

MÓDULO 3. UNIDAD 3

# Cómo gestionar situaciones complejas

## DESCRIPCIÓN GENERAL

Cada vez hay más pruebas científicas de que la EP no es sólo una enfermedad con síntomas motores debidos a un déficit de dopamina en los ganglios basales, sino que también hay síntomas no motores que pueden aparecer como consecuencia de un déficit de dopamina en otras áreas cerebrales o de un déficit de otros neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina o la acetilcolina, entre otros.

Esto podría explicar, al menos en parte, la gran variedad y complejidad de síntomas que pueden desarrollar los pacientes, como depresión, apatía, fatiga, trastornos del sueño, deterioro cognitivo, demencia, dolor y muchos otros.

Pero los síntomas no sólo pueden deberse a un déficit de un estímulo, sino también a un exceso de estímulo, como ocurre, por ejemplo, en el trastorno del control de los impulsos o en la psicosis.

Los efectos secundarios de los fármacos son siempre algo a tener en cuenta, y es prioritario vigilar el riesgo/beneficio que cualquier terapia que introduzcamos puede producir en nuestro paciente.

Además, los síntomas progresarán y pueden aparecer complicaciones como fluctuaciones clínicas o síntomas axiales durante el curso de la enfermedad.

## CONTENIDO

En este módulo veremos:

1. Afrontar el empeoramiento de la salud
2. Sintomatología neurótica y psicótica (por ejemplo, depresión, ansiedad, obsesiones, alucinaciones, delirios...).

## OBJETIVOS

Los objetivos de esta unidad didáctica son:

- Conocer las diferentes alteraciones y síntomas que pueden aparecer durante la evolución de la enfermedad.
- Saber hacer frente a estas situaciones.

## 1. Afrontar el empeoramiento de la salud

### 1.1. Estreñimiento

Consiste en una disminución de la frecuencia de la defecación o una dificultad excesiva para defecar, con heces duras y secas. La frecuencia es variable: alrededor de 2 veces/día o 3 veces/semana. Los síntomas del estreñimiento son: heces duras y escasas, dolor durante la defecación y/o dolor de espalda, sensación de hinchazón abdominal, fatiga y cansancio.

Para minimizar los problemas de estreñimiento, podemos llevar a cabo las siguientes recomendaciones:

- Aumente el ejercicio físico en la medida de lo posible. Se recomiendan paseos regulares de 20 a 30 minutos. Si la persona no puede caminar, movilice el intestino con suaves masajes rotatorios en el abdomen de derecha a izquierda.
- Procure que al menos dos de las comidas principales incluyan verduras y una pieza de fruta, a ser posible con piel. Incluye también legumbres y cereales integrales (arroz, pasta y pan integral), ya que son ricos en fibra y aumentan el volumen de las heces, lo que facilita su evacuación.
- Este aporte extra de fibra debe hacerse poco a poco, para evitar que la persona sufra más gases y dolor intestinal e incluso diarrea.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos ayuda a mejorar la digestión y la motilidad intestinal.
- En pacientes con estreñimiento, es aconsejable reducir el consumo de carnes rojas, alimentos picantes y café. También es aconsejable reducir, al menos temporalmente, el consumo de alimentos astringentes como plátanos, membrillo, arroz, zanahorias...
- El yogur y las leches fermentadas contienen bacterias que ayudan a equilibrar la flora intestinal, mientras que los aceites favorecen el tránsito intestinal, por lo que son recomendables.
- Aumentar la ingesta de líquidos a unos 2 litros diarios, repartidos a lo largo del día y especialmente durante las primeras horas.
- Aproveche para defecar cuando la motilidad intestinal sea mayor, como después de las comidas o del ejercicio, e intente hacerlo a la misma hora cada día, con tiempo suficiente y sin prisas.
- No utilice laxantes sin prescripción médica y evite los laxantes irritantes, ya que pueden provocar un hábito intestinal inadecuado (el paciente se vuelve dependiente de las dosis de laxante y necesita dosis cada vez más altas para conseguir el mismo efecto).
- Evite los esfuerzos excesivos durante la defecación para prevenir problemas de hemorroides y fisuras anales, que pueden ser muy dolorosas.

Medidas fisioterapéuticas:

- Fisioterapia
- Masajes abdominales y musculares
- Hidroterapia
- Terapia respiratoria
- Posición defecatoria
- Terapia del suelo pélvico

### 1.2 Urgencia e incontinencia urinarias

En cuanto a las pautas y recomendaciones que se pueden adoptar o comunicar al enfermo de Parkinson para prevenir la incontinencia urinaria, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Será importante vigilar la ingesta de líquidos para evitar una formación excesiva de orina.
- Hay que tener en cuenta que existen alimentos diuréticos, como ciertas frutas y verduras, que facilitan la eliminación de líquidos.
- Ten en cuenta que la forma de consumir los alimentos también influye. Por ejemplo, las sopas, los guisos y los alimentos hervidos aportan más líquido que los asados o fritos.
- Los líquidos que favorecen la producción de orina son el agua, la leche, el alcohol y las infusiones.
- Es aconsejable beber más líquidos por la mañana y reducir gradualmente la cantidad de líquidos a medida que avanza el día.
- Intente vaciar la vejiga con regularidad, antes de tener ganas de orinar, por ejemplo cada 2/3 horas.
- Si la marcha es lenta, mantenga una botella o una cuña al alcance de la mano. Si el problema es la nicturia, es aconsejable reducir la ingesta de líquidos a partir de media tarde, y por la noche conviene mantener una botella o cuña junto a la cama para evitar levantarse.
- Si tiene que salir al exterior, también puede utilizar un colector o un absorbente de orina para mayor tranquilidad e independencia.
- Si se alcanza la incontinencia, será necesario el uso de pañales, una sonda urinaria o una sonda vesical permanente.
- En caso de retención urinaria, puede realizarse periódicamente un sondaje intermitente para vaciar la vejiga, o una sonda vesical permanente.
- Debe garantizarse una ingesta mínima de líquidos para evitar las infecciones urinarias (de 1 ½ a 2 litros al día).

### 1.3 Encendido-apagado/bloqueo

Los bloqueos se definen como la incapacidad transitoria para realizar movimientos activos. Pueden clasificarse en:

- Bloqueos generales: Se trata de fenómenos on-off, deterioro al final de la dosis, fluctuaciones diurnas, retraso en el inicio de la respuesta y/o falta de efecto de la dosis.

Si el bloqueo se produce en la fase ON, es importante aprovechar para realizar actividad física, caminar con menos apoyo e insistir en la corrección postural y de la marcha.

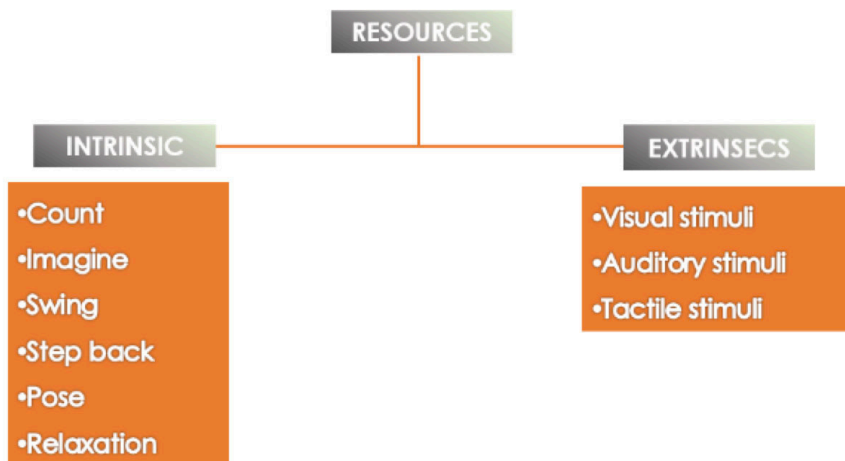
Si el bloqueo se produce en la fase OFF, es necesario adaptarse a las posibilidades de la persona afectada, para darle más apoyo al caminar y realizar otras actividades. Es muy importante dar más tiempo para evitar el nerviosismo y tener cuidado con el BLOQUEO de la marcha.

- Bloqueos parciales: Son interrupciones de la marcha, con imposibilidad de continuar a pesar del esfuerzo voluntario del sujeto. Ocurren cuando hay lugares estrechos o con mucha gente alrededor, al hacer giros o cambios de dirección; al iniciar la marcha y al detenerse y tener que reiniciar la marcha y cuando hay sobresaltos.

Estrategias para superar el bloqueo de la marcha:

**PARAR - RELAJARSE - PLANIFICAR**

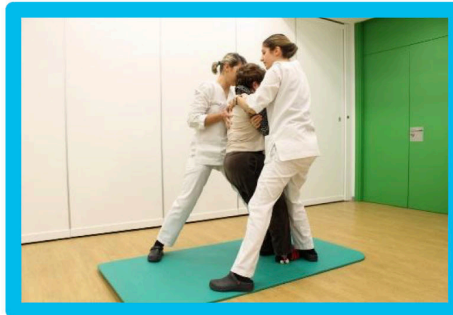
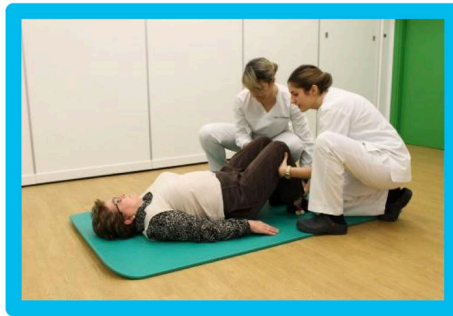
1. Intente mantener al paciente lo más tranquilo posible, para que pueda respirar profundamente mientras está de pie.
2. Debemos recordar (tanto el paciente como su acompañante) que hay que tener paciencia, ya que las prisas pueden acarrear más complicaciones.
3. Corregir la postura: Reposicionar el centro de gravedad en la base de sustentación. Y recuperar la alineación del cuerpo.
4. Las estrategias que se explican a continuación pretenden ayudar a la persona afectada a superar los bloqueos, en función de las circunstancias de cada momento, y lograr así un progreso más fluido:
  - Cuenta 1,2,3... Golpea el talón y empieza a caminar de nuevo.
  - Empezar como modelo de pasarela
  - Da un paso atrás... reinicia la marcha con el pie que antes estaba retrasado.
  - Separa ligeramente los pies, pasa de una pierna a la otra y da un paso con la pierna libre que soporta el peso.
  - Colocar marcas visuales en el suelo, transversales al pie, con una separación equivalente a una zancada.
5. Consejos:
  - No empuje al paciente.
  - No traccionar al paciente
  - No agitar.
  - No busques apoyo con las manos
  - Tranquilizar al paciente
  - Verbalización de las órdenes
6. Recomendaciones generales:
  - Caminar con las rodillas levantadas.
  - Camina marcando o escuchando un ritmo, intenta seguirlo.
  - Fije la vista en un punto lejano (evite el marco de una puerta).



### 1.4 Cascadas

- Consejos para prevenir las caídas:
  - Retire las alfombras y los peligros de tropiezo.
  - Bloqueos: saber cómo actuar.
  - Evite los giros bruscos mientras camina o las distracciones.
  - Giro: evite arrastrar los pies.
  - Escaleras: agárrate siempre al pasamanos.
  - Precaución al levantarse de la cama/silla si se produce hipotensión.

- No lleve cosas en las manos ni realice tareas simultáneas.
- Iluminación adecuada.
- ¿Cómo levantarse tras una caída?
  - Compruebe que está consciente y no está herido.
  - Tranquilícelo.
  - 2 personas:
    - Con un pie fijamos el suyo.
    - Una mano sujeta sus pantalones y la otra su mano.
    - Ambas personas al mismo tiempo levantan al paciente enderezando las rodillas.



### 1.5 Difagia

**La disfagia** es un trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad en la preparación oral del bolo alimenticio y/o el desplazamiento de los alimentos, tanto sólidos como líquidos, desde la boca hasta el estómago.

- Recomendaciones a seguir durante la alimentación e ingesta de líquidos y/o sólidos
  - Ejercitar la movilidad de los labios, la lengua, la mandíbula y la faringe para mejorar el control, la fuerza y la velocidad de estos órganos.
  - Ajustar los horarios de las comidas a las fases "ON" de la medicación.
  - No te distraigas con la televisión, no hables durante las comidas.
  - Tómese el tiempo necesario entre bocado y bocado.
  - Asegúrese de que la espalda está recta y apoyada en una silla de respaldo firme. Mantén los pies en el suelo y las caderas a 90° con respecto al tronco.
  - Realice una higiene bucal y dental después de cada comida.
  - No utilice pajitas ni jeringuillas.
  - Si lleva dentadura postiza, fíjela bien antes de comer.
  - Bostezar antes de comer para relajar la garganta.



- Pautas para la deglución:
  - Lleva una pequeña cantidad de comida a la boca. Colócala lo más atrás posible para evitar que se caiga.
  - Cierre los labios. Si le resulta difícil, sujete la mandíbula con la mano.
  - Es aconsejable masticar muchas veces.
  - Haz una pausa para saborear la comida en la boca.
  - A continuación: llevar la barbilla hacia el pecho, tragar con fuerza el alimento y dar un segundo trago para eliminar cualquier posible residuo de la boca.
  - Haga una pausa antes de llevarse otro bocado a la boca y beba un sorbo de agua fría con gotas de limón entre trago y trago para estimular el reflejo de deglución.
  - Toser con fuerza después de cada comida para eliminar cualquier resto en la garganta.
  - Revise la boca al final de cada comida para eliminar los restos acumulados entre las encías o el paladar.
  - Mantén la espalda recta durante al menos media hora después de comer.
  
- ¿Qué hacer si te atragantas?
  - Si se atraganta, intente toser, tomando aire antes para eliminar los restos de comida.
  - Sólo en casos extremos utilizaremos la maniobra de Heimlich: nos colocaremos detrás del paciente y le rodearemos con los brazos en cruz. Con una mano en forma de puño y la otra sujetándolo, presionaremos sobre la apófisis esternal mientras intentamos toser.
  
- Cuando resulta difícil tragar líquidos y/o sólidos...
  - Si tiene problemas para tragar líquidos, no beba con pajitas. Los espesantes que se añaden a los líquidos para aumentar su consistencia son muy útiles.
  - Evite siempre las consistencias mixtas, como la naranja, que le hace la boca agua y puede provocar atragantamiento.
  - Si tiene dificultades para tragar alimentos sólidos, utiliza dietas blandas o turmix. La consistencia de la comida debe ser homogénea, sin grumos, evitando un puré con trozos, sopa con nódulos de pasta...
  - Presente la comida en varios platos pequeños, bien presentados y perfumados para estimular su apetito.
  - Si los problemas persisten, consulte a su médico digestivo y a su neurólogo.

### 1.6 Trastornos del sueño

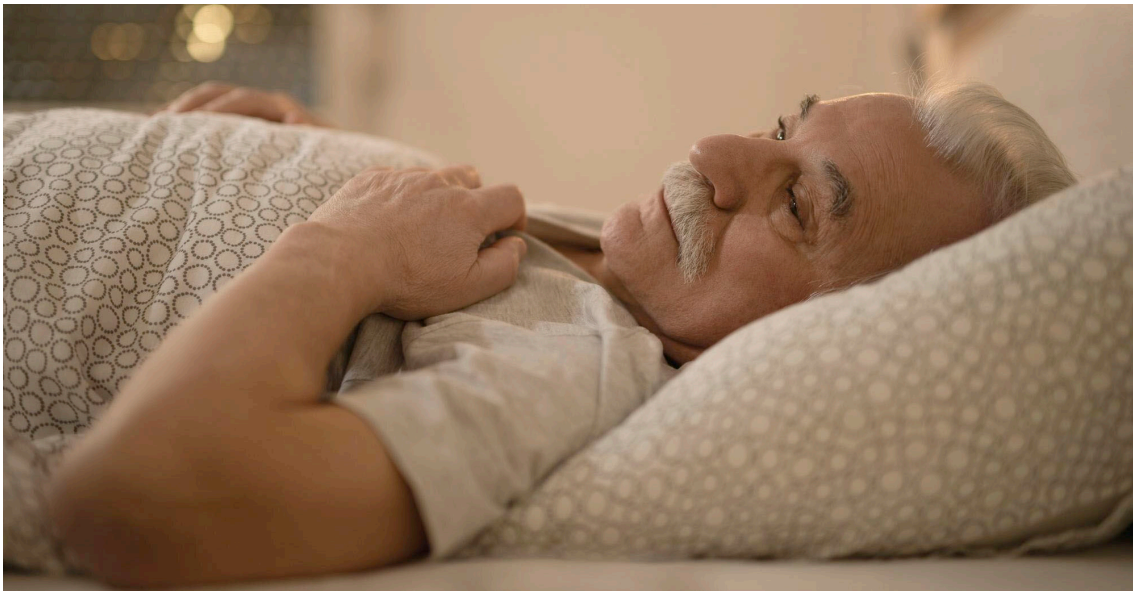
El paciente con enfermedad de Parkinson suele tener dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormido.

Los problemas más frecuentes son el insomnio, la somnolencia diurna (hipersomnias) y los trastornos del comportamiento durante el sueño (parasomnias), como pesadillas, sueños vívidos y terrores nocturnos.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la EP actúan directa o indirectamente sobre el sueño.

- **El insomnio:** es la incapacidad o dificultad para dormirse o conciliar el sueño. Puede implicar problemas para conciliar el sueño a la hora de acostarse, despertarse muy temprano por la mañana o despertarse con frecuencia durante la noche.

- **Hipersomnias:** facilidad excesiva para conciliar el sueño durante el día, en situaciones que no se dan en la mayoría de las personas.
- **Parasomnias:** son acontecimientos anormales que pueden producirse durante el sueño. Se clasifican en función de la fase del sueño en la que se producen. Algunas aparecen en la transición del sueño a la vigilia o de la vigilia al sueño, otras son típicas del sueño lento y otras de la fase REM. El trastorno de conducta del sueño REM merece tratamiento porque, si no se trata, el paciente seguirá teniendo episodios.



- Técnicas para mejorar las alteraciones del sueño en la enfermedad de Parkinson
  - Haga del sueño una prioridad. Reserve tiempo suficiente para dormir y realice sólo las tareas que pueda hacer en el tiempo restante, y no al revés.
  - Acuéstese y levántese aproximadamente a la misma hora todos los días, incluso los fines de semana. Mantener un horario ayuda a reforzar el ciclo sueño-vigilia del organismo y a dormir mejor por la noche.
  - Algunos principios dietéticos básicos para un sueño reparador pueden ser: Cenar temprano, manteniendo un horario regular de comidas, cenar dos horas antes de acostarse, cenar despacio, masticando bien los alimentos y tomándose el tiempo adecuado entre cada plato. Cenar ligero, más ligero que la comida. Controlar la ingesta de energía; cuando se supera el peso corporal óptimo, aumentan las horas de sueño; por otra parte, la delgadez provoca despertares precoces.
  - Reducir la ingesta de líquidos unas horas antes de acostarse para limitar, en la medida de lo posible, los despertares para ir al baño.
  - Evite la nicotina, la cafeína, la teína y el alcohol, especialmente a partir de la tarde. La nicotina, la cafeína y la teína son estimulantes que pueden mantener despierto al paciente. El alcohol, aunque es depresivo y puede ayudar a adormecer al paciente, provoca un sueño agitado.
  - Haga ejercicio con regularidad. El ejercicio regular, especialmente el aeróbico, puede ayudarle a conciliar el sueño más rápidamente y a que éste sea más reparador.
  - Mantenerse activo, pero demasiado ocupado, puede impedir dormir lo suficiente; por otra parte, la ociosidad puede provocar aburrimiento e incapacidad para conciliar el sueño.





- Prepare una rutina relajante para irse a dormir. Hacer lo mismo todas las noches indica al cuerpo que es hora de descansar. Evita trabajar en la cama, por ejemplo, consultando el extracto bancario o utilizando el ordenador portátil.
- Asegúrate de que la habitación es fresca, oscura, silenciosa y confortable; la temperatura óptima para un buen descanso nocturno es de 19° C. Ajusta las luces, la temperatura, la humedad y el nivel de ruido según las preferencias de la persona afectada. Las mascotas suelen perturbar el sueño si comparten la habitación con la persona afectada.
- Acuéstese cuando tenga sueño. Si no te duermes en 30 minutos, levántate y haz otra cosa. Vuelve a la cama cuando estés cansado.
- No hay por qué soportar el dolor. Si el dolor no te deja dormir, habla con tu neurólogo sobre medicamentos o terapias que puedan reducirlo.
- Tomar somníferos sólo por consejo médico y como último recurso. Compruebe con el neurólogo que los somníferos no interactúan con otros medicamentos que toma el paciente. Nunca mezcle alcohol con somníferos.
- La cuestión es que cuanto mejor duerma el enfermo, mejor se sentirá.

### 1.7 Salivación excesiva

La hipersalivación, más allá del problema físico, tiene un fuerte componente psicológico negativo en las personas que padecen Parkinson y puede ser secundaria al tratamiento con neurolepticos.

Mantener los labios cerrados, beber líquidos, dar tragos frecuentes, tragar saliva a menudo (sobre todo antes de hablar) y mantener una postura erguida puede ayudar a controlar el babeo. También ayuda masticar chicle o tomar caramelos sin azúcar.

### 1.8 Problemas de comunicación

- Recomendaciones a seguir ante las dificultades de comunicación:
  - Estar frente al paciente.
  - No pierdas de vista la conversación.
  - Organiza las ideas que quieres expresar.
  - Establezca turnos en la conversación.
  - Procura que no haya demasiado ruido de fondo en la sala en la que estamos hablando.
  - Esforzarse por hablar con claridad para que el paciente reciba lo que queremos decirle.
  - Cuando no entendemos lo que dice el paciente:
    - a) Puede intentar expresar con otras palabras lo que está diciendo.
    - b) Podemos repetir sólo la parte que no hemos entendido o ponernos de acuerdo sobre un gesto o una palabra.
    - c) Utilizar otros medios de comunicación (escritura, pizarra con dibujos, comunicadores, etc.).
  - Le animaremos a hablar más despacio.

### 1.9 Complicaciones respiratorias

El paciente con enfermedad de Parkinson puede tener problemas respiratorios. Además del proceso normal de envejecimiento del organismo, la enfermedad de Parkinson también provoca sus propias dificultades.

**El fallo ventilatorio** es posiblemente la complicación más frecuente; se da en pacientes de larga evolución, en los que predomina el síndrome rígido-acinético.

- Puede producirse una reacción pleural inflamatoria, que suele deberse al tratamiento continuado con agonistas dopaminérgicos. Suele ser reversible y de intensidad relativa.
- La rigidez que acompaña a la enfermedad y que afecta también a la musculatura respiratoria hace que las expansiones torácicas sean mucho menores que en el individuo sano. Suele ser mucho más grave en pacientes con patología respiratoria previa. Esta rigidez afecta a las cuerdas vocales, provocando dificultades en el habla, y también afecta a la deglución y a la expectoración.
- Alteraciones de la frecuencia respiratoria que provocan disnea debido a la postura encorvada que pueden adoptar los individuos afectados, similar a la postura de un "simio", y rigidez, que complica las expansiones torácicas al disminuir el llenado pulmonar.
- Respiración de tipo costal superior o clavicular, esto provoca menos aire inspirado, tensión en la laringe e insuficiente presión de aire glótico en el acto fonatorio.



La dificultad de los enfermos de EP para expulsar la mucosidad pulmonar cuando se resfrían, la acumulación de mucosidad y su posterior infección son algunos de los problemas a los que se enfrentan con frecuencia los enfermos de EP. Pueden provocar broncoaspiración y neumonía. Para evitar la broncoaspiración por atragantamiento, deben seguirse las pautas/recomendaciones vistas anteriormente en la sección sobre disfagia.

- Tratamiento de las complicaciones respiratorias:
  - El tratamiento se basa principalmente en la prevención. Desde las fases iniciales de la enfermedad, es necesario realizar ejercicios respiratorios diarios, integrados dentro de un tratamiento global de rehabilitación.
  - El paciente puede necesitar tratamiento con antibióticos, broncodilatadores, antiinflamatorios y, en casos graves, incluso hospitalización. A menudo, aunque los síntomas remitan, el tórax no se despeja por completo, de modo que al

cabo de un tiempo todo el proceso vuelve a empezar.

- En estadios avanzados de la enfermedad de Parkinson, ésta puede conducir al reposo en cama y a una falta de movilidad que limitará aún más los movimientos implicados en la mecánica respiratoria; para evitar las complicaciones que de ello se derivan, se pueden utilizar diversas técnicas de fisioterapia y ejercicios respiratorios que puede realizar la propia persona.

- ¿Qué vamos a hacer?
  - Ejercicios de expansión costal:
    - a) Inspira profundamente por la nariz, llevando el aire hacia las últimas costillas.
    - b) Espire por la boca, presionando las costillas con las manos.
  - Ejercicios de control diafragmático:
    - a) Inspira profundamente por la nariz, hinchando el vientre.
    - b) Espirar por la boca, mientras el vientre se deshincha.
    - c) Ayuda con una mano en el abdomen y otra en el pecho.

LMás tiempo para expulsar que para tomar aire (2/1)

- Es necesario cuidar el estilo de vida: una dieta equilibrada y nutritiva y un alto consumo de agua para favorecer la expectoración y ayudar a diluir la mucosidad.
- Además, deben evitarse los lugares secos, utilizando humidificadores de aire si es necesario.
- Se debe realizar una tos regulada: inspiración profunda y espiración aguda con contracción de los músculos espiratorios.
- Evite los lugares secos; existen humidificadores de aire.

### 1.10 Úlceras por presión

- Causas externas:
  - Posturas incorrectas.
  - Ausencia o escasez de cambios posturales.
  - Movilizaciones inadecuadas.
  - Higiene insuficiente, humedad excesiva de la piel.
  - Deshidratación.
  - Fijación inadecuada de catéteres, sistemas de oxigenoterapia, tracción ...
  - Uso inadecuado de tobilleras, férulas ...
  - Arrugas o partículas extrañas en sábanas, silla ...
- ¿Cómo prevenirlos?
  - Cuidado de la piel.
  - Cuidados posturales:
    - a) Personas con cierta movilidad: fomentar la bipedestación y la marcha.
    - b) Personas con poca o ninguna movilidad: movilización por parte del cuidador 3-4 veces al día y cambios frecuentes de postura (cada 2-3 horas).
  - Superficies de apoyo especiales y dispositivos preventivos: colchones, cojines, camas especiales, protectores de talones...

### 1.11 Dolor y rigidez

Para aliviar el dolor en las extremidades y mejorar la rigidez, es importante realizar movimientos lo más amplios posible, estirar los músculos acortados y corregir la postura. También pueden utilizarse masajes, calor o baños calientes.

En personas incapaces de realizar movimientos voluntarios, movilizaciones articulares: realizar 2-3 veces al día, moviendo las articulaciones suavemente, sin forzar y sin provocar dolor, y dentro de todo el rango de movilidad que permita la articulación.

### 1.12 Hipotensión ortostática

Para evitar bajadas bruscas de tensión, se recomienda mantener la cabecera de la cama en un ángulo de al menos 30° y sentarse muy despacio. Además, hay que beber mucho líquido y tomar alimentos salados.

### 1.13 Dermatitis seborreica

Es muy frecuente en personas que padecen la enfermedad de Parkinson, especialmente en los hombres. Algunos champús y geles que contienen selenio, zinc, ácido salicílico o brea de ulla, que no requieren receta médica, pueden utilizarse para controlar y mejorar el problema, aunque es aconsejable acudir a un dermatólogo para que lo valore y determine el tratamiento más adecuado.

### 1.14 Hiperhidrosis

Afecta especialmente a la parte superior del tronco. Las recomendaciones más habituales son la higiene diaria, el uso de desodorantes/antitranspirantes y el uso de ropa de tejidos preferiblemente naturales y transpirables. Evitar las comidas picantes o muy grasas también puede ayudar a controlar la sudoración.

### 1.15 Deterioro grave (al final de la vida)

Con la progresión de la enfermedad de Parkinson (EP), aumenta la necesidad de cuidados paliativos (CP), especialmente cuando se considera:

- El limitado alcance del tratamiento sobre los síntomas no motores y la sintomatología "axial
- Deterioro funcional progresivo
- Incertidumbre sobre las previsiones
- La complejidad de la toma de decisiones
- La sobrecarga de los cuidadores
- La gran demanda de cuidados al final de la vida.

No sólo se ha demostrado que las CP mejoran la calidad de vida de los pacientes con EP, sino que su integración temprana es crucial para el control sintomático y el alivio de la carga de los cuidadores. A pesar de ello, las CP en la EP todavía no se aplican de forma generalizada en la práctica clínica, en parte debido a la ausencia de protocolos específicos y a la escasa formación de los neurólogos en CP.

- ¿Qué son los cuidados paliativos?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CP como un conjunto de me-

didadas de prevención y alivio del sufrimiento que mejoran la calidad de vida de los pacientes y cuidadores que afrontan problemas asociados a enfermedades potencialmente mortales, mediante la identificación precoz, la evaluación correcta y el tratamiento de los problemas físicos, psicosociales y espirituales.

En la EP, los CP deben iniciarse en la fase diagnóstica de forma simultánea a los tratamientos curativos, pero es en las fases avanzadas de la enfermedad cuando adquieren mayor relevancia. La transición hacia un predominio de los CP en el tratamiento de los pacientes suele ser gradual, y debe basarse en las necesidades individuales más que en un plazo de supervivencia específico previsto.

En todas las etapas es esencial conocer los deseos y preferencias del paciente y mantener su autonomía y dignidad mediante la toma de decisiones compartida.

El objetivo fundamental de las CP es mejorar la calidad de vida de los pacientes; para ello, se establecen una serie de principios:

- Aliviar el dolor y otros síntomas mediante un tratamiento adecuado.
- Aceptación del proceso de enfermedad y muerte, sin acelerarlo ni posponerlo. El objetivo es el bienestar y la calidad de vida, no su duración.
- Fomentar la autonomía del paciente y ayudarle a vivir lo más activamente posible.
- Aliviar el sufrimiento de forma integral, atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia, para lo que es necesario un equipo multidisciplinar.
- Ofrecer la posibilidad de recibir una información gradual, completa y veraz, respetando también el derecho a no ser informado, pero sin mentir.
- Garantizar que no se les trata contra su voluntad y respetar su derecho a participar en la toma de decisiones.
- No deben implicar la renuncia a los tratamientos curativos y debe posibilitarse la asistencia domiciliaria como lugar adecuado para las CP si el paciente así lo desea.

- Criterios de derivación a la Unidad de Cuidados Paliativos:

Deberán proporcionarse cuidados paliativos a las personas con enfermedad de Parkinson en estadio 4 o 5 en la escala de Hoehn-Yahr y al menos uno de los siguientes:

- Intolerancia o falta de respuesta a la medicación antiparkinsoniana.
- Necesita ayuda con las actividades básicas de la vida diaria.
- Periodos "off" imprevisibles.
- Mal control del dolor secundario, rigidez, contracturas o discinesias.
- Episodios frecuentes de aspiración o disfagia grave.

- Fase final de la vida en EP:

La fase final de la enfermedad podía predecirse en pacientes con EP por la presencia de cuatro características clínicas clave: alucinaciones visuales, caídas frecuentes, demencia e ingreso en una residencia de ancianos.

El pronóstico vital y la definición del estado terminal en la EP son muy difíciles de establecer y pueden ir acompañados de una gran incertidumbre. Esto se debe a una serie de factores, entre los que se incluyen:

- Falta de modelos predictivos para el pronóstico vital de enfermedades crónicas no oncológicas.
- Oscilaciones en la gravedad clínica, lo que dificulta establecer el inicio de la fase principalmente paliativa y la información sobre el final de la vida

- Esa atención la prestan múltiples profesionales, con escasa formación en cuidados paliativos y/o en la propia EP.
- Falta de recursos y circuitos adecuados para la CP en esta enfermedad, a diferencia de los pacientes oncológicos.
- Ubicación variada de los pacientes susceptibles: domicilios, residencias, hospitales, centros de larga estancia o sociosanitarios, etc.
- Síntomas más importantes:
  - Dolor: es el principal síntoma y también uno de los problemas más relevantes.
  - Son dependientes: aumenta el tiempo en OFF y pasan gran parte del tiempo sentados y tumbados: vida de cama-silla.
  - Trastornos acentuados del lenguaje.
  - Disfagia progresiva.
  - Desarrollo de contracturas debido al aumento de la rigidez.
  - Posibilidad de úlceras por presión y/o infecciones urinarias repetidas.
- Objetivos/estrategias:
  - Movilizaciones suaves y progresivas: principalmente extensiones de codo y rodilla, y posiciones de apertura de brazos y piernas: 8-10 repeticiones/2-3 veces al día. Las presiones deben realizarse con toda la mano, evitando clavar los dedos.
  - Higiene extrema.
  - Una nutrición adecuada.
  - La comunicación es importante.
  - Mantener aficiones y placeres.
  - De pie (el mayor tiempo posible).
  - Realizar cambios posturales continuos: cada 2-3 h.
  - Ejercicios respiratorios: ayudarse con las manos ejerciendo presión sobre el abdomen y el tórax.
  - Ayudas técnicas: andador, bastón, silla de ruedas, camas articuladas...

### 1.16 Cambios posturales: anexo

## 2. Sintomatología neurótica y psicótica

Los cambios emocionales son muy comunes en la EP y probablemente afecten a más de la mitad de los pacientes durante el curso de su enfermedad.

Existe un amplio abanico de síntomas psicológicos y neuropsiquiátricos, que repercuten en la calidad de vida de la persona afectada, sus familiares, cuidadores... Algunos de ellos son los siguientes:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Pérdida de control de los impulsos.
- Aumento / disminución de la sensibilidad emocional.
- Disfunción cognitiva y demencia.
- Síntomas psicóticos.
- Problemas de sexualidad.

### 2.1. Emotional problems: anxiety, depression



- Tratamiento de problemas emocionales

Cuando hay problemas emocionales, es fundamental comunicárselo al neurólogo para que valore si es necesario reajustar la medicación o añadir otras nuevas para cubrir otras necesidades. A menudo, siguiendo estas recomendaciones, los problemas emocionales se resuelven.

En otras ocasiones, es necesario un tratamiento psiquiátrico para tratar estos problemas. Las terapias psicológicas también están indicadas, sobre todo cuando el problema está relacionado con el estrés, junto con una combinación de ambas terapias, dependiendo de las características de la persona, los síntomas...

Mediante la intervención psicológica, se ayuda a la persona afectada a comprender mejor su enfermedad y a aceptarla aclarando sus dudas. Se les ayuda a encontrar recursos que les ayuden a adaptarse a los problemas que surgen y métodos para hacer frente al estrés.

- Pautas para gestionar los problemas emocionales:

- Céntrate en el presente, en lugar de pensar en cómo era la vida antes de la enfermedad o cómo será en el futuro.
- Observe en qué momentos del día se siente mejor y concéntrese en lo que va bien.
- Manténgase lo más activo posible. Haga ejercicio físico y mental, aprovechando los buenos momentos o los momentos "on".
- Practica la relajación y la respiración controlada. Esto puede ser muy útil sobre todo en los malos momentos (fase off).
- Evitar el aislamiento y buscar apoyo social. Realizar actividades con otras personas, compartir experiencias y emociones, etc.
- Aprender de la experiencia. La enfermedad también puede hacerte descubrir cosas positivas de ti mismo como enfermo, como familiar...
- Intente prevenir el estrés siguiendo un estilo de vida saludable: siguiendo una dieta adecuada, durmiendo lo suficiente, haciendo ejercicio físico y mental, eliminando sustancias tóxicas de su dieta (tabaco, alcohol...).
- Aceptar la ayuda emocional que pueden proporcionarles las personas de su entorno (familia, amigos, profesionales, etc.).
- Comuníquese con su médico y pregúntele cualquier duda que tenga.
- Ponerse en contacto con las asociaciones locales de Parkinson.
- Participar en grupos de apoyo te ayudará:
  - a) Intercambiar experiencias.
  - b) Ayudar a otras personas con problemas similares.
  - c) Obtener información sobre recursos útiles para resolver problemas relacionados con la enfermedad.

## 2.2. Psicosis: alucinaciones y delirios

os dos síntomas principales de la psicosis son las alucinaciones y los delirios:

- **Las alucinaciones** son alteraciones de la percepción. La persona percibe un estímulo (por ejemplo, un animal, una persona, etc.) que no existe.

Las alucinaciones se pueden ver (visuales), oír (auditivas), sentir (táctiles), oler (olfativas) e incluso saborear (gustativas). Los 5 tipos de alucinaciones pueden estar presentes en la EP, pero las alucinaciones **visuales** son las más comunes.

Aunque es poco frecuente, un pequeño porcentaje de pacientes refieren alucinaciones

auditivas.

Las alucinaciones olfativas, táctiles y gustativas son extremadamente raras en la enfermedad de Parkinson.

- Una **idea delirante** es una creencia falsa que la persona mantiene con convicción, a pesar de los argumentos o explicaciones de los demás (por ejemplo, que la pareja le es infiel, que alguien le persigue...).

Son menos frecuentes en la enfermedad de Parkinson y afectan aproximadamente al 8% de los pacientes. Sin embargo, los delirios suelen ser más complicados y presentan un mayor riesgo de alteraciones del comportamiento y problemas de seguridad.

Existen varios tipos de delirios; los más comunes en la EP son: celos (la creencia de que su pareja le es infiel), persecución (la creencia de que le están atacando, acosando, engañando o conspirando contra usted), somáticos (la creencia de que su cuerpo funciona de forma anormal o una obsesión inusual con su cuerpo y su salud). En la EP pueden aparecer todas las formas de delirios, aunque los más frecuentes son los celos y la persecución.



Tanto las alucinaciones como los delirios pueden estar causados por los fármacos antiparkinsonianos o deberse a la propia enfermedad.

Suelen asociarse a una edad avanzada, una mayor gravedad de la enfermedad, una depresión grave y un deterioro de las capacidades intelectuales.

Suelen ser detectados por los familiares, que detectan comportamientos extraños derivados de estados psicóticos, que resultan molestos y desagradables.

Pueden tratarse, por lo que es importante informar de estos síntomas al neurólogo.

- Pautas para el control de alucinaciones y delirios:
  - Intenta comprobar cuánta credibilidad le das al delirio o la alucinación. "¿Sé que ves algo, pero ¿crees que es real, puedes tocarlo?"
  - Empatiza con la persona: lo ve y lo piensa y por eso sufre.
  - Es aconsejable no refutar constantemente al paciente.
  - Si están asustados por el delirio, intente tranquilizarlos.
  - No niegues directa y radicalmente un delirio o una alucinación ("No niego que lo veas, pero desde luego yo no lo veo").
  - Cuestionar parte del delirio o alucinación con razonamientos objetivos: "sí, puede ser lo que dices, pero ¿no crees que si hubieran entrado 7 personas en



casa habría oído algo?”, “tu mujer no se separa de ti, así que ¿no crees que es difícil que tenga un amante?”).

- Como norma general, comuníquese siempre al neurólogo.

### 2.3. Trastorno del control de los impulsos

El trastorno del control de impulsos se define como: “la incapacidad para resistir un impulso, atracción o tentación de realizar un acto que acaba siendo perjudicial para el sujeto o para el entorno”.

La prevalencia de este trastorno en las personas afectadas por EP es de aproximadamente el 6-7%, y puede llegar al 16-17% en pacientes que han estado expuestos durante algún tiempo a ciertos medicamentos, como la levodopa y los agonistas dopaminérgicos, y también entre pacientes que han sido sometidos a cirugía (estimulación cerebral profunda).

Aunque existen multitud de comportamientos relacionados con este trastorno, los más frecuentes son:

- **Compras compulsivas (7,2%).** Consiste en una serie de impulsos que llevan a la persona a realizar compras excesivas.
- Ludopatía (6,4%). Consiste en apostar ilimitadamente en juegos de azar
- **Atracón (5,6%).** Se trata de un trastorno alimentario que consiste en una ingesta excesiva e incontrolada de alimentos. Suele ir acompañado de atracones y un aumento de peso que puede superar los 13 kg (Rossi y Merello, 2011).
- **Trastorno del comportamiento sexual (4,4%).** Suele manifestarse por hipersexualidad. Se define como la manifestación de una preocupación excesiva por los aspectos sexuales, así como la aparición de impulsos sexuales fuera de control. El diagnóstico de este trastorno está posiblemente infradiagnosticado porque todavía hoy es un tema “tabú”.

Durante el curso de la enfermedad también pueden aparecer otro tipo de conductas desadaptativas, como el uso compulsivo de la medicación, cambiando horarios y dosis sin autorización ni control médico, algo conocido como ‘**Síndrome de Disregulación Dopaminérgica**’ o ‘**Punding o Hobbismo**’, que consiste en una serie de conductas repetitivas o estereotipadas relacionadas con la práctica de aficiones previas y que no provocan sentimientos de culpa y/o malestar en la persona que lo padece.

Estos comportamientos se caracterizan por ser desadaptativos, persistentes y recurrentes y por causar trastornos en las relaciones personales, familiares y/o laborales.

La detección precoz de este trastorno es esencial para proporcionar tanto al paciente como a sus familiares información, estrategias y pautas para afrontarlo mejor.

Además, el comportamiento compulsivo debe comunicarse al médico lo antes posible, ya que puede estar relacionado con la medicación y, por lo tanto, mejorar con el ajuste o la modificación de la medicación.

- Directrices para el manejo del trastorno del control de los impulsos:
  - Reconocer que el problema existe y que me está ocurriendo a mí.
  - Diferenciar entre: Deseo-Ansiedad.
  - Esperar: Retrasar la recompensa.
  - Comprender la relación entre droga y comportamiento.
  - Realizar tareas lentamente (comer)
  - Autoinstrucciones positivas de logro “Soy capaz de esperar un poco”.
  - Refuerce los comportamientos alternativos; cuanto más reforcemos los buenos días, más probabilidades habrá de que se repitan.

- Participar en actividades de distracción.
- Control de estímulos: dinero, alimentos ...

#### 2.4. Aumento/disminución de la sensibilidad emocional

En ocasiones, los pacientes refieren un aumento de la sensibilidad emocional desde el inicio de la enfermedad.

Pueden volverse más emocionales, llorando con más facilidad en los acontecimientos. Aunque esto no siempre es un problema, representa un cambio en la forma de ser del paciente.

A pesar de estos episodios de llanto, generalmente no presentan otros síntomas de depresión, no se sienten tristes y son episodios que pasan rápidamente.

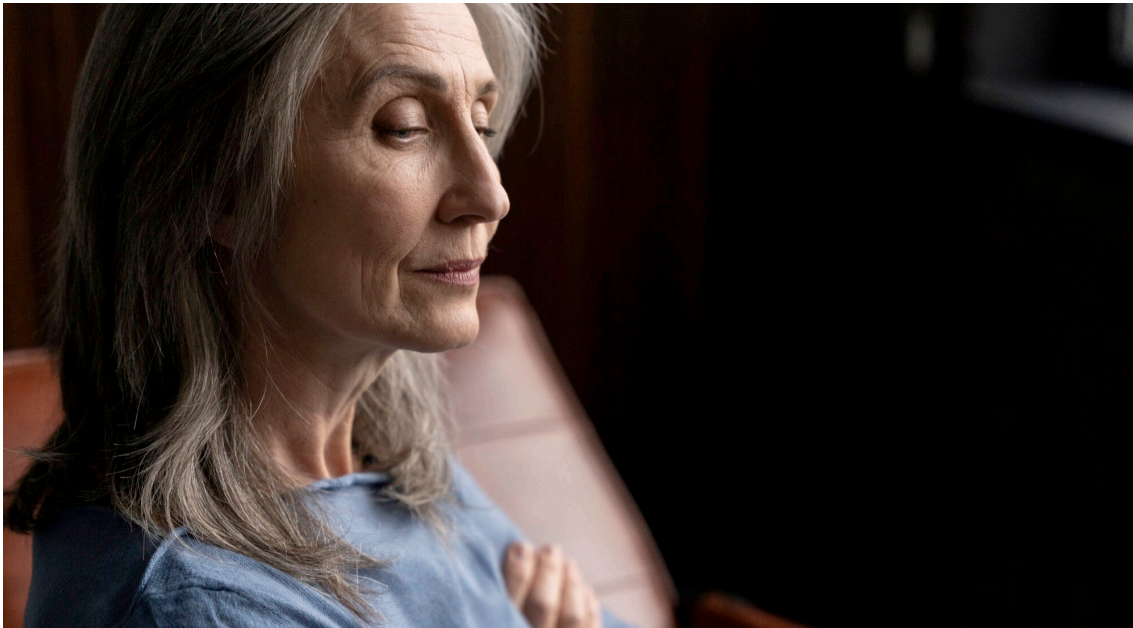
Se cree que el aumento de las emociones puede estar relacionado con daños en los circuitos nerviosos del cerebro que conectan los lóbulos frontales con la zona que controla la expresión facial.

El tratamiento no siempre es necesario, pero existe medicación estabilizadora del estado de ánimo.

#### 2.5. Disfunción cognitiva y demencia

La enfermedad de Parkinson suele complicarse con diversos síntomas cognitivos que van desde problemas aislados de memoria y pensamiento hasta demencia grave.

Aunque estos síntomas no motores no son tan conocidos como los motores (por ejemplo, temblor, rigidez, lentitud, desequilibrio...) pueden ser muy incapacitantes y en muchos afectados se convierten en los que causan más dificultades.



Las investigaciones han demostrado que más del 50% de las personas con EP presentan algún tipo de deterioro cognitivo.

Este tipo de alteración se producirá con mayor o menor frecuencia, dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre la persona afectada:

- **Etapas iniciales:** En las primeras fases de la enfermedad, algunas personas con Parkinson se quejan de problemas de atención. Por ejemplo, el paciente puede quejarse de que se distrae con facilidad, no consigue completar las tareas, pierde el hilo de sus pensamientos, etc.
- **Etapas intermedias:** En las fases intermedias de la enfermedad, pueden hacerse más evidentes las dificultades para tomar decisiones, resolver problemas, memorizar y encontrar las palabras adecuadas.
- **Estadios avanzados:** En las fases avanzadas puede producirse un deterioro cognitivo más grave acompañado de confusión, alucinaciones visuales, delirios, delirios y agitación. En general, el deterioro mental y motor tiende a producirse en paralelo a la progresión de la enfermedad.

La diferencia entre los términos “disfunción cognitiva” y “demencia” es el grado de deterioro del pensamiento y la memoria.

- **La demencia** hace referencia a problemas avanzados de memoria y pensamiento que interfieren en las actividades cotidianas y la calidad de vida . Por lo general, una persona con demencia presenta alteraciones significativas en la memoria y al menos en un área adicional de la cognición, como la resolución de problemas o la atención.
- Por el contrario, un deterioro cognitivo **leve** puede resultar irritante o molesto para la persona, pero no alterar significativamente su forma de hacer la vida . Esta forma más sutil de deterioro cognitivo se da en la mayoría de los pacientes de Parkinson.

En cuanto a las funciones cognitivas que se alteran con más frecuencia, encontramos:

- **Atención:** Los pacientes suelen tener problemas para realizar tareas complejas que requieren mantener o desviar la atención.
- **Agilidad en los procesos mentales:** Al igual que el movimiento puede ser más lento en los pacientes con EP, las habilidades de pensamiento también se vuelven más lentas; esta lentitud en el pensamiento se asocia a menudo con la depresión en la enfermedad de Parkinson.
- **Funciones ejecutivas o de resolución de problemas:** Un cambio cognitivo muy común en la EP es la dificultad para planificar y completar actividades. Estos pacientes suelen tener dificultades para generar, mantener, cambiar y combinar ideas o conceptos diferentes. A veces, los cuidadores informan de que el paciente no es tan “flexible” en su pensamiento y se ha vuelto más concreto en su forma de abordar ciertas tareas. Los pacientes con estos déficits suelen beneficiarse de indicaciones o recordatorios periódicos y de actividades muy estructuradas.
- **Déficit de memoria:** En el cerebro, los ganglios basales y los lóbulos frontales son importantes para organizar y recordar la información. Los daños en estas áreas provocan problemas para procesar y recordar la información. Como se ha mencionado anteriormente, los problemas con la memoria de trabajo suelen aparecer en las primeras fases de la EP. A medida que la enfermedad avanza, algunos pacientes empiezan a experimentar problemas con tareas comunes como hacer café, cuadrar la chequera, etc. Los pacientes con demencia plenamente establecida suelen sufrir trastornos de la memoria tanto a corto como a largo plazo. En estos pacientes, los recordatorios suelen ayudar a mejorar su rendimiento. Cuando se les pide que recuerden cierta información, muchos pacientes con enfermedad de Parkinson comentan “ahora no puedo decírselo, pero se lo diré más tarde”. Esta dificultad para



recordar en el momento necesario es uno de los síntomas cardinales del deterioro cognitivo de la EP.

- **Anomalías del lenguaje:** Muchos pacientes con EP se quejan de problemas para encontrar la palabra adecuada, el fenómeno de “tenerla en la punta de la lengua”, y se avergüenzan durante las conversaciones porque no pueden encontrar la palabra correcta. En las fases intermedias o avanzadas de la enfermedad, también pueden observarse problemas para encontrar el nombre correcto de los objetos o para darles un nombre equivocado. Otra queja frecuente es la dificultad con el lenguaje cuando la persona está bajo presión o estrés. Los pacientes también pueden referir dificultades para comprender frases que tienen una estructura compleja, en las que se incluyen preguntas o información con otros detalles. En muchos pacientes, su lenguaje se simplifica debido a sus problemas de producción del lenguaje y a la disartria.
- **Dificultades visuoespaciales:** Los pacientes con demencia pueden tener problemas para procesar la información sobre su entorno o sus alrededores, incluso en las primeras fases de la enfermedad. Estos problemas leves pueden contribuir a alteraciones en la percepción visual o ilusiones, que se observan con frecuencia en la enfermedad de Parkinson. Los pacientes son especialmente susceptibles a este fenómeno en situaciones de escasa iluminación (por ejemplo, en las horas nocturnas), y también si padecen otros problemas visuales, como degeneración macular. Estos síntomas pueden seguir progresando a lo largo de la enfermedad. Cuando los síntomas son más graves, los pacientes pueden tener problemas para diferenciar entre personas con las que no están muy familiarizados o para reconocer las emociones reflejadas en los rostros de otras personas.

El “**deterioro cognitivo**” se convierte en demencia cuando los problemas de pensamiento y memoria de la persona empiezan a interferir con las actividades cotidianas básicas. Las investigaciones han demostrado que entre el 30 y el 50% de las personas con enfermedad de Parkinson desarrollan demencia. Aunque muchos pacientes con EP se quejan de cambios en sus capacidades cognitivas y de pensamiento, no todos desarrollan una demencia plenamente establecida. Las consecuencias conductuales de la demencia pueden ser muy difíciles para el paciente y su familia. Los pacientes pueden sentirse confusos, desorientados e incapaces de quedarse solos; pueden mostrar signos de agitación, delirios, fluctuaciones del estado de ánimo y una mayor impulsividad.

Es importante conocer la diferencia entre “demencia” y “delirio”, ya que a menudo se confunden. El **delirio** puede estar causado por enfermedades médicas como neumonía, infecciones del tracto urinario, desnutrición, deshidratación, fiebre o reacciones a la medicación. Una característica importante que lo distingue de la demencia es que los pacientes con delirium suelen mejorar una vez tratada la enfermedad subyacente. Del mismo modo, el delirio tiene un inicio rápido, a menudo en cuestión de horas o días. Sin embargo, los pacientes con demencia tienen un mayor riesgo de desarrollar un estado delirante que la media de las personas mayores.

Los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, el sueño, etc., pueden tener un efecto negativo en las capacidades cognitivas de una persona. En algunos casos, estos factores pueden empeorar los trastornos de la memoria y el pensamiento, así como afectar directamente a la calidad de vida. El tratamiento eficaz de estos trastornos mediante medicación y psicoterapia también puede mejorar estos síntomas cognitivos.



- Tratamiento de problemas cognitivos:

El objetivo del tratamiento del deterioro cognitivo y la demencia es ralentizar la progresión de los síntomas y enseñar al paciente distintas formas de compensarlos. Sin embargo, este tratamiento no invierte el curso del deterioro cognitivo ni cura estos problemas.

Se considera que los tratamientos farmacológicos y conductuales tienen éxito si ayudan al paciente con EP a seguir siendo funcional y más independiente en las actividades de la vida diaria durante un periodo de tiempo más largo.

La identificación y el tratamiento precoces de estos problemas son muy importantes, ya que los déficits cognitivos pueden ser muy frustrantes y debilitantes; en las primeras fases del tratamiento, los pacientes pueden ser capaces de utilizar por sí mismos estrategias conductuales autoiniciadas.

Sin embargo, a medida que la enfermedad avanza y aumentan las dificultades cognitivas de la persona, puede ser necesario un cambio hacia estrategias conductuales iniciadas por un cuidador o un familiar (iniciadas por otras personas). Según la experiencia clínica, el tratamiento eficaz de los déficits cognitivos también conlleva una disminución del agotamiento del cuidador.

El tratamiento más recomendado para los problemas cognitivos de la EP es el que combina el uso de medicación con estrategias conductuales.

- Directrices para la gestión de problemas cognitivos:

- Las actividades de la vida diaria deben mantenerse en la medida de lo posible, ya que casi todas implican trabajo cognitivo: hacer la compra, organizar el equipaje, cocinar, hacer recados, chatear....
- Los juegos de mesa son una forma lúdica de ejercitar la mente.
- Leer periódicos, escuchar la radio o ver programas informativos ayuda a mantenerse alerta y conectado con el mundo exterior.
- Dedique media hora al día a actividades que mejoren las funciones cognitivas.
- Encuentre un momento óptimo, especialmente cuando esté "encendido".
- Los ejercicios deben combinarse con actividades más lúdicas.
- Una estructura de sesión podría ser: atención, memoria, funciones ejecutivas,

ejercicios visuoespaciales.

- Aumentar el grado de dificultad de las tareas de forma progresiva y personalizada.
- Ofrezca feedback inmediato y continuo.
- Termina las sesiones con ejercicios de éxito.
- Respete sus gustos y costumbres.

### 3. ¿Lo sabías?

- Se calcula que alrededor del 85% de las personas con Parkinson sufren dolor, que alcanza una intensidad de moderada a grave en el 42% de los enfermos; sin embargo, aún no existen soluciones eficaces para el tratamiento de este síntoma. Se trata de un síntoma comúnmente infradiagnosticado y, por tanto, poco investigado hasta la fecha. Una de las posibles causas de que este síntoma no se comunique en las consultas de neurología a pesar de su prevalencia e impacto en la vida cotidiana es que la propia enfermedad de Parkinson puede causar dificultades para identificar y comunicar los propios sentimientos y sensaciones corporales, lo que se conoce como alexitimia.
- En un estudio realizado en España con 570 pacientes en 2020, el 65,7% de ellos consideraba que sus síntomas habían empeorado debido al confinamiento. El dolor es uno de los síntomas que más ha aumentado como consecuencia de los cambios de hábitos impuestos por la pandemia.
- Alrededor del 50% de las personas que padecen la enfermedad de Parkinson pueden experimentar alucinaciones o delirios en el curso de su enfermedad.
- Los pacientes parecen representar el contenido de sus sueños con vocalizaciones, como hablar y gritar, y actividad motora violenta, con sueños vívidos y desagradables, que pueden causar lesiones al paciente o a sus allegados.

### 4. Bibliografía

- LÓPEZ DEL VAL, L.J, GURUTZ LINAZASORO, C. Parkinson y Discinesias, abordaje diagnóstico y terapéutico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2012.
- GARCÍA RUIZ-ESPIGA, P.J, MARTÍNEZ CASTRILLO, J.C. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N°9. Barcelona: Sociedad Española de Neurología, 2009.
- CHOUZA INSUA, M. Fisioterapia en pacientes parkinsonianos. Madrid: Editorial síntesis, 2009.
- SUÑER SOLER, R. Tratado de Enfermería Neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados. 2ª edición. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 2008.
- MICHELI - SCORTICATI. Vivir con la enfermedad de Parkinson'. 2ª edición. Editorial médica Panamericana, 2004.
- ÁNGELS BAYÉS RUSIÑOL. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos. Ars Medica, 2003.
- DÁVILA P., RUBÍ E., MATEO A. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2008.
- ESCAMILLA SEVILLA F, GONZÁLEZ TORRES V, MOYA MOLINA MA. Recomendaciones de

práctica clínica en la enfermedad de Parkinson. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento (GATM), Sociedad Andaluza de Neurología (SAN), 2022.

- ALCALDE IBAÑEZ M<sup>a</sup> T, FERNÁNDEZ MORIANO C, MARTÍN GUTIÉRREZ L, LÓPEZ MANZANARES L, PÉREZ LIBRERO P, PRIETO MATOS J. Guía de actuación sobre la enfermedad de Parkinson para profesionales de Medicina de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria. ISBN: 978-84-87089-17-6, 2020

## 5. Enlaces

- <https://www.parkinsonseurope.org/>
- <https://www.parkinsonmadrid.org/>
- <https://www.parkinsons.org.uk/>
- [https://www.sen.es/pdf/2023/Manual\\_Genetica\\_TM.pdf](https://www.sen.es/pdf/2023/Manual_Genetica_TM.pdf)


 Co-funded by  
the European Union

<b>EN</b>	<p>This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.</p>
<b>ES</b>	<p>El proyecto "SUPER" está cofinanciado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados en estos materiales sólo comprometen a sus autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea ni los del Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE). Ni la Unión Europea ni la Agencia Nacional SEPIE pueden ser considerados responsables de ellos.</p>
<b>IT</b>	<p>Il presente progetto è finanziato con il sostegno della Commissione europea. L'autore è il solo responsabile di questa pubblicazione e la Commissione declina ogni responsabilità sull'uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenute.</p>
<b>FR</b>	<p>Ce projet a été financé avec le soutien de la Commission européenne. Cette publication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.</p>





MÓDULO 3. UNIDAD 3

# Cómo gestionar situaciones complejas



Co-funded by  
the European Union