

# LO QUE NO SE VE DEL PARKINSON.

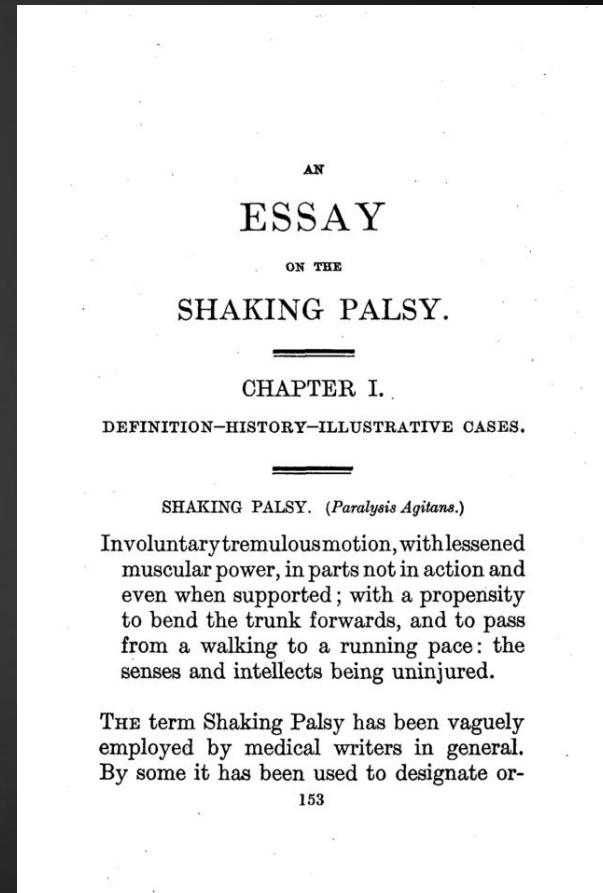
## Entendiendo los síntomas no motores



**Cátedra Imbrain**  
Neurociencia Integrada y Bienestar

**Elvira García Cobos  
Hospital Quirón  
Málaga**

En **1817** James Parkinson hace la primera descripción de la enfermedad...



SHAKING PALSY. (*Paralysis Agitans.*)  
Involuntary tremulous motion, with lessened muscular power, in parts not in action and even when supported; with a propensity to bend the trunk forwards, and to pass from a walking to a running pace: the senses and intellects being uninjured.

THE term Shaking Palsy has been vaguely employed by medical writers in general. By some it has been used to designate or-

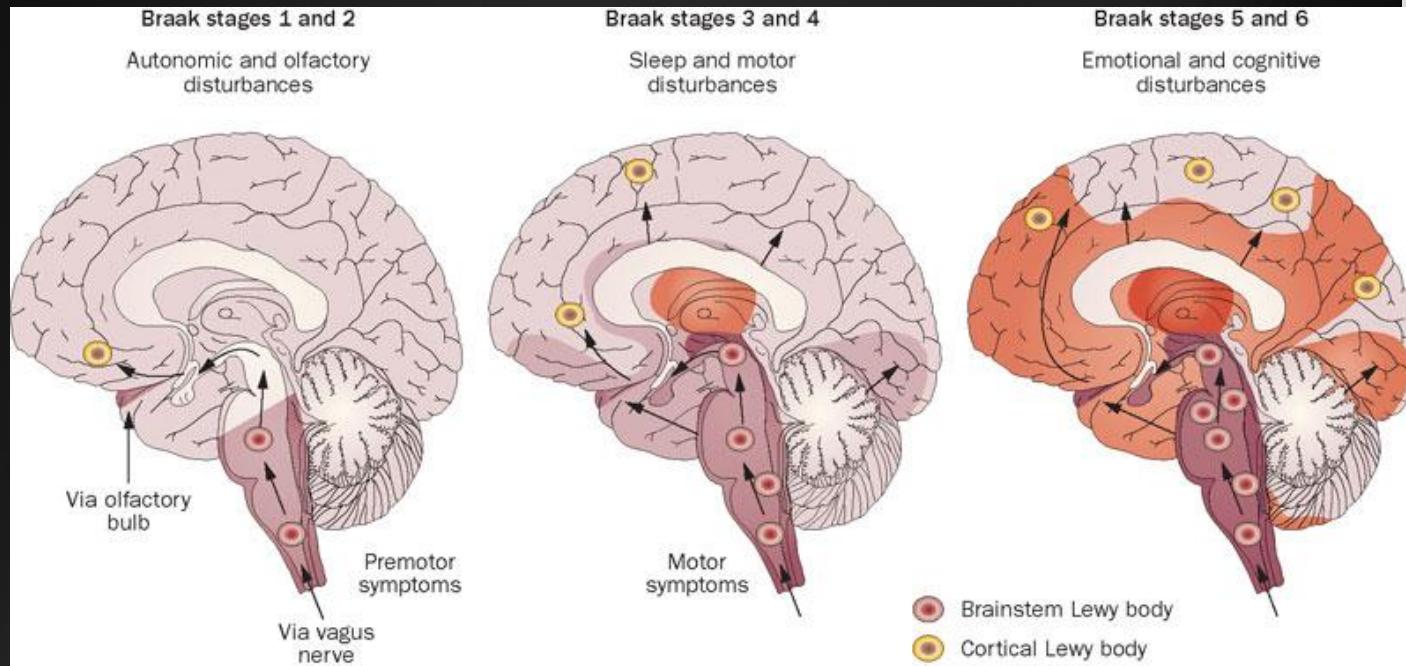


- En 1912 **Friedrich Heinrich Lewy** Describe unas inclusiones en cerebros de pacientes, posteriormente llamados **cuerpos de Lewy.**
  
- En 1961 se emplea por 1ª vez **levodopa.**

# Enfermedad de Parkinson

- La **2<sup>a</sup>** enfermedad neurodegenerativa **más común** después de la enfermedad de Alzheimer.
- **3-4 casos/100.000** habitantes en menores de 40 años,
- **500/100.000** habitantes
- en mayores de 70 años.
- **Causa desconocida**

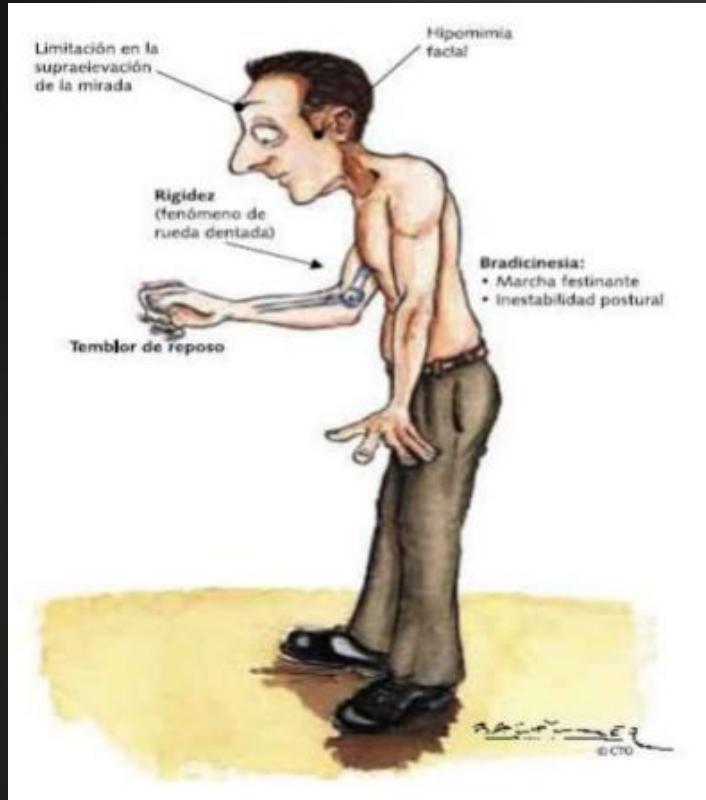




**El diagnóstico es clínico**, en la mayoría de los pacientes no son necesarias las pruebas complementarias

**Criterios diagnósticos para la enfermedad de Parkinson de la International Movement Disorder Society (MDS-PD Criteria)**

# Síntomas motores



- **Bradicinesia**

- **Tremor**

- **Rigidez**

- **Alteración de la postura**

- **Bloqueos**

- **Caídas**

- **Hipofonía**

- **Discinesias**

# SÍNTOMAS NO MOTORES

## ¿Por qué son importantes?

- Afectan la calidad de vida.
  - Afectan al ánimo, el sueño y la relación con los demás.
  - **Se pueden tratar si se detectan.**
  - A veces aparecen antes que los síntomas motores
-  “No son rarezas del paciente: son parte del Parkinson.”

# Trastornos del sueño

- Insomnio, despertares frecuentes.
  - Movimientos o gritos durante el sueño (trastorno de la conducta del sueño REM).
  - Somnolencia diurna.
-  “Si la persona se mueve o habla dormida, no es que ‘sueñe fuerte’: puede ser parte del Parkinson.”
-  Consejos visuales: rutina de sueño, evitar pantallas, consultar si hay caídas en la cama.



# Cambios en el ánimo y la cognición



- Depresión, ansiedad, apatía.
- Dificultades de concentración y memoria.



- 💡 Consejos: psicoterapia, ejercicio, socialización, ajuste de medicación.
- ▶ 💬 “La depresión no es debilidad — es parte biológica del Parkinson y tiene tratamiento.”

# Trastornos digestivos

- Estreñimiento (muy frecuente).
  - Sensación de lentitud digestiva.
  - Náuseas al tomar medicación.
- 🥬 Consejos: fibra, hidratación, caminar, consultar con el médico.



# Trastornos urinarios y sexuales



- Urgencia o dificultad para orinar.
  - Incontinencia.
  - Disfunción sexual.
-  “Estos síntomas son comunes, y tratables. No deben vivirse con vergüenza.”



# Trastornos del olfato y dolor



- Pérdida del olfato puede preceder al diagnóstico.
  - Dolor muscular o sensación de ardor.
  - En ocasiones el dolor puede mejorar al tomar la medicación del Parkinson.
-  Consejos: fisioterapia, buena postura, ejercicio suave, consultar con el médico



# Trastornos autonómicos



- Mareos al levantarse (hipotensión ortostática).
  - Sudoración o intolerancia al calor.
- 
- 💧 Consejos: levantarse lentamente, aumentar líquidos, usar medias elásticas, ajustar medicación

# ¿Cómo detectarlos?

-  *Llevar registro de síntomas*
-  *Contar cambios al neurólogo*
-  *Involucrar a la familia y cuidadores*

►  “**Lo que no se dice, no se puede tratar.**”

## Cuestionario de Síntomas no Motores en Enfermedad de Parkinson (PD NMS Quest)

Nombre: ..... Fecha: ..... Edad: .....

Centro: ..... Hombre  Mujer

### PROBLEMAS NO MOTORES en ENFERMEDAD de PARKINSON

Los síntomas motores de la Enfermedad de Parkinson son bien conocidos. Sin embargo, algunas veces pueden aparecer otros problemas como consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento. Es importante que su médico los conozca, especialmente si resultan molestos para Ud.

Abajo aparece una lista de problemas. Por favor, marque la casilla "Sí" si ha tenido alguno durante el mes pasado. El médico o enfermero/a pueden hacerle algunas preguntas para ayudarle a decidirse. Si no ha tenido ese problema durante el mes pasado, marque la casilla "No".

Si ha tenido el problema anteriormente, pero no durante el mes pasado, también debe responder "No".

#### ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas durante el mes pasado?

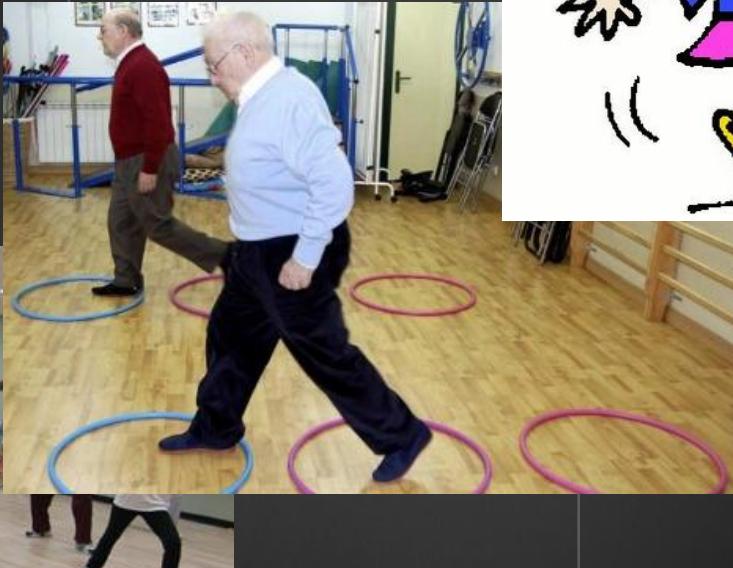
- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 1. Babeo durante el día.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 16. Sentirse triste, bajo/a de ánimo o decaído.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Pérdida o alteración en la percepción de sabores u olores .....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 17. Sentimientos de ansiedad, miedo o pánico.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Dificultad para tragarse comida o bebidas, o tendencia a atragantarse.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 18. Pérdida o aumento del interés por el sexo.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Vómitos o náuseas.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 19. Dificultades en la relación sexual cuando lo intenta.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Estreñimiento (hacer de viente menos de 3 veces a la semana) o tener que hacer esfuerzos para hacer de viente.....        | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 20. Sensación de mareo o debilidad al ponerse de pie después de haber estado sentado o tumbado.....                            | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Incontinencia fecal (se escapan las heces).....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 21. Caidas.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. Sensación de no haber vaciado por completo el vientre después de ir al servicio.....                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 22. Dificultad para mantenerse despierto/a mientras realiza actividades como trabajar, conducir o comer.....                   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. Sensación de tener que orinar urgentemente que le obliga a ir rápidamente al servicio.....                                | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 23. Dificultad para quedarse o mantenerse dormido por la noche.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. Necesidad de levantarse habitualmente por la noche a orinar.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 24. Sueños intensos, vívidos o pesadillas.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. Dolores sin causa aparente (no debidos a otras enfermedades, como la artrosis).....                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 25. Hablar o moverse durante el sueño como si lo estuviera viviendo.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11. Cambio de peso sin causa aparente (no debido a un régimen o dieta).....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 26. Sensaciones desagradables en las piernas por la noche o cuando está descansando, y sensación de que necesita moverlas..... | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 12. Problemas para recordar cosas que han pasado recientemente o dificultad para acordarse de cosas que tenía que hacer..... | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 27. Hinchazón en las piernas.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 13. Pérdida de interés en lo que pasa a su alrededor o en realizar sus actividades.....                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 28. Sudoración excesiva.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14. Ver u oír cosas que sabe o que otras personas le dicen que no están ahí.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 29. Visión doble.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificultad para concentrarse o mantener la atención.....   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 30. Creer que le pasan cosas que otras personas le dicen que no son verdad.....  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

SÍNTOMAS		¿TENGO ESTE SÍNTOMA?	NIVEL DE MOLESTIA (1 MUY BAJO - 5 MUY ALTO)
MÁS COMUNES	ALTERACIONES DEL SUEÑO		1 ○ ○ ○ ○ 5
	BRADICINESIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	BLOQUEOS		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DEPRESIÓN		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DISFUCIÓN URINARIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ESTRENIMIENTO		1 ○ ○ ○ ○ 5
	RIGIDEZ		1 ○ ○ ○ ○ 5
	TEMBLOR DE REPOSO		1 ○ ○ ○ ○ 5
MOTORES	ACINESIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	CAMPTOCORMIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DISARTRIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DISCINESIAS		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DISFAGIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	HIPOFONÍA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	HIPOMIMIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	INESTABILIDAD POSTURAL		1 ○ ○ ○ ○ 5
NO MOTORES	MICROGRAFÍA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ALTERACIÓN DE LA MEMORIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ALTERACIONES VISUALES		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ALUCINACIONES		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ANOSMIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	ANSIEDAD		1 ○ ○ ○ ○ 5
	APATÍA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DELIRIOS		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DEMENCIA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	DISFUCIÓN SEXUAL		1 ○ ○ ○ ○ 5
	FATIGA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	PARESTESIAS		1 ○ ○ ○ ○ 5
	PÉRDIDA DE PESO		1 ○ ○ ○ ○ 5
	SEBORREA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	SIALORREA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	SUDORACIÓN EXCESIVA		1 ○ ○ ○ ○ 5
	TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS		1 ○ ○ ○ ○ 5

# Estrategias para mejorar la calidad de vida

- Alimentación saludable y regular.
- Actividad física adaptada.
- Terapias complementarias: logopedia, psicología, fisioterapia.
- Mantener rutinas y contacto social.

# Tratamiento no farmacológico



# Tratamiento farmacológico



9 10 11 12 13 14 15

# Equipo multidisciplinar

## Profesional

Neurólogo

Fisioterapeuta

Psicólogo

Nutricionista

Terapeuta ocupacional

## Rol

Ajuste de medicación

Movilidad y equilibrio

Ánimo y adaptación

Dieta y digestión

Autonomía en casa

# Apoyo familiar y emocional

- “Cuidar de quien tiene Parkinson también es cuidarse a uno mismo.”
- Espacios de descanso para cuidadores.
- Grupos de apoyo y asociaciones.
- Comunicación abierta sin juicios.

# Asociaciones y recursos

- Fundación de Parkinson.
- Grupos locales de apoyo.
- Material educativo y talleres.

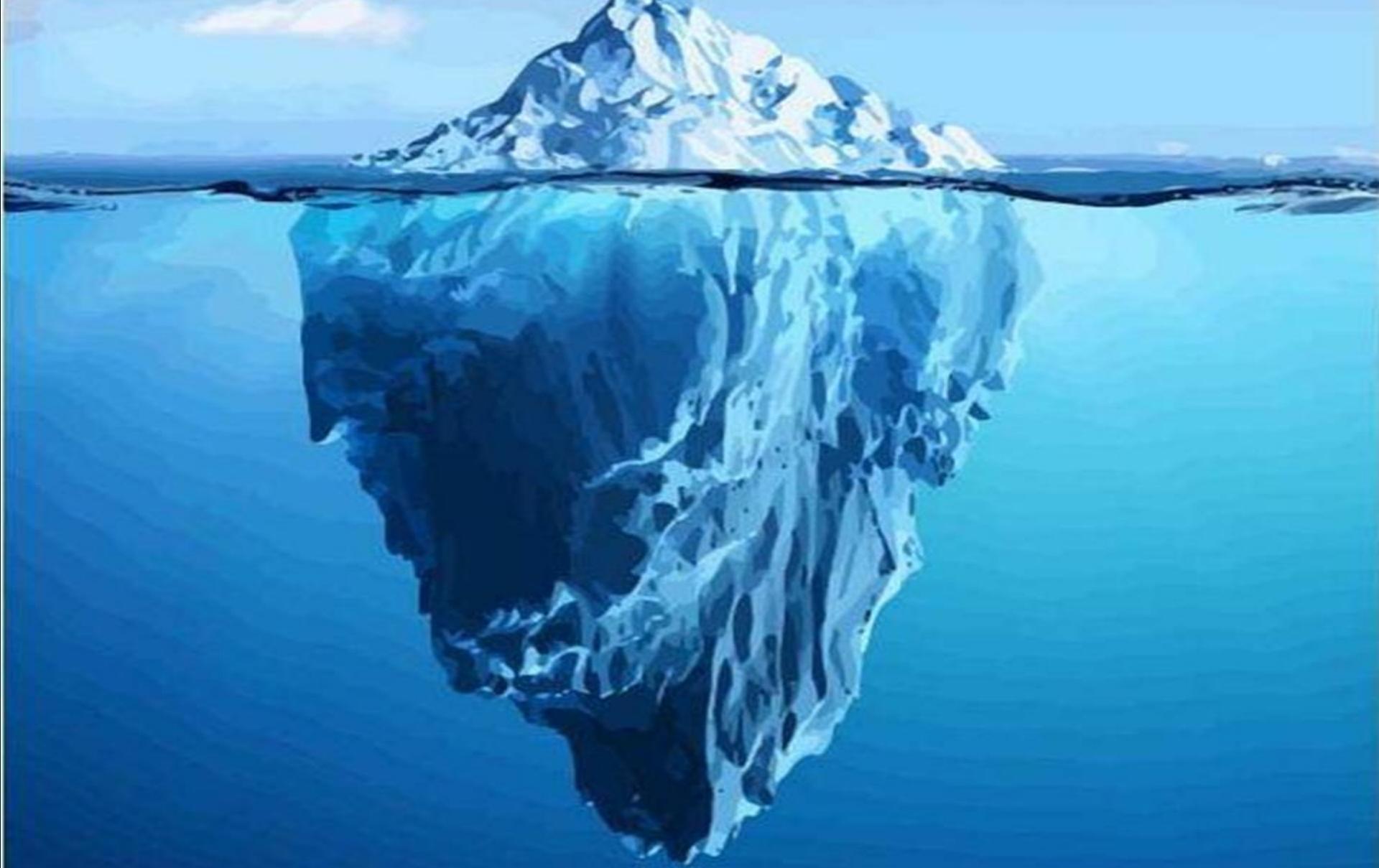


**PARKINSON**  
FEDERACIÓN ESPAÑOLA



# Mensaje para llevar a casa

- ▶  “Los síntomas no motores son parte del Parkinson, pero no definen a la persona.”
- ▶  “Hablarlos, reconocerlos y tratarlos cambia la vida.”



¿¿Preguntas??