras

TABLA 2.  
Ejemplos de menús para una persona con párkinson.

# 5 Fisioterapia en la enfermedad de Parkinson en cualquier fase de su evolución

Sonia Garrido Esteban

Fisioterapeuta. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid

1. Introducción
2. Signos y síntomas más frecuentes y principales en la enfermedad de Parkinson
3. Aportación de la Fisioterapia para mejorar los síntomas de la enfermedad de Parkinson
4. Bibliografía

## 1. Introducción

La enfermedad de Parkinson es la forma más común de parkinsonismo, el nombre de un grupo de desórdenes neurológicos del sistema motor con características similares. Todos estos desórdenes aparecen debido a la pérdida de células cerebrales productoras de dopamina y comparten cuatro síntomas principales:

- ✗ El temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara.
- ✗ La rigidez de las extremidades y el tronco.
- ✗ La bradicinesia o lentitud de movimiento.
- ✗ La inestabilidad postural, disminución del equilibrio y la coordinación.

A medida que estos síntomas se hacen más pronunciados, se puede tener dificultad para caminar, hablar y realizar otras tareas simples de la vida diaria.

La enfermedad es **crónica**, lo que significa que persiste por un largo periodo de tiempo, y **progresiva**, lo que implica que sus síntomas van empeorando con el tiempo.

La enfermedad de Parkinson es un trastorno del sistema nervioso central, que ocurre cuando ciertas células nerviosas, o neuronas, en un área del cerebro conocida como sustancia *nigra*, mueren o sufren deterioro.

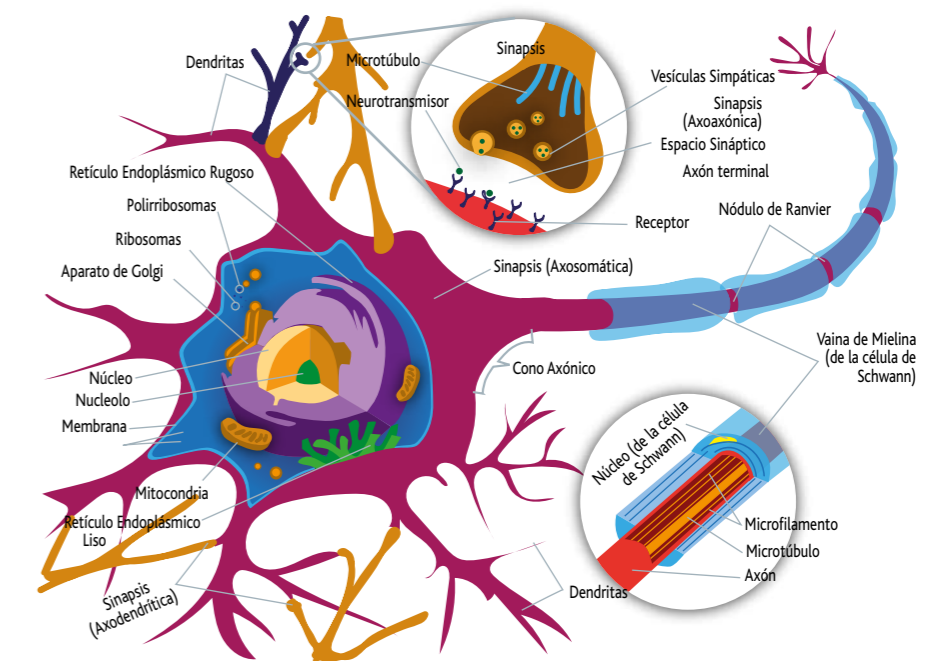


FIGURA 1. Estructura de una neurona.

Estas neuronas normalmente producen un producto químico cerebral importante conocido como dopamina. La dopamina es una sustancia química responsable de transmitir las señales para producir actividad muscular fluida y con propósito. La pérdida de dopamina genera disfunción en la corteza motora primaria, dando lugar a los distintos trastornos motores que afectan a todos los niveles de control motor, provocando incapacidad para dirigir o controlar los movimientos de forma normal. Los estudios han demostrado que los pacientes con párkinson tienen una pérdida de 80% o más de las células productoras de dopamina y la causa de este deterioro celular se desconoce.

## 2. Signos y síntomas más frecuentes y principales en la enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson no afecta a todas las personas de la misma manera, en algunas la enfermedad progresa con rapidez y en otras no; asimismo, unos pacientes sufren incapacitación severa, otros experimentan sólo perturbaciones motoras menores, y, aunque el temblor es el síntoma principal en algunos pacientes, en otros es una queja menor y otros síntomas son más problemáticos.

### Temblor

El temblor asociado con la enfermedad de Parkinson tiene un aspecto característico, se produce en reposo, es decir, se pone de manifiesto cuando el paciente tiene sus extremidades relajadas y desaparece cuando realiza una acción. El temblor comienza usualmente en la mano, aunque a veces se ve afectado primero un pie o la mandíbula. Puede no generar ninguna limitación funcional o suponer una discapacidad. El temblor es más evidente cuando el paciente está sometido a tensión y usualmente desaparece durante el sueño.

### Rigidez

La rigidez es el aumento de la resistencia involuntaria al desplazamiento pasivo de un segmento corporal que afecta a la mayoría de los pacientes con párkinson. El movimiento es posible no sólo porque un músculo se torna más activo, sino porque el músculo opuesto se relaja. En el párkinson los músculos flexores permanecen constantemente tensos o contraídos por lo que se limita el rango de movimiento y la persona siente dolor, debilidad y falta de elasticidad. Esta rigidez, además de ser causa de la inestabilidad postural, provoca disminución de la expresividad facial (afectación de los músculos de la cara que pierden su mímica habitual) y alteración del estado de la caja torácica influyendo en el patrón respiratorio.

### Bradicinesia

Consiste en la lentitud para iniciar o ejecutar los movimientos voluntarios y la disminución de la capacidad para desempeñar movimientos complejos, es particularmente frustrante porque es difícil de pronosticar. Durante un momento, el paciente puede moverse con facilidad y, de repente, puede necesitar ayuda. Éste quizás sea el síntoma más incapacitante y perturbador del párkinson porque no puede realizar con rapidez movimientos habituales. Actividades que antes se realizaban con rapidez y facilidad, tales como lavarse o vestirse, ahora pueden tardar varias horas en realizarlas.

### Inestabilidad postural, disminución del equilibrio y la coordinación

La alteración en los reflejos posturales o de enderezamiento provocan una bipedestación inestable, con pérdida de equilibrio (lo que puede provocar golpes o caídas) y trastornos en la marcha.



FIGURA 2.  
Evolución postural (2).

Los pacientes adquieren normalmente una posición de flexión anterior de tronco y flexión de las articulaciones de los miembros inferiores, lo que provoca que el centro de gravedad se desplace hacia delante saliéndose de la base de sustentación y provocando caídas. A medida que progresa la enfermedad, puede verse afectada la forma de andar, con pasos rápidos y pequeños como si estuviesen apresurándose hacia adelante para mantener el equilibrio. Esta forma de caminar se conoce como festinación.

Además de estos síntomas principales, existen otros que hay que tener en cuenta porque componen el estado general del enfermo de párkinson: disfunción cognitiva y demencia, depresión, trastornos del sueño, alteraciones de la voz (disfonía, tono bajo...), disfagia (problemas para la deglución), problemas sexuales, seborrea (la cara y el cuero cabelludo presentan un exceso en la producción de grasa), sialorrea (exceso de saliva), problemas de estreñimiento y urinarios.

## 3. Aportación de la Fisioterapia para mejorar los síntomas de la enfermedad de Parkinson

Dentro de los síntomas que pueden aparecer en el párkinson, los que afectan al estado físico del paciente tienen gran relevancia, ya que pueden provocar una gran limitación o discapacidad a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, y por tanto, hacer perder calidad de vida. Por este motivo la Fisioterapia es una herramienta fundamental para los pacientes con párkinson, ayudándoles mediante:

### Tabla de ejercicios

- El objetivo es mantener la condición física necesaria y adecuada para poder desarrollar las actividades de la vida diaria con la mayor independencia posible, trabajando aquellos aspectos que se ven afectados por la enfermedad.

- Insistiremos en la reeducación postural evitando las dolencias provocadas por una postura incorrecta mantenida en el tiempo.
- Trabajaremos en mejorar el equilibrio y la coordinación. Esto nos ayudará a tener una marcha lo más estable posible, evitando caídas.
- Una parte importante en la realización de ejercicio físico es la utilización de una respiración diafragmática, que tiene entre otros beneficios aumentar la capacidad pulmonar y disminuir la rigidez muscular propia de la enfermedad.
- Todos los ejercicios deben ser adaptados a cada participante, teniendo en cuenta la fase de evolución de la enfermedad, su condición física y edad.
- Además, es muy importante realizar descansos después de cada ejercicio para evitar la fatiga y respetar los periodos *on/off* (fluctuaciones motoras que normalmente se deben a que el efecto de la medicación, tras años de tratamiento farmacológico, no se mantiene constante a lo largo de la jornada).

La práctica de ejercicios como andar, montar en bicicleta estática, nadar, ejercicios aeróbicos, etc., son muy beneficiosos para el estado de forma de la persona que padece párkinson. Aparte de este ejercicio, es muy recomendable que se tenga una vida diaria activa, hacer las cosas del hogar e intentar hacer por uno mismo todo lo que se pueda.

Esta tabla va dirigida a aquellos pacientes que puedan desarrollarla de forma activa. En caso contrario, están indicadas las sesiones de fisioterapia individualizada.

### 1.- Ejercicios generales:

#### • *Movilizaciones del cuello:*

1. Movemos la cabeza muy despacio hacia abajo hasta que la barbilla toque con el pecho y luego subimos hasta la posición de partida.
2. Giramos la cabeza hacia un lado muy despacio, volvemos al centro. Giramos al otro lado y volvemos al centro.

**Estos dos ejercicios los hacemos 10 veces cada uno.**

3. Estiramiento de la musculatura del cuello: pasamos una mano por encima de la cabeza y tiramos muy suavemente de ella hacia el lado del brazo que hace el estiramiento. Volvemos hacia la posición inicial muy lentamente. Estiramos tres veces cada lado.

#### • *Movilizaciones de los brazos:*

1. Llevamos las manos a los hombros, luego al techo, a los hombros otra vez y al suelo.
2. Levantamos los brazos por delante del cuerpo con los codos extendidos.
3. Levantamos los brazos por los lados del cuerpo con los codos extendidos (brazos en cruz), damos una palmada por encima de la cabeza, volvemos a la posición anterior y bajamos los brazos para descansar.

4. Movemos las muñecas, una hacia arriba y la otra hacia abajo, haciendo círculos hacia fuera y hacia dentro.

**Hacemos 10 veces cada ejercicio.**

#### • *Movilizaciones de tronco:*

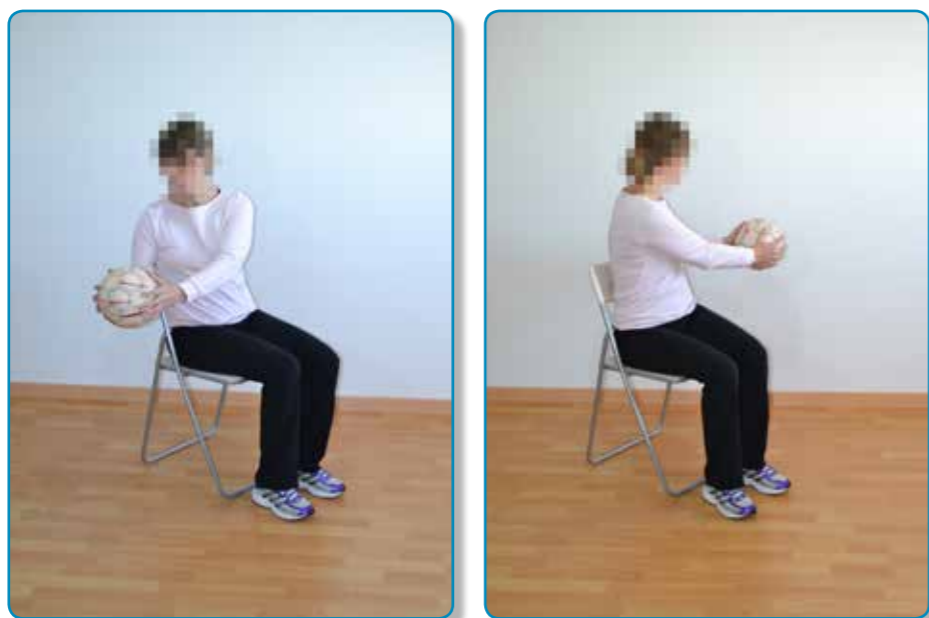
1. Inclina el tronco hacia un lado dejando caer la cabeza y el brazo del mismo lado.

**Todos los ejercicios anteriores se realizan de pie.**

2. Nos sentamos en el 1/3 anterior del asiento, las caderas y las rodillas están flexionadas en un ángulo de 90° con las plantas de los pies apoyadas en el suelo. Levantamos una pica o bastón por encima de la cabeza, lo seguimos con la vista. Inclina el cuerpo hacia adelante hasta tocar con el bastón el suelo. Dejamos el bastón en el suelo, nos erguimos y flexionamos de nuevo el tronco para recogerlo del suelo.



- Se bota la pelota y se coge con ambas manos del lado derecho. Se pasa la pelota con ambas manos al otro lado por encima de la cabeza y se vuelve a botar.



Hacemos 3 veces cada ejercicio.

• **Ejercicios para las piernas:**

- Nos sentamos en una silla y levantamos la pierna con la rodilla bien estirada dirigiendo el pie hacia nosotros.

**Mantenemos esta posición 5 segundos (se cuenta hasta cinco) y cambiamos de pierna.**

- En la misma posición levantamos la rodilla hacia el techo, la mantenemos en alto 3 segundos y luego cambiamos de pierna.
- También sentados, movemos los pies colocándolos de puntillas y de talones. Como para accionar una máquina de coser antigua.
- Sentado con la pierna levantada, mueva el pie derecho haciendo círculos. Repítalo con el pie izquierdo.

- Estiramiento: sentado en una silla, levantamos la pierna hasta colocar el pie encima de un taburete situado enfrente. Nos inclinamos hacia delante y colocamos las dos manos sobre la rodilla. Apretamos hacia abajo para enderezarla.

**Mantenemos esa posición unos 10 segundos y cambiamos de pierna.**



**2.- Ejercicios de coordinación y equilibrio:**

- Levantamos un brazo y la pierna contraria doblando mucho la rodilla. Cambiamos de brazo y pierna. **Hacemos 10 repeticiones.**

Con este ejercicio simulamos la marcha trabajando la coordinación.

También se puede realizar sentado y tumbado boca arriba.



- Doblamos las rodillas y las caderas para bajar al suelo hasta ponernos en cuclillas. El descenso se tiene que realizar a distintas velocidades (contaremos los segundos que tiene que tardar en bajar).

Así trabajamos la coordinación y el equilibrio, además de potenciar la musculatura de las piernas.



3. En este ejercicio un familiar le dirá al enfermo que mueva un brazo, hacia delante, hacia atrás o a un lado, y una pierna hacia delante, hacia atrás o a un lado. Es importante que el enfermo mueva el brazo y la pierna que nosotros le digamos, hacia donde le digamos y al mismo tiempo. **Haremos 10 combinaciones distintas.** Así trabajamos coordinación de brazos y piernas.
4. Apoyamos un sólo pie levantando el otro del suelo. **Lo hacemos 3 veces con cada pie.** Aumentaremos progresivamente el tiempo de apoyo y la altura de la pierna que se levanta. Primero lo hacemos con los ojos abiertos y, cuando lo hagamos, correctamente se intenta con los ojos cerrados. Con este ejercicio entrenamos el equilibrio.
5. Desplazamos el peso del cuerpo de una pierna a la otra. Lo hacemos primero con las piernas a los lados y luego con una delante y otra atrás, variando la separación entre ellas. Sirve para mejorar el equilibrio.



### 3.- Ejercicios para mejorar la marcha:

Las indicaciones que tenemos que tener en cuenta para realizar una marcha correcta son:

- **No arrastrar los pies.** Para conseguirlo tienen que doblar más las rodillas.
- **No andar con el cuerpo inclinado hacia delante.**
- **Balancear los brazos coordinando este movimiento con el de las piernas.** Se avanzan brazo y pierna contraria.
- **Apoyar primero el talón del pie y luego la punta.**

1. Andamos doblando exageradamente las caderas y las rodillas. Insistimos en que se apoye primero el talón del pie y luego la punta, y acompañar este ejercicio con el balanceo de los brazos.
2. Este ejercicio consiste en que los pasos al andar se realicen a distintas longitudes. Para tener un estímulo visual se pueden colocar marcas en el suelo.



3. Damos un paso con el pie derecho y al mismo tiempo damos una palmada por delante del cuerpo. Damos un paso con el pie izquierdo y al mismo tiempo damos una palmada por detrás del cuerpo. Así trabajamos la coordinación de brazos y piernas.



4. Para dar media vuelta nunca hacemos punto fijo en un pie ni cruzamos las piernas, levantamos un pie del suelo lo giramos 90° y llevamos el otro pie al lado del 1° o hacemos un pequeño semicírculo andando. Para practicar los giros, andamos siguiendo el trayecto de un 8 en el suelo. Insistimos en apoyar primero el talón del pie y luego la punta y acompañar este ejercicio con el balanceo de los brazos de forma coordinada.
5. Para superar los bloqueos tenemos que echar el peso del cuerpo un poco hacia atrás hasta que los talones estén bien apoyados, separamos los pies para aumentar la estabilidad, empezamos a balancear el peso del cuerpo de un pie a otro sin movernos del sitio hasta que sintamos que podemos iniciar la marcha.

#### 4.- Ejercicios en el suelo

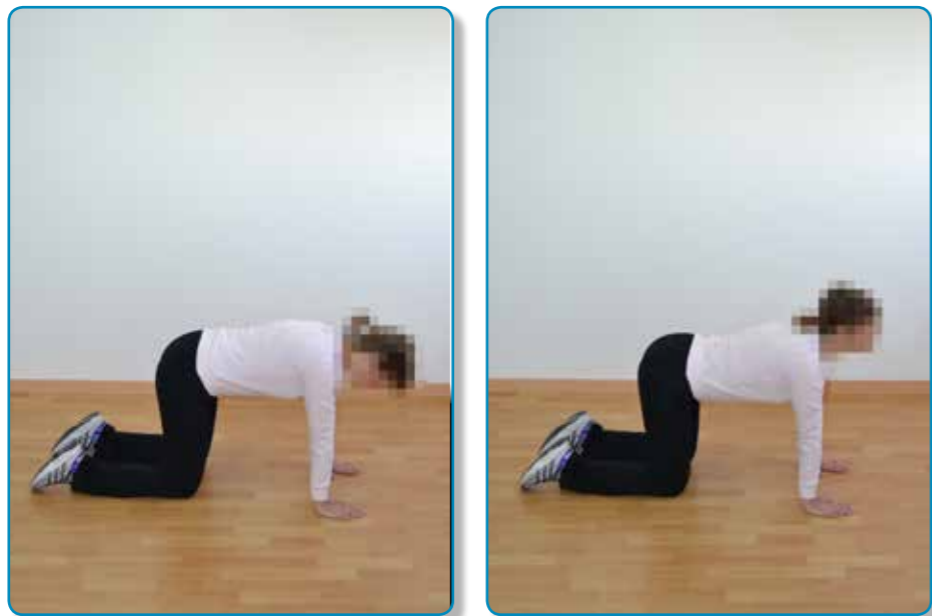
En estos ejercicios es conveniente utilizar una colchoneta para evitar el contacto duro del suelo en los puntos de apoyo del cuerpo.

Acompañando a todos los ejercicios realizaremos la respiración diafragmática. Consiste en tomar el aire por la nariz, dirigiéndolo hacia el abdomen y expulsar el aire muy despacio por la boca soplando. El ejercicio se realiza al tiempo que se expulsa el aire por la boca.

1. Nos colocamos a cuatro patas. Cogemos aire por la nariz y mientras lo expulsamos, dejamos caer la cabeza hacia abajo y arqueamos la espalda hacia el techo.



Después, cogemos aire y, mientras se expulsa, llevamos la cabeza hacia atrás y arqueamos la espalda hacia el suelo. Repetimos cinco veces al techo y otras cinco al suelo. Con este ejercicio damos flexibilidad a la espalda.



2. Sentados sobre los talones, con la espalda estirada, la cabeza apoyada en la colchoneta y los brazos bien estirados hacia delante.

Cogemos aire y al expulsarlo por la boca inclinamos el tronco hacia un lado. Con la siguiente respiración lo inclinamos hacia el lado contrario. Cinco veces a cada lado.



3. Estiramiento: tumbados boca abajo con las manos apoyadas en la colchoneta a la altura del pecho.

Estiramos los codos para levantar el cuerpo del suelo, sin despegar las caderas y llevando la cabeza hacia atrás mientras soltamos el aire por la boca.



4. A cuatro patas.

Al expulsar el aire llevamos la pierna hacia el techo con la rodilla doblada en un ángulo de 90°. Vamos alternando las piernas. 5 veces con cada pierna.



5. Tumbados boca abajo con los brazos estirados por delante de la cabeza.

Al expulsar el aire levantamos un brazo y la pierna contraria, bien estirados hacia el techo. La cabeza se coloca apoyada hacia abajo o mirando hacia el brazo que se levanta. Cambiamos de brazo y pierna. Lo hacemos cinco veces con cada lado.

Después levantamos los dos brazos juntos cinco veces y luego las dos piernas juntas otras cinco veces.



6. Nos colocamos tumbados boca arriba. Colocamos una toalla pequeña enrollada debajo de la rodilla.

El ejercicio consiste en intentar apretar la toalla contra la colchoneta llevando el pie hacia la cabeza.

Apretamos durante cinco segundos y descansamos otros cinco (esto es una repetición). Hacemos tres series de diez repeticiones con cada pierna.



### 5.- Corrección de la postura

Es importante mantener una buena postura para evitar dolores musculares y pérdidas de equilibrio. Podemos trabajar para mejorarla colocándonos frente a un espejo y observando las alteraciones posturales que tiene y cómo debe corregirlas.

La cabeza la suelen tener un poco adelantada y hacia abajo. Así que hay que ponerla un poco hacia atrás, hacia arriba y sin inclinaciones.

El tronco también suele estar adelantado, y hay que retrasarlo.

1. Estiramiento: nos ponemos de pie contra la pared, tocándola con los talones.

Tratamos de mantenernos lo más rectos y estirados que podamos, de modo que las paletillas y la parte posterior de la cabeza toquen la pared.





2. Nos ponemos de pie de cara a la pared, algo apartados de ella. Nos estiramos hacia arriba todo lo que podamos con las palmas de las manos contra la pared. Nos miramos las manos y mantenemos esta posición 5 segundos.



## 6.- Praxias faciales

El paciente con párkinson puede tener inexpressividad facial. Para mantener la movilidad y el tono adecuado de los músculos de la cara trabajamos frente al espejo una serie de ejercicios muy sencillos que nos ayudan a conservar los distintos gestos.



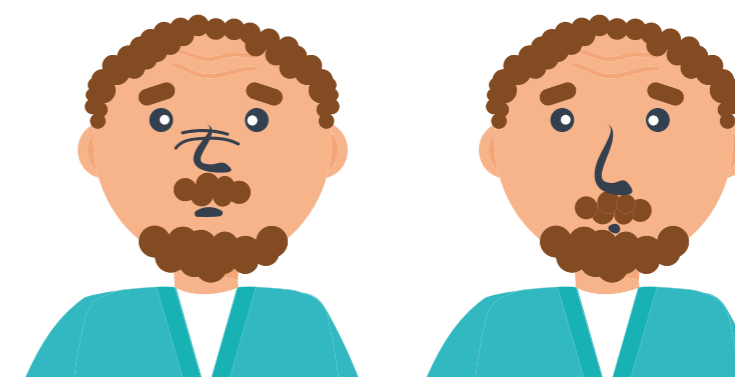
CERRAR LOS OJOS



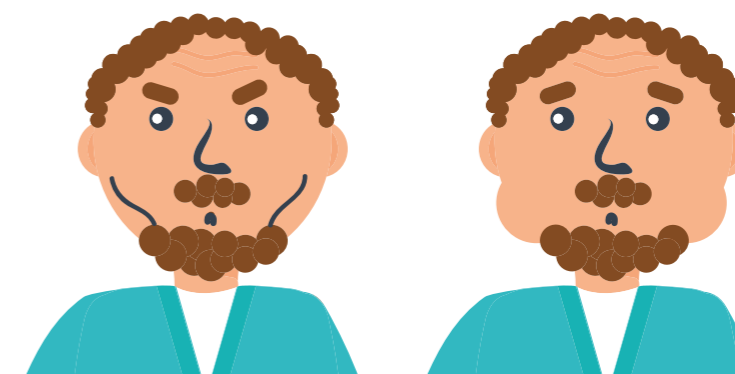
ALZAR LAS CEJAS



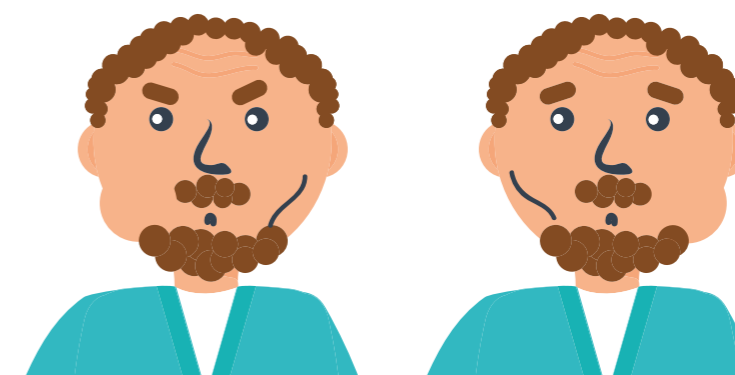
GUIÑAR ALTERNATIVAMENTE LOS OJOS



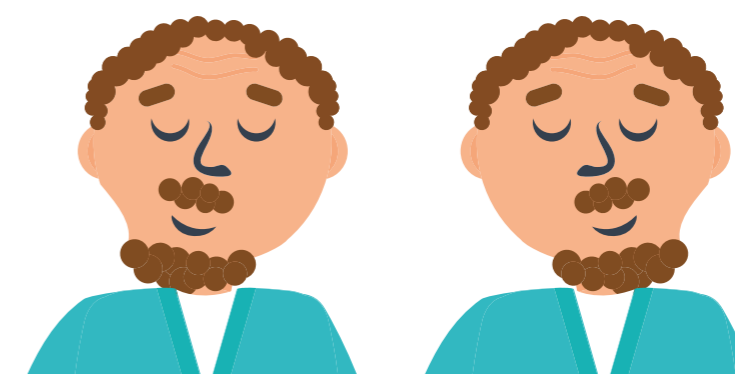
FRUNCIR Y ESTIRAR LA PIEL DE LA NARIZ



AHUECAR E HINCHAR AMBAS MEJILLAS A LA VEZ



HINCHAR ALTERNATIVAMENTE UNA MEJILLA Y DESPUÉS LA OTRA



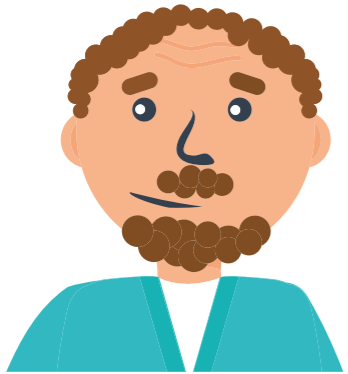
DESPLAZAR LATERALMENTE LA MANDÍBULA A AMBOS LADOS



ABRIR LA BOCA EN FORMA DE "O"



ESTIRAR LATERALMENTE LAS COMISURAS DE LOS LABIOS



DESPLAZAR ALTERNATIVAMENTE UN ÁNGULO DE LA BOCA HACIA UN LADO Y A OTRO



### Fisioterapia respiratoria

Debido a la cifosis (aumento de la curvatura dorsal), provocada por la rigidez de la musculatura anterior del tronco, hay un cambio en la estructura de la caja torácica que dificulta su expansión, los músculos intercostales pierden su elasticidad y el diafragma disminuye su movilidad. Por ello es necesario trabajar la musculatura intercostal y el diafragma, mejorando la afluencia verbal, la capacidad respiratoria y la tos, disminuyendo así el riesgo de sufrir aspiraciones.

#### Respiración abdómino-diafragmática

Tumbado boca arriba con las rodillas dobladas y los pies apoyados en el suelo. Se coloca una mano en el bajo vientre para percibir el movimiento que se transmite al abdomen con los tiempos respiratorios.

Se coge aire por la nariz y se dirige a la mano colocada en el vientre, para percibir cómo el abdomen asciende hacia el techo, después se echa el aire por la boca y aquí la mano nota como baja el abdomen.



#### Respiración costal inferior

En la misma posición, pero en esta ocasión las manos se colocan a los lados del cuerpo en las últimas costillas.

Al dirigir el aire hacia las manos se percibe cómo las costillas se separan hacia fuera, y al echarlo vuelven a la línea media del cuerpo. Se puede ayudar a la espiración comprimiendo con nuestras manos.



#### Respiración costal superior

En la misma posición que el ejercicio anterior pero las manos colocadas en el pecho por debajo de las clavículas.

Se coge aire por la nariz y se dirige a la zona costal en la que están colocadas las manos, percibiendo cómo las costillas superiores ascienden hacia el techo. Al echar el aire por la boca podemos ayudar con nuestras manos a bajar las costillas.



### Hidroterapia

Se trata de hacer ejercicios en el medio acuático para conseguir los siguientes efectos:

- **Reducir el tono muscular:** gracias a la flotación y la presión hidrostática que ayudan a soportar el cuerpo y al calor que se aporta a través del agua.
- **Mejora del equilibrio:** la flotabilidad y la presión hidrostática promueven el apoyo e incrementan el tiempo de caída, proporcionando un mayor intervalo para manejar las reacciones.
- **Mejora de la funcionalidad.** En el agua se facilita y aumenta la seguridad en la realización de algunas de las actividades que son de difícil ejecución en el suelo como caminar, subir y bajar escaleras, sentarse y levantarse.

- **Reducción del dolor y del edema.** El calor produce analgesia, la presión hidrostática ejerce un efecto compresivo sobre todos los tejidos, y la fuerza de flotación incrementa el retorno venoso favoreciendo la disminución del edema.
- **Mejora del estado psicológico.** La participación en ejercicios acuáticos puede aliviar los sentimientos de depresión y de aislamiento, mejorando la autoestima. La motivación que produce hacer movimientos de forma exitosa completando ejercicios que no se pueden realizar en tierra, y las oportunidades de socialización promueve un refuerzo psicológico.

#### 4. Bibliografía

- <http://www.sindrome-de.org/parkinson/>
- <http://tratamientoparkinson.com/noticias/143-rutina-de-ejercicios-para-personas-con-parkinson>
- <http://www.efisioterapia.net/articulos/aplicacion-la-fisioterapia-la-enfermedad-parkinson>

# 6 La Terapia Ocupacional en párkinson inicial

**David Hernández Lozano**

Terapeuta ocupacional. EPONA Centro Integral de Promoción de la Autonomía Personal y la Salud, S.L. Burgos

1. Introducción
2. Párkinson inicial y autonomía personal
3. En qué me ayudará un terapeuta ocupacional
4. Algunos consejos generales
5. Pautas que tendrás que tener en cuenta

## 1. Introducción

Actualmente, el tratamiento de la enfermedad de Parkinson ha avanzado mucho, consiguiendo un retraso en la progresión de la enfermedad, favoreciendo la calidad de vida de los pacientes, y que estos puedan disfrutar de la vida de forma independiente el mayor tiempo posible. Pero también es cierto que, debido sobre todo a que se trata de una enfermedad degenerativa crónica y a que cada vez la esperanza de vida de todas las personas es mayor, muchos pacientes llegan a estadios avanzados, con la problemática y discapacidad que esto provoca.

Debido a esta evolución, es necesario que exista un objetivo común entre los profesionales socio-sanitarios y los familiares y enfermos, coordinando energías y esfuerzos entre todos para mejorar, en lo posible, la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

La evolución de la enfermedad de Parkinson va produciendo dificultades al realizar actividades de la vida diaria como son vestirse, alimentarse, andar, etc. Esta falta de funcionalidad para dichas actividades se ve más afectada en los estadios avanzados de la enfermedad, haciendo que los pacientes necesiten la ayuda de sus cuidadores para poder llevarlas a cabo.

## 2. Párkinson inicial y autonomía personal

En las primeras fases de la enfermedad, el paciente no tendrá grandes dificultades a la hora de realizar actividades de la vida diaria, sin tener que depender de la figura del cuidador, por lo que la figura del terapeuta ocupacional se centrará especialmente en la educación de los pacientes y sus familiares, diseñando un programa de ejercicios para que el paciente pueda realizarlo en su domicilio, o, si fuera posible, dentro de un grupo de terapias en alguna de las asociaciones que existen en nuestro territorio, donde es más fácil crear un clima necesario de confianza y relaciones entre personas con los mismo problemas, mejorando así aspectos sociales de la enfermedad.

Es muy útil que tanto el paciente como la familia aprendan diferentes estrategias y recursos para afrontar de forma más segura las dificultades futuras que irán apareciendo con la evolución de la enfermedad. Es importante remarcar que las personas que estemos alrededor del paciente le animemos siempre a que haga todas las actividades por sí solo, no prestando la ayuda más que solo en casos de imposibilidad para realizar la actividad. Siempre que un paciente pueda realizar una actividad, aunque sea de manera costosa, le tendremos que animar a realizarla.

Con el avance de la enfermedad los síntomas se van acentuando, los temblores en reposo empeoran, haciéndose más visibles, incluso llegan a afectar en actividades de coordinación y motricidad fina. Empiezan a aparecer dificultades a la hora de realizar una marcha funcional, dando los pasos más cortos y teniendo problemas a la hora de realizar los giros. Se aprecian de forma más generalizada otros cambios físicos como bradicinesia, dificultades de coordinación, aumento de la rigidez, dificultades comunicativas, sensación de fatiga entre otras.

En general, podemos decir que el habla y la comunicación, la deglución y alimentación, el desplazamiento y el equilibrio, y las actividades de la vida diaria comienzan a verse afectados. Así mismo, las habilidades para concentrarse, enlentecimiento del procesamiento de la información, déficit visoespacial y funciones ejecutivas se verán gradualmente disminuidas. Aparecerán alteraciones de la memoria, como dificultades para aprender y dificultades para evocar la información necesaria para diferentes actividades.

Todos estos síntomas dificultan en gran medida, a los pacientes, tener una vida independiente, llegando a provocarles grandes problemas para realizar diversas actividades del día a día.

En esta fase, el terapeuta ocupacional es clave para anticipar el impacto de la enfermedad y del tratamiento en el nivel de funcionalidad, evaluándolo y preservándolo, y facilitar las adaptaciones que la enfermedad vaya demandando, asesorando, entrenando y supervisando el tipo de ayudas (físicas, verbales, gestuales...) a utilizar en el hogar para fomentar la autonomía.

Además, puede comunicarse con la familia sobre las adaptaciones concretas que deberían hacerse en la casa, ya que las características propias de la enfermedad de Parkinson hacen fundamental que las decisiones sobre modificaciones estructurales en la casa e introducción de ayudas técnicas se tomen con antelación. Conforme el afectado se vaya haciendo más dependiente para el cuidado básico se puede solicitar la ayuda a domicilio.

### 3. En qué me ayudará un terapeuta ocupacional

En esta fase es muy importante dejarse orientar y aconsejar por profesionales, entre ellos, el terapeuta ocupacional. Este buscará siempre asesorar al paciente y sus familiares para mejorar las condiciones de su entorno físico: qué cambios en la disposición u organización del espacio del hogar, adaptaciones y productos que pueden facilitar su día a día.

Es muy importante que el paciente realice un programa de ejercicios en el que se busque mantener un buen nivel de actividad física. Siempre intentaremos que el ejercicio se realice fuera del domicilio fomentando la socialización de la persona, manteniendo las relaciones. Si esto no fuera posible, es recomendable que un terapeuta ocupacional valore al paciente en su domicilio para indicarle un programa de ejercicios que se pueda adaptar a las necesidades del paciente y a las posibilidades de la vivienda.

### 4. Algunos consejos generales

Para el día a día se deberán tomar en cuenta los siguientes consejos, que pueden facilitar la relación entre las personas implicadas en la realización de las diferentes actividades de la vida diaria.

#### CUIDADOR:

1. Sólo prestaremos ayuda si vemos que es realmente necesario, y reforzaremos todo lo posible los esfuerzos de la persona por hacer las actividades de forma independiente.
2. Tener párkinson no es perder la capacidad de decisión, es necesario preguntar al paciente cómo le podemos ayudar o qué quiere hacer en los diferentes momentos del día.
3. Respetar siempre las opiniones, gustos y preferencias de la persona a la que ayudamos.



4. Explicar lo que vamos hacer y cómo le vamos ayudar.
5. Ayudar a una persona siempre nos exige guardar su intimidad y garantizar su seguridad en todo momento.
6. Mantener siempre el orden y, dentro de lo posible, una rutina, te facilitará tu trabajo y evitará riesgos innecesarios.
7. Preparar el entorno y adaptarlo a las necesidades de la persona con párkinson, puede facilitar nuestro trabajo.
8. Respeta el tiempo y la velocidad de trabajo del enfermo.
9. Busca información, no estás sólo/o. Las asociaciones de párkinson pueden ayudarte.
10. Guarda tiempo para ti, para tus aficiones, para tus intereses, cuídate a ti mismo o no podrás cuidar.

#### PACIENTE:

1. Recuerda muchas veces que la persona que te ayuda no tiene obligación de hacerlo; lo hace porque quiere, y nunca está de más que si alguien te ayuda para hacer una actividad, digas la palabra mágica **gracias**.
2. Sé sincero con la persona que te acompaña, y pide ayuda en los momentos que realmente los necesites, e intenta en lo posible siempre ayudar y facilitar el trabajo de tu cuidador.
3. Déjate ayudar, no lo hagas más difícil de lo que ya es.
4. Acepta los cambios que te proponen y escucha a la persona que tienes al lado, que sólo quiere ayudarte y hacerte la vida más fácil.
5. Escucha a tu cuerpo, aprovecha los buenos momentos y los momentos *on* de la enfermedad.
6. Sé realista y conoce tus limitaciones. Necesitas más tiempo para hacer cualquier actividad, organízate bien el tiempo, programando intervalos suficientes.
7. Pon de tu parte y mantente activo/a.
8. Mantén las aficiones que tenías, y si no puedes, intenta disfrutar de ellas adaptándote a la situación y haciéndolas de forma diferente. No te alejes de tus aficiones.



## 5. Pautas que tendrás que tener en cuenta

Por las características de cada paciente y la evolución de la enfermedad en cada persona, es necesario remarcar, aunque suene a tópico, que "cada paciente es único". Por este motivo no se pueden dar unas pautas generales que funcionen en todos los casos. Por desgracia no tenemos varitas mágicas para resolver los problemas que van a provocar los síntomas de la enfermedad, pero sí que es verdad que tenemos algunos trucos que pueden ayudar a cada persona en su día a día.

Siempre será conveniente pedir consejo a un terapeuta ocupacional, para que pueda facilitarnos ejercicios y darnos consejos sobre diferentes técnicas, productos de apoyo y adaptaciones que podamos introducir en el día a día en nuestro hogar.

Dentro del domicilio, la pauta más importante que tenemos que tener en cuenta es la **seguridad**, esta debe ser nuestro primer objetivo.

### Algunos consejos:

#### ZONAS COMUNES:

- Mantén las zonas de paso lo más despejadas posible, sin obstáculos y siempre bien iluminadas. Si se puede, que los pasillos y zonas de paso nunca tengan un ancho inferior a 80 cm.
- Elimina todas las alfombras del domicilio (se pueden pegar al suelo) y cables que puedan estar por el suelo.
- Guarda los objetos de uso cotidiano en lugares fáciles de alcanzar o coger. Mantén siempre el orden.
- Se pueden fijar barandillas y asideros, pero recuerda que estén bien fijados a la pared, nunca a muebles que puedan ceder o moverse.
- Piensa si todo el mobiliario que tienes en las zonas que usas es necesario, la mayoría de las veces podemos prescindir de alguno de los muebles y esto nos facilitaría la realización de actividades diarias.

#### COCINA Y ALIMENTACIÓN:

Hoy en día, en las tiendas especializadas en productos de apoyo, tienen multitud de productos que nos pueden ayudar, pero es muy importante saber cómo elegir los que mejor pueden servirnos. Algunos consejos para saber que elegir, son:

- Cubiertos engrosados y con mayor peso.
- Platos, cubiertos y vasos fabricados con material antideslizante.

Buscar objetos de materiales que no se rompan, y podamos introducir en el microondas y el lavavajillas.



#### CUARTO DE BAÑO Y ASEO:

El aseo, además de ser la actividad que más pudor suele darle al paciente, es una actividad que se suele realizar en un espacio muy pequeño, lo que dificulta la movilidad y las transferencias dentro de él.

- Intenta cambiar la bañera por un plato de ducha a ras de suelo, teniendo cuidado con la colocación de los bordes de la mampara, ya que podrías tropezar e impedir el tránsito de una silla de ruedas.
- El suelo del baño es importante que sea antideslizante, existen spray o tiras que podremos colocar fácilmente.
- Si no es posible, instala tablas de bañera, e incluso sillas giratorias para introducirnos en ella sentados.
- Instala barras abatibles a las que poder asirse para entrar o salir de la ducha o hacer uso del váter. Los productos que podamos anclar en la pared son mucho más seguros que los de ventosa.
- Un asidero te ayudará a levantarte de la taza; colócalo, existen de diferentes medidas.
- Usa maquinilla eléctrica para afeitarte, o cepillo de dientes eléctrico; ahorran tiempo y facilitan el trabajo.
- Es importantísimo que en este espacio se respete la intimidad del paciente, y tenga sitio para moverse y esté muy bien iluminado.

#### DORMITORIO:

- Elige una buena cama, si puede ser buscar un sistema eléctrico que facilite entrar y salir de esta. También existen sistemas más básicos, pequeños asideros o escalerillas que se enganchan al somier y que ayudarán a movernos dentro de la cama.
- Si cambias de colchón, intenta colocar un sistema antiescaras, mejor prevenir que curar.
- El edredón pesa menos que las mantas, y facilitará el movimiento dentro de la cama, igual que el uso de sábanas de raso.
- Prepara y coloca la ropa que te vas a poner de forma que esté organizada, según el orden de vestirse correcto.

#### MEDICACIÓN:

Toma siempre la medicación siguiendo las pautas del especialista que te la ha recetado.

- El uso de un pastillero semanal puede ayudar a la toma correcta de la medicación. Elige un pastillero que contenga hueco suficiente para introducir en él las pastillas necesarias. Existen muchos modelos.
- Usa cortadores de pastillas o trituradores para facilitar la ingesta de estas.



# 7 La Logopedia como pilar fundamental en el tratamiento integral de la enfermedad de Parkinson

Dolores Ruiz Sánchez-Molina

Logopeda. Coordinadora Dpto. de Logopedia.  
Asociación Parkinson Madrid

1. La importancia de los trastornos del habla y de la deglución en la enfermedad de Parkinson
2. ¿Cuáles son las funciones que se van a ver alteradas en el paciente con párkinson?
3. Recomendaciones a seguir ante las dificultades de comunicación del paciente con párkinson. Pautas de higiene vocal para el paciente
4. ¿Qué consejos seguiremos para conseguir una deglución eficaz y segura?

Desde los estadios iniciales de la enfermedad de Parkinson se hacen cruciales las técnicas de rehabilitación logopédica de manera preventiva para el paciente y el entorno familiar.

## 1. La importancia de los trastornos del habla y de la deglución en la enfermedad de Parkinson

Es importante que las personas con párkinson y sus familiares comprendan cuáles son los cambios que pueden ocurrir en su comunicación, según va evolucionando su enfermedad y que sepan actuar para ajustarse a ellos.

Aproximadamente, un 75% de las personas con enfermedad de Parkinson presentan cambios en su comunicación oral, gestual y escrita a medida que ésta va progresando.

Tanto la comunicación oral como escrita, se convierten en necesidades básicas para nuestra supervivencia y relación con los demás.

La progresiva pérdida de habilidades de la comunicación va a tener un profundo efecto en la calidad de vida de la persona con párkinson y su familia.

La alimentación, como necesidad básica, no es sólo importante para la persona por su aportación nutritiva, sino también por el componente social y psicológico que conlleva, además de ser también fuente de placer.

Los problemas de deglución pueden afectar hasta a un 50% de pacientes con enfermedad de Parkinson. La importancia de este síntoma se debe a que va a asociarse a una gran morbilidad y a un gran coste sanitario como consecuencia de las graves complicaciones respiratorias y nutricionales que origina.

Pasado un año desde que la deglución haya dejado de ser segura, la probabilidad de mortalidad de un paciente con párkinson que aspira es de aproximadamente el 45%.

Los trastornos de deglución son más frecuentes conforme avanza la enfermedad, pero las exploraciones de videofluoroscopia demuestran importantes alteraciones en más de la mitad de los pacientes con enfermedad de Parkinson ya en estadios iniciales I y II de Hoehn & Yahr (ver página 11).

## 2. ¿Cuáles son las funciones que se van a ver alteradas en el paciente con párkinson?

Las manifestaciones que se van a producir a causa de la enfermedad de Parkinson se describen en la Tabla 1:

Función	Causa	Manifestación
Expresión facial	Rigidez, acinesia	Hipomimia
Respiración	Postura en flexión, rigidez e incoordinación	Hipofonía
Articulación	Rigidez, bradicinesia, debilidad e incoordinación	Vocalización imprecisa, ritmo de habla irregular, etc.
Voz	Defecto de cierre glótico	Voz soplada, monótona
Nasofaríngea	Contracción del paladar ineficaz	Voz nasalizada/reflujo de alimentos
Deglución	Falta de control del alimento y retraso en la activación del reflejo de deglución	Escape de alimentos y saliva, déficit en propulsión, aspiraciones, deshidratación, malnutrición, etc.
Escritura	Temblor, rigidez y bradicinesia	Micrografía

TABLA 1. Evaluación de síntomas logopédicos en la enfermedad de Parkinson.

## 3. Recomendaciones a seguir ante las dificultades de comunicación del paciente con párkinson. Pautas de higiene vocal para el paciente

Recomendaciones ante las dificultades de comunicación del paciente con párkinson.

- Ponerse enfrente del paciente cuando estamos hablando.
- Es fundamental mantener la mirada con el interlocutor, desarrollar el interés y establecer turnos durante la conversación.
- Es importante que cuando el paciente vaya a empezar a hablar organice las ideas que quiere expresar.
- El paciente debe usar frases cortas y tomar aire entre cada una, realizando pausas que le indiquen al oyente que éste ha terminado.
- Intentar que no haya demasiado ruido de fondo en la habitación en la que estemos hablando.
- Escuchar lo que nos está diciendo, aunque nos lleve tiempo entenderle.
- Esforzarnos en hablar con claridad para que el paciente reciba bien lo que queremos decirle.

- Le diremos que lo repita más despacio.
- Cuando no consigamos entender lo que está diciendo el paciente:
  - a) Éste puede tratar de expresar con otras palabras lo que está diciendo.
  - b) Podemos repetir sólo la parte que no hayamos entendido o se puede pactar un gesto o una palabra que le sirva para identificar el problema sin que se le interrumpa.
- Debemos recordar que aspectos como el ciclo de la medicación, el cansancio, el sueño, la motivación y la atención influyen en el grado de inteligibilidad del paciente.

Cuando el paciente intente comunicar algo de forma fallida es conveniente que lo intente más tarde.

El paciente debe hacer un buen uso de la voz, para ello le daremos **pautas de higiene vocal** identificando posibles vicios vocales para poder así corregirlos (Tabla 2). Respirar antes de comenzar a hablar es una pauta esencial en el tratamiento de la voz para el paciente con párkinson, ya que proporciona más volumen y duración a la voz. Además, también normaliza el ritmo de habla y mejora la calidad vocal.

Lo que debe hacer	Lo que no debe hacer
Respirar por la nariz	Respirar por la boca
Tomar líquido con frecuencia	Carraspear
Tomar aire antes de empezar a hablar	Hablar sin aire, con fatiga
Establecer pausas apropiadas	No hacer pausas
Utilizar frases cortas	Utilizar frases muy largas
Hablar proyectando la voz con fuerza	Hablar murmurando, entre dientes
Hablar con suficiente aire hasta el final	Hablar sin suficiente aire
Es necesario hablar mirando al interlocutor	Hablar desde otra habitación, sin ver al interlocutor
Para esforzarte en hablar mejor, es útil imaginar que el oyente está más lejos	Hablar en ambientes ruidosos, susurrar

TABLA 2. Pautas de higiene vocal para el paciente con párkinson



#### 4. ¿Qué consejos seguiremos para conseguir una deglución eficaz y segura?

- Ejercite la movilidad de labios, lengua, mandíbula y faringe para un mejor control, fuerza y velocidad de estos órganos implicados en la fase oral de la deglución.



#### Ajuste los horarios de las comidas a las fases *on* de la medicación

- No se distraiga con el televisor, ¡No hablar durante las comidas le puede ayudar!
- Tómese el tiempo necesario para relajarse entre bocado y bocado intentando que las comidas sigan siendo un acto social.
- Vigile que su espalda esté recta y apoyada en una silla de respaldo firme. Mantenga los pies en el suelo y las caderas en un ángulo de 90 ° con el tronco.
- Si le cuesta llevar la comida hasta la boca como consecuencia de la rigidez o el temblor, apriete el codo de la extremidad afectada contra el costado para estabilizar la parte superior del brazo y efectúe los movimientos lo más rápido posible para evitar el temblor de reposo.
- Cuando el esfuerzo para llevar la comida a la boca sea muy grande, use ayudas técnicas como: engrosadores del mango de los cubiertos y cubiertos contorneados o angulados.
- Si usa prótesis dental, fíjela bien antes de comer.
- Bostece antes de una comida para relajar la garganta.

#### Es muy importante que establezca una rutina para tragar:

1. Lleve una cantidad pequeña de comida a la boca. Colóquela lo más atrás posible para evitar su caída.
2. Cierre los labios. Si encuentra dificultad para hacerlo, puede mantener la mandíbula con su mano.
3. Es aconsejable masticar muchas veces.
4. Haga una pausa para saborear la comida en la boca.
5. A continuación:
  - a) **aproxime el mentón al pecho,**
  - b) **trague la comida con fuerza,**
  - c) **realice un segundo trago** para eliminar cualquier posible resto de su boca.
6. Haga una pausa antes de poner otro bocado en su boca y beba un sorbo de agua fría con gotas de limón entre trago y trago para estimular el reflejo de deglución.
7. Tosa con fuerza tras cada comida para eliminar cualquier resto que hubiera en la garganta.
8. Revise su boca al final de cada comida para eliminar cualquier resto acumulado entre las encías o el paladar.

9. Mantenga la espalda recta, hasta por lo menos media hora después de comer, para evitar regurgitaciones que pueden ser incómodas y peligrosas.

#### ¿Qué hacer si se atraganta?

- Si se atraganta intente toser, tomando aire previamente para eliminar cualquier resto de comida.
- Sólo en casos extremos haremos uso de **la maniobra de Heimlich**: nos colocaremos de pie y por detrás del paciente, rodeándole con los brazos cruzados. Pondremos una mano en forma de puño y con la otra la sujetamos, presionando a nivel de la apófisis del esternón, al tiempo que el enfermo de párkinson intenta toser.

#### Cuando cuesta tragar los líquidos y/ o sólidos

- Si tiene problemas para tragar líquidos no beba con pajitas. Recuerde que alimentos como jaleas, plátano, etc. tienen mucha agua. También es muy útil el uso de **bebidas espesadas** o **espesantes** que se añaden a los líquidos para aumentar su consistencia.

#### Evite siempre consistencias mixtas

- Evite siempre consistencias mixtas como la naranja, que se hace agua en la boca y puede provocar atragantamientos.
- Si tiene dificultad para tragar alimentos sólidos, tome dietas blandas o túrmix. La consistencia de la comida debe ser homogénea, sin grumos, evitando un puré con tropezones, sopa con nódulos de pasta, etc.
- Presente la comida en varios platos pequeños, bien presentados y olorosos para estimular su apetito.
- Si los problemas persisten consulte a su médico digestivo y/o neurólogo.

# 8 Impacto socio-familiar: necesidades y recursos en pacientes con enfermedad inicial

**Juan Manuel Gutiérrez**  
Trabajador Social. Área 11. Madrid

1. Introducción
2. Necesidades y recursos

## 1. Introducción

Intentaré inspirar posibles alternativas ante los problemas y necesidades que se generan en las primeras fases de la enfermedad de Parkinson, desde que es diagnosticada, y mientras los síntomas no son limitantes, siempre teniendo presente que cada paciente por su propia realidad bio-psico-social, se posiciona y evoluciona de una manera única.

Por lo general, el inicio de la enfermedad recae en una población relativamente joven, en muchos casos ésta puede ser diagnosticada al estar activa laboralmente, incluso coincidir con la crianza de los hijos, (decir en éste punto que el porcentaje de personas afectadas que mantienen cierta actividad laboral en la franja de edad de los 40 a los 59 años es de un 50%).

El impacto que genera el diagnóstico, siempre irá acompañado de la necesidad de entender lo que le está pasando y lo que está por venir.

## 2. Necesidades y recursos

Entre los dos y cuatro primeros años, aunque exista una relativa normalidad y la medicación esté siendo efectiva generando una sensación total de control, no hay que olvidar que, al ser una enfermedad degenerativa, todo el entorno y el propio afectado/a debe tomar conciencia de la misma, y, sobretodo, prevenir y/o tratar el ámbito psicológico de la enfermedad, hacer partícipes a las personas más cercanas del proceso, invitándoles a que empiecen esta andadura conjuntamente.

En este punto, es fundamental:

- Tomar contacto con las asociaciones de Parkinson, ya que en ellas nos asesorarán y acompañarán de modo integral, incidirán en distintas áreas fundamentales tales como la psicológica, la terapéutica, el ocio positivo, etc.
- Ir adaptando el hogar, eliminando las barreras arquitectónicas con la ayuda de un terapeuta ocupacional, que pueda estudiar las posibilidades y las necesidades concretas.
- Contar con que, en su momento, el Trabajador social, y un asesor laboral, acompañarán y orientarán, respectivamente en el asesoramiento y la tramitación, cuando llegue el momento más idóneo a la jubilación por incapacidad laboral, según las características y necesidades individuales, a través de la solicitud normalizada a presentar en las oficinas de la Seguridad Social.
- La necesidad de solicitar el Reconocimiento de la Discapacidad, a través de los Centros Base de cada Comunidad Autónoma, ya que la discapacidad reconocida será determinante en la aplicación de servicios, prestaciones o beneficios en distintas áreas como:

### Pensión no Contributiva de Invalidez (P.N.C)

- Para personas que no puedan acceder a las pensiones contributivas ordinarias y que no superen determinado nivel de ingresos.
- Debe tener un grado de discapacidad igual o superior al 65%.
- Los pensionistas de invalidez no contributiva, cuyo grado de discapacidad sea igual o superior al 75% y que acrediten la necesidad del concurso de otra persona para realizar

las actividades esenciales de la vida diaria, percibirán un complemento del 50% sobre la cuantía anualmente establecida.

- Existe asimismo un complemento de alquiler de vivienda para los pensionistas no contributivos de invalidez o jubilación que no tengan vivienda en propiedad.

### Prestaciones sociales y económicas derivadas de la antigua LISMI

Destinadas a la protección de las personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33%, sin actividad laboral.

- Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica (ASPF).
- Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte (SMGT).

### Prestaciones Familiares por Hijo a Cargo

Asignación económica que se reconoce por cada hijo a cargo del beneficiario, y a los menores acogidos. Reciben esta prestación (aunque con diferentes cuantías) aquellos cuyo hijo está en alguno de estos tres casos:

- Menores de 18 años con 33% o más de discapacidad.
- Mayores de 18 años con 65% o más de discapacidad.
- Mayores de 18 años con 75% o más de discapacidad y necesidad de ayuda de otra persona.

### Prestación económica por nacimiento o adopción de hijo, cuando la madre acredite una discapacidad del 65%

La prestación se abona en un pago único, siempre que los ingresos de la beneficiaria no rebasen el límite establecido.

### Pensiones de orfandad y viudedad

La discapacidad es un factor que, en determinados supuestos, puede incidir en un incremento de la protección derivada de las pensiones de orfandad y viudedad.

### Subsidio de Renta Activa de Inserción (R.A.I)

Ayuda extraordinaria para desempleados con gran dificultad de acceso al mercado laboral. Pueden beneficiarse las personas con discapacidad igual o superior al 33% que hayan agotado una prestación contributiva o subsidio por desempleo a lo largo de su vida laboral.

### Declaración de la Renta-IRPF

- Disminución de la carga tributaria por discapacidad del contribuyente, ascendientes o descendientes (en la determinación del mínimo personal y familiar) e incremento de los gastos deducibles por rendimientos del trabajo para trabajadores activos con discapacidad.
- Reducción por aportaciones a patrimonios protegidos o planes de pensiones constituidos a favor de personas con discapacidad.
- Deducción por obras de adaptación de la vivienda.
- Deducciones específicas en cada Comunidad Autónoma
- Nuevas deducciones por ascendientes o descendientes con discapacidad.

### Reducciones del IVA. Tipo reducido del 4% en:

- Adquisición y adaptación de vehículos a motor destinados al transporte habitual de personas con discapacidad en silla de ruedas o con movilidad reducida, con independencia de quién sea el conductor. Incluye autotaxis y autoturismos.

- Adquisición y reparación de sillas de ruedas para uso exclusivo de personas con discapacidad, así como de vehículos específicos para personas con movilidad reducida cuya masa en vacío no supere los 350 kg (velocidad de hasta 45 k/h en llano).
- Prótesis, órtesis e implantes internos para personas con discapacidad.

### Impuesto de Sucesiones y herencias

### Impuesto de circulación y de matriculación

### Deducciones en Transporte

- Específicas en cada Comunidad Autónoma.

### Tarjeta Dorada de RENFE

Para personas con discapacidad igual o superior al 65%. Descuentos para el titular y el acompañante.

### Tarjeta especial de Estacionamiento

Para baremo de movilidad reducida o reducción de la agudeza visual. Con reserva de plaza junto a domicilio y/o centro de trabajo.

### Vivienda

Ayudas para la mejora de la accesibilidad del interior de las viviendas.

Cupos de vivienda y puntuación especial en los baremos en viviendas sociales.

### Empleo

**Reserva de plaza para trabajadores con discapacidad**, de al menos un 2% en empresas públicas y privadas que den empleo a más de 50 personas.

**Apoyo al empleo en cooperativas de trabajo asociado**, en el que al menos un 50% de los socios tengan discapacidad.

**Ayudas a autónomos**; tanto en subvenciones, como en bonificaciones de cuotas a la seguridad social.

**Programas específicos de formación para el empleo, distintos puntos de apoyo a la inserción y orientación profesional** (a través de las oficinas de empleo y los servicios de los Centros Base de valoración y orientación a la discapacidad).

### Jubilación anticipada

**Reducción en la edad de jubilación** exigida en cada momento, aplicando coeficientes específicos para el 65% y el 45% de discapacidad.

A su vez, por convenio con la seguridad social, se suscribe de modo especial para **aplicar coeficientes reductores de cotización** de cara a las prestaciones por jubilación y muerte, en caso de dificultades en la inserción laboral.

### Familia

Consideración de familia numerosa cuando:

- Uno o dos ascendientes con dos hijos (comunes o no) teniendo uno de estos discapacidad igual o mayor a un 33%.

- Dos ascendientes, con uno de ellos con discapacidad superior o igual al 65% o ambos con discapacidad igual o superior al 33%, con dos hijos, sean comunes o no.
- Dos hermanos huérfanos de padre y madre mayores de 18 años, teniendo uno de éstos discapacidad de al menos el 33%.

Los beneficios por familia numerosa dan acceso a otros descuentos para todos los miembros en cuanto a cuotas por servicios y bonificaciones específicas.

### Educación

Lo que podríamos reseñar como útil dentro de éste apartado, es, por un lado, que alumnos que tengan discapacidad o a uno de sus progenitores con discapacidad, verán incrementada su puntuación en solicitudes de admisión de alumnos en centros públicos, preferencia en becas escolares.

Tendrán, si su discapacidad es igual o superior al 33%, exención de toda tasa universitaria, teniendo que abonar exclusivamente la tasa de secretaría.

Y a su vez Becas específicas (según disponibilidad de convocatoria).

### Ocio y tiempo libre

Turismo y termalismo específico para personas con discapacidad, a través del IMSERSO

- Programas específicos a través de los Servicios sociales de Respiro Familiar.
- Uso de Piscina Pública, en las calles de uso libre.
- Precio reducido en parques temáticos, cines, museos, etc.
- Telebiblioteca, (en el caso de Madrid) con préstamo de libros a domicilio.

Hay que tener muy presente que existen a su vez, a nivel de apoyo preventivo/asistencial, ciertas prestaciones sociales gestionadas, Servicios Sociales, de las administraciones locales, destinadas al apoyo de personas con discapacidad reconocida.

Se puede afirmar que, inicialmente en las primeras fases de la enfermedad, la prioridad debe ser la búsqueda de información, la toma de conciencia y asesoramiento, y con ello: el inicio de tratamientos, terapias preventivas, ayudas técnicas, prestaciones sociales, el conseguir implicar a todos los miembros que conforman el entorno del paciente, es decir afrontar los retos de un modo integral e integrador.

Lo haremos a través del especialista clínico que nos trata, de las asociaciones de afectados que acompañaran todo el proceso, de los Servicios Sociales que nos pueden proveer de prestaciones asistenciales y técnicas, los equipos de Atención Primaria, y otros agentes sociales que puedan incidir positivamente en la resolución de alguna dificultad concreta.

# 9 Educación del paciente y el cuidador en las fases iniciales de la enfermedad

**Beatriz González García**

Enfermera. Unidad de Trastornos del Movimiento.  
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

1. Introducción
2. ¿Cuáles son las manifestaciones de la enfermedad y cómo se diagnostica?
3. ¿Qué información necesitan los pacientes y cuidadores en la consulta de enfermería, tras el diagnóstico?
4. Información sobre el tratamiento
5. Estrategias a tener en cuenta en los estadios iniciales de la enfermedad

## 1. Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad crónica que a día de hoy no tiene cura. Esto provoca en muchas ocasiones que los pacientes y sus cuidadores entren en una fase de incompreensión y negación, costándoles procesar la información dada por su médico. En la consulta de enfermería debemos dedicar el tiempo que necesiten para repasar la información que les facilita su neurólogo. Desde el acompañamiento de enfermería, ir resolviendo dudas, creando una relación cercana y de confianza que les haga sentirse acompañados en este proceso tan delicado y difícil, con el que tienen que aprender a convivir a partir de este momento.

El desarrollo de la enfermedad de Parkinson es variable de unos pacientes a otros y los tratamientos han mejorado desde los años 60, además, en la actualidad, hay muchos estudios de investigación en marcha, lo que da un espacio de esperanza para que pueda aparecer el fármaco que realmente cure. Por el momento, los tratamientos existentes ayudan a paliar mucha de la sintomatología causada por esta patología. Hoy sabemos que es necesario un tratamiento con fármacos, pero que hay otros tratamientos no farmacológicos. Ambos van de la mano y no se pueden concebir el uno sin el otro, si lo que se busca es que los pacientes mejoren en su día a día.

## 2. ¿Cuáles son las manifestaciones de la enfermedad y cómo se diagnostica?

### Síntomas

Existen diferentes estructuras a nivel cerebral que se ven afectadas cuando se diagnostica esta enfermedad y esto hace que sea compleja.

La complejidad nombrada, habla de una sintomatología a diferentes niveles:

- **A nivel motor**, temblor, enlentecimiento de los movimientos, rigidez en diferentes músculos del cuerpo e inestabilidad postural.
- **A nivel no motor**, dolor de huesos y articulaciones, estreñimiento, dificultades al realizar la micción, trastornos en el sueño, ansiedad y depresión, entre otros. El deterioro cognitivo leve sin demencia se puede producir también en las fases iniciales de la enfermedad.

Además, se pueden manifestar **otras alteraciones cuando se toma medicación antiparkinsoniana**, como alucinaciones visuales (tipo de alucinación más común, aunque también se pueden dar otras), donde el paciente ve cosas que saben que no existen "personas sentadas a su lado", "familiares fallecidos", "muchas arañas", etc.

También pueden tener **ideas paranoides** de que "alguien quiere hacerles daño, pero no saben quién", un sentimiento de "tener muchos celos de su pareja, creer que le engaña", incluso en ocasiones "encontrarse desorientado, irritable", etc. En este sentido, tanto el paciente como el cuidador, deben tener información sobre los efectos secundarios de los tratamientos pautados, pues la causa suele mejorar cuando el neurólogo ajusta o cambia cierta medicación (levodopa, agonistas dopaminérgicos, etc.).

## Diagnóstico

Para que disminuya el riesgo de error, se realiza un diagnóstico diferencial, que ayuda a descartar otras enfermedades parecidas a la EP. De esta manera se aproxima en un porcentaje más certero, al posible diagnóstico.

Hoy por hoy se diagnostica la EP sumando diferentes acciones como son: la exploración neurológica, las diferentes pruebas diagnósticas y la comprobación adecuada de respuesta al tratamiento antidopaminérgico. Es por ello que el porcentaje de acierto del diagnóstico es mayor y el índice de error menor. Sabiendo que hay casos que, aun tomando todas estas medidas, son muy complicados de diagnosticar.

Realmente el diagnóstico al cien por cien, se conoce tras realizar una autopsia del cerebro de la persona que fue diagnosticada de la enfermedad. En este sentido, es importante destacar que la donación de estos cerebros, ayuda en el avance científico de esta enfermedad. Para ello es necesario concienciarse de la necesidad de hacer avanzar la ciencia, participando de la donación de los mismos (esta información se puede obtener en la consulta de su neurólogo).

En este capítulo nos vamos a centrar en la fase inicial de la EP, sabiendo que existen otros estadios más avanzados.

### 3. ¿Qué información necesitan los pacientes y cuidadores en la consulta de enfermería, tras el diagnóstico?



El paciente y cuidador principal necesitan información y formación sobre la enfermedad, tratamientos y estrategias que pueden realizar, para dar respuesta a las distintas situaciones que se les plantean en su día a día, desde que en la consulta médica oyen la frase: "usted tiene la enfermedad de Parkinson".

Esta frase que parece sencilla, directa y fácil de entender, sienta como "un jarro de agua fría", que deja tanto al paciente como a su cuidador principal sin palabras para poder expresar lo que sienten.

Desde este momento, sufren en sus vidas un duelo por la pérdida de salud, pues les acaban de decir que tiene una enfermedad crónica y que no tiene cura. Por tanto, necesitan apoyo emocional y actitudes positivas para afrontar el diagnóstico y comenzar a elaborar el duelo.

Desde el punto de vista de la enfermería, se realizan intervenciones que ayudan a que tanto pacientes como cuidadores tengan un buen manejo de la enfermedad, de los tratamientos y de los efectos que estos pueden producir tanto beneficiosos como perjudiciales. Para que entiendan por qué, hay que ser disciplinados con las indicaciones dadas.

Para realizar un buen manejo de la situación, es necesario ponerse en manos de personal experto en esta enfermedad. Los integrantes del equipo interdisciplinar (medicina de Atención Primaria, Neurología, Enfermería, Psicología, Fisioterapia, Logopedia, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Nutrición) atenderán las distintas necesidades, tanto del paciente como del cuidador.

## 4. Información sobre el tratamiento

Los tratamientos farmacológicos en estos estadios iniciales, se pueden emplear como únicos o combinados unos con otros. Estos tratamientos no tienen por qué producir efectos adversos, pero hay que estar atentos, para poder actuar en el caso de que se den.

Existen parches que se pegan en la piel y diferentes tipos de pastillas. Todos utilizados con el fin de mejorar esas manifestaciones clínicas que están ocurriendo en el paciente. Por tanto, mejoran el temblor, el entrecimiento, la rigidez y sintomatología no motórica como el estado del ánimo y el sueño, entre otros. No se deben retirar por decisión del paciente o cuidador, siempre tiene que estar supervisado por su neurólogo.

Algunos pueden sentir mal en el estómago, si esto sucediera, conveniente tomar algún alimento antes del medicamento para aliviarlo, teniendo en cuenta que la levodopa se debe separar de los alimentos ricos en proteínas, para que hagan su mejor efecto.

- Las terapias no farmacológicas son tan necesarias como las farmacológicas. Un ejemplo claro en este capítulo, sería elaborar el duelo gracias a la terapia psicológica que les ayude a enfrentarse a un diagnóstico reciente, el de padecer una enfermedad crónica.

En los estadios iniciales no tiene por qué hacerse imprescindible realizar diferentes terapias no farmacológicas. Tener una vida activa, llevar una dieta saludable, realizar un descanso apropiado, pueden ser algunas de las medidas a tener en cuenta. Deben ver que su día a día puede llevarse de la manera más normal posible. Es necesario hacer cambios en los hábitos y rutinas de manera gradual, para no perder calidad de vida, a causa del progreso de la enfermedad.

## 5. Estrategias a tener en cuenta en los estadios iniciales de la enfermedad

### Paciente



- Mantener o adquirir **hábitos de vida saludables**: ejercicio diario, evitar sedentarismo, dieta adecuada a las necesidades, suprimiendo o disminuyendo de la misma alimentos que no son beneficiosos como los dulces, bebidas gaseosas con azúcar, grasas, alcohol etc.
- **Ser responsables de su enfermedad** y no delegarla en otros.
- **Realizar los tratamientos de la manera que se les indique**, para asegurar una buena adherencia y minimizar los fracasos terapéuticos que puedan desencadenar un mal uso de estos.
- **Consultar cualquier duda** sobre cómo tomar el tratamiento o los efectos adversos del mismo, para evitar situaciones que perjudiquen su salud y alarmen al cuidador.
- No olvidarse de **pasar los controles de salud** en su centro de Atención Primaria. Recordar que tener párkinson, no es excluyente de padecer otras dolencias, que necesiten revisiones periódicas.

- **Ser exigentes en el cumplimiento de las indicaciones dadas en la consulta** por enfermería experta, para mejorar las necesidades detectadas, como por ejemplo las siguientes: alimentación, estreñimiento, descanso, movilidad, etc. Y ser conscientes de que es una figura de referencia que les ayudará con nuevas situaciones que se puedan producir.
- **Saber que la enfermera debe alertar y derivar al especialista, ante situaciones que lo requieran** realizando los acompañamientos necesarios para que el tratamiento que se les pautó, obtenga el mayor beneficio terapéutico.
- **Recordar que no están solos**, que hay un equipo interdisciplinar trabajando por y para ellos.
- Normalizar, en la medida de lo posible, sus actividades sociales, de ocio y laborales. No aislarse.
- **Ganar seguridad y mantener la autoestima alta.** Para ello tienen que tener información y formación adecuada sobre su enfermedad y tratamiento.

### Cuidador/es



- **Acompañarán en estas fases iniciales al paciente**, ayudándole a adaptarse a la nueva etapa y a detectar alarmas o situaciones que cambien en el proceso de la enfermedad.
  - **No se harán responsables de la enfermedad del paciente.** Sí colaborarán apoyándole, para que entienda mejor lo que le está pasando y normalice la situación, con el fin de que no decaiga el ánimo.
  - **Sabrán que les apoya un equipo de profesionales** para resolver las dudas que pueda surgir, para saber cómo actuar.
- Es un ejercicio obligatorio **no olvidarse de sí mismos.** Deben intentar llevar su vida como antes de que apareciera la enfermedad. Expresar lo que sienten a alguien de confianza, para poner remedio a situaciones de estrés que si no se afrontan a tiempo, resultarán perjudiciales para su salud.
  - Si se lleva a cabo el punto anterior, se pueden **evitar situaciones de sufrir el "síndrome del cuidador quemado"**. Algo no deseable nunca, y mucho menos en los estadios iniciales de la enfermedad.

# 10 Listado de Asociaciones de Pacientes 2016

<p><b>PÁRKINSON ALBACETE</b>                  C/ Doctor Fleming nº 12- 1ª Planta                  02004, Albacete  <a href="mailto:parkinsonalbacete@hotmail.com">parkinsonalbacete@hotmail.com</a>  <a href="http://www.afepab.com">www.afepab.com</a></p>	<p>967 558 908                  661 465 357</p>
<p><b>PÁRKINSON ALCORCÓN Y OTROS MUNICIPIOS</b>                  Centro de Asociaciones de la Salud                  C/ Timanfaya, 15-23, local 2. Edificio Despachos                  28924, Alcorcón (Madrid)  <b>Delegación de Leganés</b>                  Hotel de Asociaciones                  C/ Mayorazgo, 25, despacho 4.                  28915 Leganés (Madrid)  <a href="mailto:direccion@aparkam.org">direccion@aparkam.org</a>  <a href="http://www.aparkam.org">www.aparkam.org</a></p>	<p>91 642 85 03                  91 685 14 39                  (Leganés)</p>
<p><b>PÁRKINSON ALICANTE</b>                  C/General Pintos 11-13, bajo                  03010, Alicante  <a href="mailto:info@parkinsonalicante.es">info@parkinsonalicante.es</a>  <a href="http://www.parkinsonalicante.es">www.parkinsonalicante.es</a></p>	<p>966 351 951</p>
<p><b>PÁRKINSON ÁRABA</b>                  C/ Pintor Vicente Abreu, 7 bajo                  01008, Vitoria-Gasteiz (Áraba)  <a href="mailto:asopara@euskalnet.net">asopara@euskalnet.net</a></p>	<p>945 221 174</p>
<p><b>PÁRKINSON ARAGÓN</b>                  C/ Juslibol, 32-40                  50015, Zaragoza  <a href="mailto:asociacion@parkinsonaragon.com">asociacion@parkinsonaragon.com</a>  <a href="http://www.parkinsonaragon.com">www.parkinsonaragon.com</a></p>	<p>976 134 508</p>
<p><b>PÁRKINSON ASTORGA</b>                  Plaza los Marqueses, 7-9-bajo, derecha                  24700, Astorga (León)  <a href="mailto:parkinsonastorga@hotmail.com">parkinsonastorga@hotmail.com</a>  <a href="http://www.parkinsonastorgaycomarca.org">www.parkinsonastorgaycomarca.org</a></p>	<p>987 615 732</p>
<p><b>PÁRKINSON ASTURIAS</b>                  C/ Ámsterdam, 7                  33011, Oviedo  <a href="mailto:aparkas@hotmail.com">aparkas@hotmail.com</a>  <a href="http://www.parkinsonasturias.org">www.parkinsonasturias.org</a></p>	<p>985 237 531</p>
<p><b>PÁRKINSON ÁVILA</b>                  Centro Infantas Elena y Cristina                  Avda. Juan Pablo II, 20                  05003, Ávila  <a href="mailto:asociacionparkinsonavila@yahoo.es">asociacionparkinsonavila@yahoo.es</a></p>	<p>920 252 069</p>
<p><b>PÁRKINSON BAHÍA DE CÁDIZ</b>                  Unidad de Estancia Diurna                  C/ Concha Perez Baturone, 9                  11100, San Fernando (Cádiz)  <a href="http://www.parkinsonbahiadecadiz.org">www.parkinsonbahiadecadiz.org</a>  <a href="mailto:unidad@parkinsonbahiadecadiz.org">unidad@parkinsonbahiadecadiz.org</a></p>	<p>956 591 928</p>



<b>PÁRKINSON BAJO DEBA</b> C/ Ardanza, 1- bajo Apdo. 366 – 20600, Eibar (Gipuzkoa) <a href="mailto:deparkel@deparkel.org">deparkel@deparkel.org</a> <a href="http://www.deparkel.org">www.deparkel.org</a>	943 202 653
<b>PÁRKINSON BIZKAIA (ASPARBI)</b> C/ Islas Canarias, 55 48015, Bilbao (Bizkaia) <a href="mailto:asparbi@parkinsonbizkaia.org">asparbi@parkinsonbizkaia.org</a> <a href="http://www.parkinsonbizkaia.org">www.parkinsonbizkaia.org</a>	944 483 270
<b>PÁRKINSON BURGOS</b> Centro socio-sanitario Graciliano Urbaneja Paseo de los Comendadores, s/n 09001, Burgos <a href="mailto:asoparbur@gmail.com">asoparbur@gmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonburgos.org">www.parkinsonburgos.org</a>	947 279 750
<b>PÁRKINSON CARTAGENA</b> C/ Carlos V, 3 bajo 30205, Cartagena (Murcia) <a href="mailto:parkinsoncartagena@yahoo.es">parkinsoncartagena@yahoo.es</a>	868 062 127
<b>PÁRKINSON CASTELLÓN</b> Avda. Alcora, 173 12006, Castellón de la Plana <a href="http://www.parkinsoncastellon.org">www.parkinsoncastellon.org</a> <a href="mailto:info@parkinsoncastellon.org">info@parkinsoncastellon.org</a>	964 250 028
<b>PÁRKINSON CATALUÑA</b> C/ Pintor Tapiró, 4, 1º 08028, Barcelona <a href="http://www.catparkinson.org">www.catparkinson.org</a> <a href="mailto:info@catparkinson.org">info@catparkinson.org</a>	93 245 43 96
<b>PÁRKINSON COMARQUES DE TARRAGONA</b> CAP de Sant Pere C/ Dr. Peyrí, 14 43202, Reus (Tarragona) <a href="mailto:parkinsonapct@gmail.com">parkinsonapct@gmail.com</a>	666 492 303
<b>PÁRKINSON CUENCA</b> C/ Colón, 36º bajo 16002 Cuenca <a href="mailto:parkinsoncuenca@gmail.com">parkinsoncuenca@gmail.com</a>	969 160 297
<b>PÁRKINSON ELCHE</b> C/ Doctor Sapena, 65 03204, Elche (Alicante) <a href="mailto:parkinsonelche@hotmail.com">parkinsonelche@hotmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonelche.es">www.parkinsonelche.es</a>	626 013 947
<b>PÁRKINSON EXTREMADURA</b> C/ Madre Remedios Rodrigo, s/n 06800, Mérida (Badajoz) <a href="mailto:parkinsonextremadura@hotmail.com">parkinsonextremadura@hotmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonextremadura.org">www.parkinsonextremadura.org</a>	924 303 224

<b>PÁRKINSON FERROL</b> Carretera de Castilla, 58-64 bajo A 15404, Ferrol (A Coruña) <a href="mailto:parkinsonferrol@yahoo.es">parkinsonferrol@yahoo.es</a>	981 359 593
<b>PÁRKINSON GALICIA-CORUÑA</b> C/ Solís (Mártir de Carral) s/n, (Barrio Eirís de Arriba) 15009, A Coruña <a href="mailto:info@parkinsongaliciacoruna.org">info@parkinsongaliciacoruna.org</a> <a href="http://www.parkinsongaliciacoruna.org">www.parkinsongaliciacoruna.org</a>	981 24 11 00
<b>PÁRKINSON GRANADA (Unidad de estancia diurna)</b> C/ Santa Clotilde, 30 18003, Granada <a href="mailto:parkinsongranada@hotmail.com">parkinsongranada@hotmail.com</a> <a href="http://www.parkinsongranada.es">www.parkinsongranada.es</a>	958 52 25 47
<b>PÁRKINSON GRAN CANARIA</b> C/ Sor Brígida Castelló, 1 35001 Las Palmas de Gran Canaria <a href="mailto:parkinsongrancanaria@hotmail.com">parkinsongrancanaria@hotmail.com</a>	928 33 61 20
<b>PÁRKINSON GIPUZKOA</b> Paseo de Zarategi, 100. Edificio Txara 20015, San Sebastián (Gipuzkoa) <a href="mailto:aspargi@aspargi.org">aspargi@aspargi.org</a> <a href="http://www.aspargi.org">www.aspargi.org</a>	943 245 617 943 327 715
<b>PÁRKINSON L' HOSPITALET I EL BAIX LL</b> C/ Josep Anselm Clavé, 24 Baixos 08902, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) <a href="mailto:parkinson.lh.baix@gmail.com">parkinson.lh.baix@gmail.com</a>	93 008 30 46
<b>PÁRKINSON JOVELLANOS</b> Equipamiento Social del Natahoyo Avda. de Moreda, 11, 1º y 2º 33212, Gijón <a href="mailto:asociacionparkinsonjovellanos@yahoo.es">asociacionparkinsonjovellanos@yahoo.es</a>	985 150 976 684 602 407
<b>PÁRKINSON LA RODA</b> Avda. Juan García y González, 2 02630, La Roda (Albacete) <a href="mailto:parkinsonlaroda@hotmail.com">parkinsonlaroda@hotmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonlaroda.com">www.parkinsonlaroda.com</a>	967 440 404
<b>PÁRKINSON DE LES TERRES DE LLEIDA</b> Edificio Entidades de Salut de Lleida C/ Henry Dunant, 1, 25003, Lleida <a href="mailto:parkinsonlleida@yahoo.es">parkinsonlleida@yahoo.es</a> <a href="http://www.lleidaparticipa.cat/parkinsonlleida">www.lleidaparticipa.cat/parkinsonlleida</a>	619 037 308
<b>PÁRKINSON LORCA</b> C/ Río Guadalentín, s/n 30800, Lorca (Murcia) <a href="mailto:aslep_2002@yahoo.es">aslep_2002@yahoo.es</a> <a href="http://www.parkinson.lorca.es">www.parkinson.lorca.es</a>	661 573 735

<b>PÁRKINSON LUGO</b> Casa Clara Campoamor Avd. Infanta Elena, Duquesa de Lugo, 11, local 3 27003, Lugo. <a href="mailto:parkinsonlugo@hotmail.com">parkinsonlugo@hotmail.com</a>	603 488 606
<b>PÁRKINSON MADRID</b> C/ Andrés Torrejón, 18, Bajo 28014, Madrid <a href="http://www.parkinsonmadrid.org">www.parkinsonmadrid.org</a> <a href="mailto:parkinson@parkinsonmadrid.org">parkinson@parkinsonmadrid.org</a>	91 434 04 06
<b>PARKINSON MALAGA</b> Centro Social "Rafael González Luna" C/ Virgen de la Candelaria, s/n. 29007, Málaga <a href="mailto:parkinsonmalaga@hotmail.com">parkinsonmalaga@hotmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonmalaga.org">www.parkinsonmalaga.org</a>	952 103 027
<b>PÁRKINSON MÓSTOLES</b> Centro Social "Ramón Rubial" C/ Azorín, 32-34 28935, Móstoles (Madrid) <a href="mailto:parkmostoles@telefonica.net">parkmostoles@telefonica.net</a>	91 614 49 08
<b>PÁRKINSON NAVARRA</b> C/ Aralar, 17 bajo 31004, Pamplona <a href="mailto:anapar2@hotmail.com">anapar2@hotmail.com</a> <a href="http://www.anapar.org">www.anapar.org</a>	948 232 355
<b>ASOCIACIÓN NERVIÓN-IBAZABAL ACAPK</b> Edificio Euskaltegui Municipal C/ La Paz 27, Cruces, Barakaldo, Bizkaia <a href="mailto:acapk2008@gmail.com">acapk2008@gmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonacapk.org">www.parkinsonacapk.org</a>	654 692 879
<b>PÁRKINSON NOVELDA</b> C/ Benito Pérez Galdós, s/n 03660 Novelda (Alicante) <a href="mailto:noveldapark@gmail.com">noveldapark@gmail.com</a>	966186525
<b>PÁRKINSON ON-OFF MURCIA</b> C/ Barba, 4 (Barrio del Progreso) 30012, Murcia <a href="mailto:parkinsonmurcia@regmurcia.com">parkinsonmurcia@regmurcia.com</a>	968 344 991 686 586 307
<b>PÁRKINSON OURENSE</b> C/ Recaredo Paz, 1. 32005, Ourense <a href="mailto:aodem@hotmail.es">aodem@hotmail.es</a> <a href="http://www.aodem.com">www.aodem.com</a>	988 252 251
<b>PÁRKINSON PONTEVEDRA</b> Casa del Mar de Bueu C/ Montero Ríos, 18 36930 Bueu (Pontevedra) <a href="mailto:aproparkpontevedra@gmail.com">aproparkpontevedra@gmail.com</a> <a href="http://parkinsonbueu.blogspot.com.es">parkinsonbueu.blogspot.com.es</a>	986 324 577 627 901 713

<b>PÁRKINSON SEGOVIA</b> Centro Integral de Servicios Sociales de la Albuera C/ Andrés Reguera Antón, s/n 40004, Segovia <a href="mailto:aparkinss@yahoo.es">aparkinss@yahoo.es</a>	921 443 400
<b>PÁRKINSON SEVILLA</b> Hogar Virgen de los Reyes C/ Fray Isidoro de Sevilla s/n 41009, Sevilla <a href="mailto:parkinsonsevilla@arrakis.es">parkinsonsevilla@arrakis.es</a> <a href="http://www.parkinsonsevilla.org">www.parkinsonsevilla.org</a>	954 907 061 618 059 424
<b>PÁRKINSON SORIA</b> Fundación Científica Caja Rural C/ Diputación, 1 42002, Soria <a href="mailto:parkinsonsoria@gmail.com">parkinsonsoria@gmail.com</a> <a href="http://www.parkinsonsoria.org">www.parkinsonsoria.org</a>	975 213 138 646 736 361
<b>PÁRKINSON TENERIFE</b> Avda. el Cardonal s/n-Pza. del Cardonal 38108, La Laguna (Tenerife) <a href="mailto:parkitfe@hotmail.com">parkitfe@hotmail.com</a> <a href="http://www.parkinsontenerife.org">www.parkinsontenerife.org</a>	922 625 390
<b>PÁRKINSON TOLEDO</b> C/Oslo 16 y C/Viena 1 45003 Toledo <a href="mailto:parkinsontoledo@gmail.com">parkinsontoledo@gmail.com</a> <a href="http://www.parkinsontoledo.es">www.parkinsontoledo.es</a>	925255576
<b>PÁRKINSON VALENCIA</b> C/ Chiva, 10 bajo 46018, Valencia <a href="mailto:info@parkinson-valencia.com">info@parkinson-valencia.com</a> <a href="http://www.parkinson-valencia.com">www.parkinson-valencia.com</a> <a href="mailto:info@parkinson-valencia.com">info@parkinson-valencia.com</a>	96 382 46 14
<b>PÁRKINSON VALLADOLID</b> C/ Aguilera, s/n 47011, Valladolid <a href="mailto:aparval@hotmail.com">aparval@hotmail.com</a> <a href="http://www.aparval.es">www.aparval.es</a>	983 292 384
<b>PÁRKINSON VILLARROBLEDO</b> Avda. Miguel de Cervantes, s/n 02600, Villarrobledo (Albacete) <a href="mailto:administracion@parkinsonvillarrobledo.org">administracion@parkinsonvillarrobledo.org</a> <a href="http://www.parkinsonvillarrobledo.org">www.parkinsonvillarrobledo.org</a>	967 147 273
<b>PÁRKINSON VIGO</b> Rúa Pateira, 11, bajos 96 y 98 (Urbanización Rivera Atienza) 36214, Vigo (Pontevedra) <a href="mailto:aparvigo@gmail.com">aparvigo@gmail.com</a> <a href="http://www.asociacionparkinsonvigo.es">www.asociacionparkinsonvigo.es</a>	886 123 568

Sin duda el tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson (EP) es el mejor tratamiento disponible hasta el momento. No obstante, con el objetivo de optimizar el manejo de estos pacientes proporcionándoles la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible, es necesario considerar un abordaje interdisciplinar desde el momento del diagnóstico.

En este marco, se desarrolla el manual *Tratamiento no farmacológico de la EP*, que tiene como objetivo poner a disposición de pacientes y cuidadores, la información necesaria sobre las terapias no farmacológicas disponibles, y el grado de beneficio evidenciado por cada una de ellas, de forma que puedan tomar las decisiones más adecuadas e informar a los pacientes sobre las mismas.