

The background of the slide features a series of thin, light brown lines that intersect to form various geometric shapes, primarily triangles and polygons, creating a complex, abstract pattern.

MANEJO FARMACOLÓGICO DE SÍNTOMAS NO MOTORES EN PACIENTES CON PARKINSON

Lucía Mira Bayón

R2 farmacia hospitalaria

Hospital Universitario de León

ÍNDICE

- Generalidades del Parkinson
- Síntomas generales
- Síntomas no motores
 - Tratamiento
 - Fármacos a evitar
- Conclusiones

ENFERMEDAD DEL PARKINSON



QUÉ ES

OMS: Enfermedad crónica neurodegenerativa con trastornos del movimiento, mentales y del sueño.



EPIDEMIOLOGÍA

- **2ª enfermedad neurodegenerativa** a nivel mundial
- *SEN: 120-150 mil personas en España
- 20-25% 1 ingreso/ año



FISIOPATOLOGÍA

Pérdida selectiva de neuronas dopaminérgicas de la *pars compacta* de la sustancia negra → ↓ DA

→ degradación α -sinucleína → **cuerpos de Lewy**



AFECTACIÓN

- Sistema autonómico
- Sistema límbico
- Sistema somatomotor

SÍNTOMAS

Por definición: bradiquinesia + al menos 1:

- Rigidez
- Temblor en reposo
- Inestabilidad postural



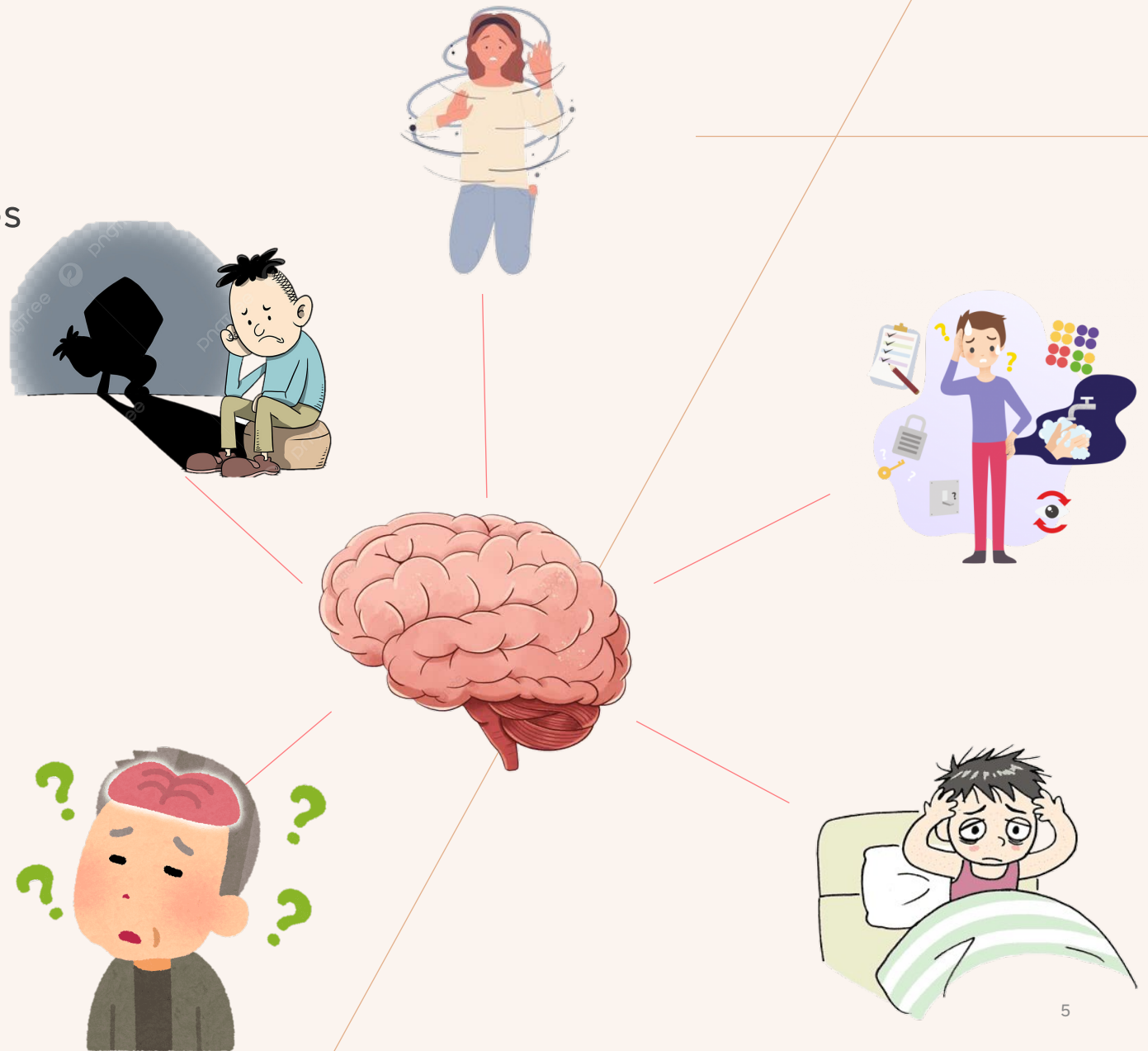
SÍNTOMAS

Por definición: bradiquinesia + al menos 1:

- Rigidez
- Temblor en reposo
- Inestabilidad postural

Síntomas NO motores

- Síntomas psicóticos
- Apatía, depresión y ansiedad
- Déficits cognitivos y demencia
- Trastorno del control de impulsos
- Alteraciones del sueño



DATOS A TENER EN CUENTA

- Los fármacos usados para estos síntomas son usados **fuera de ficha técnica**
- Los grados de recomendación se basan en la evidencia de los estudios

Grados de recomendación

GRADO A	Apoyado en al menos un trabajo (preferiblemente más de uno) con nivel de evidencia I
GRADO B	Apoyado en al menos un trabajo con un nivel de evidencia II
GRADO C	Apoyado por estudios con nivel de evidencia III o IV

PSICOSIS

- **Definición:** enfermedad mental por pérdida de contacto con la realidad
- **Síntomas:** delirios y alucinaciones
- **Prevalencia:** 50% y principal causa de ingreso en centros sociosanitarios
- **Causas** desconocidas
- **Situaciones:**
 - Aparición brusca: suspensión tto no antiparkinsoniano o ajuste dosis
 - No funciona: ajuste tto antiparkinsoniano
 - Último paso: neurolépticos atípicos



PSICOSIS

QUETIAPINA

- Antagonista receptores de serotonina 5HT_{2A} y D₂ (menor medida) ↓A en vías mesolímbica y nigroestriada → menos reacciones extrapiramidales
- Dosis: inicio 12,5 mg hasta 50-100 mg diarios
 - 25-50 mg/día: eficaz y seguro (evidencia IV)
- RA: Somnolencia excesiva, sedación e hipotensión ortostática
- 😞 Inconveniente : solo formulaciones orales

PSICOSIS

CLOZAPINA

- Antagonista débil receptores de DA D1, D2, D3 y D5 y potente de D4 y 5HT2A
- Dosis: 6,25-50 mg diarios
 - Inicio 12,5 mg CE → Mantenimiento: 25 mg
- Estudio comparativo con clozapina eficaz que la quetiapina (*I-II*)
-  **RA: agranulocitosis → Monitorizar: SI >500 ng/mL → + ANTIEPILÉPTICO**

PSICOSIS

OTROS

ZIPRASIDONA

- Algunos estudios > eficaz que la clozapina pero **alargamiento del QT**



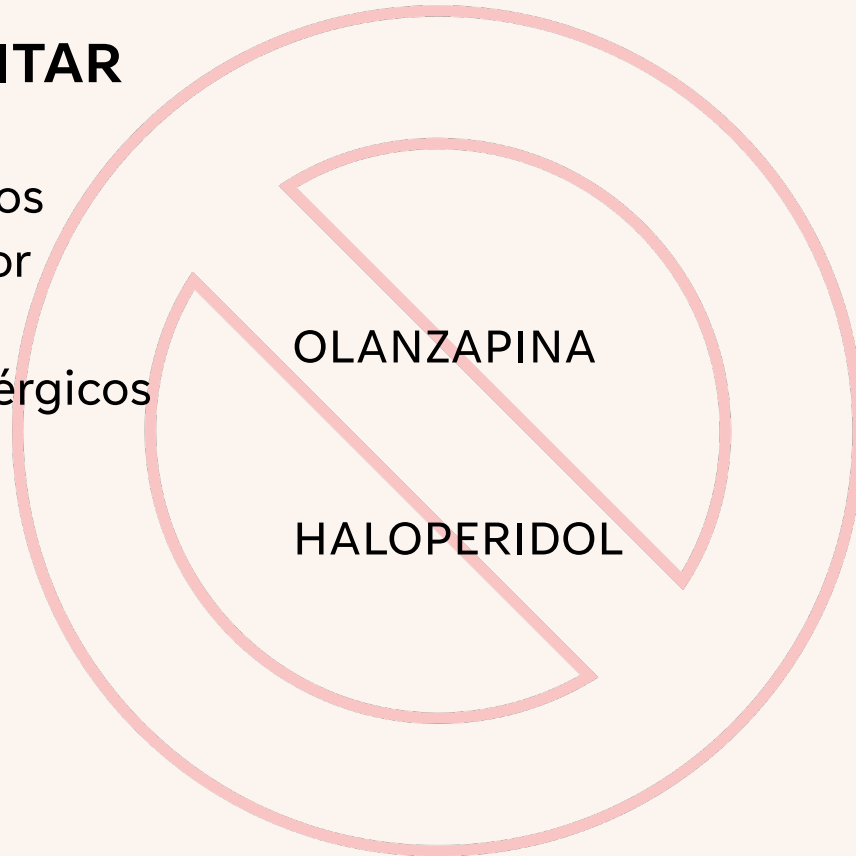
RIVASTIGMINA

- Reducción alucinaciones visuales frente a placebo
- Sin suficiente evidencia actual

PSICOSIS

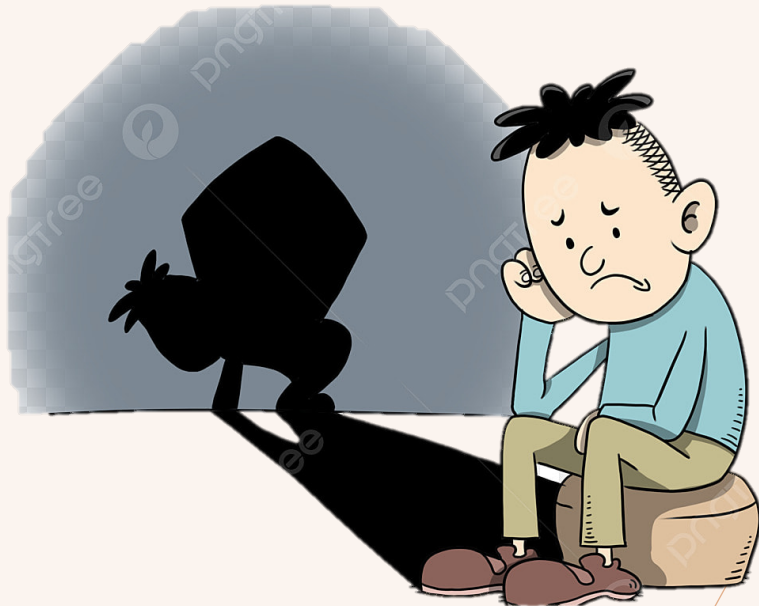
FÁRMACOS A EVITAR

Empeoramiento de los síntomas motores por alta potencia sobre receptores dopaminérgicos



TRASTORNOS AFECTIVOS

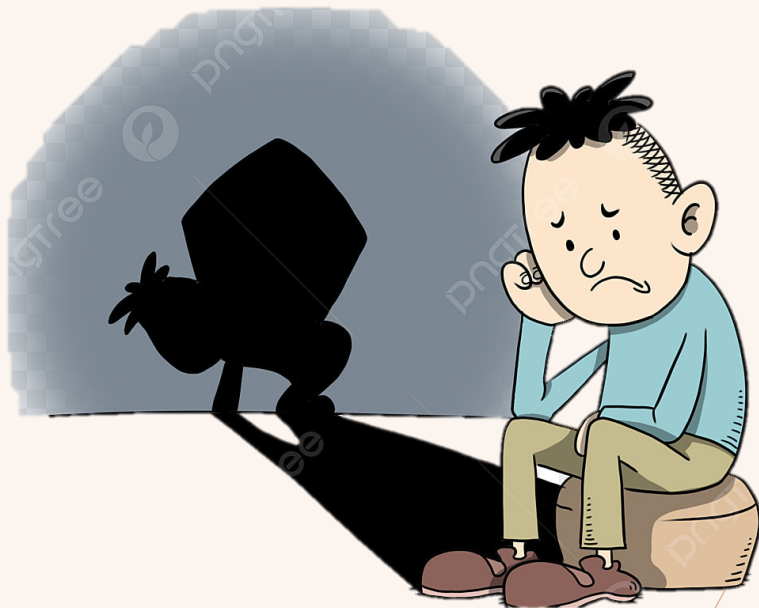
- Depresión
- Ansiedad
- Apatía



TRASTORNOS AFECTIVOS

- Depresión
- Ansiedad
- Apatía

Períodos OFF vs síntomas persistentes



TRASTORNOS AFECTIVOS

■ Depresión

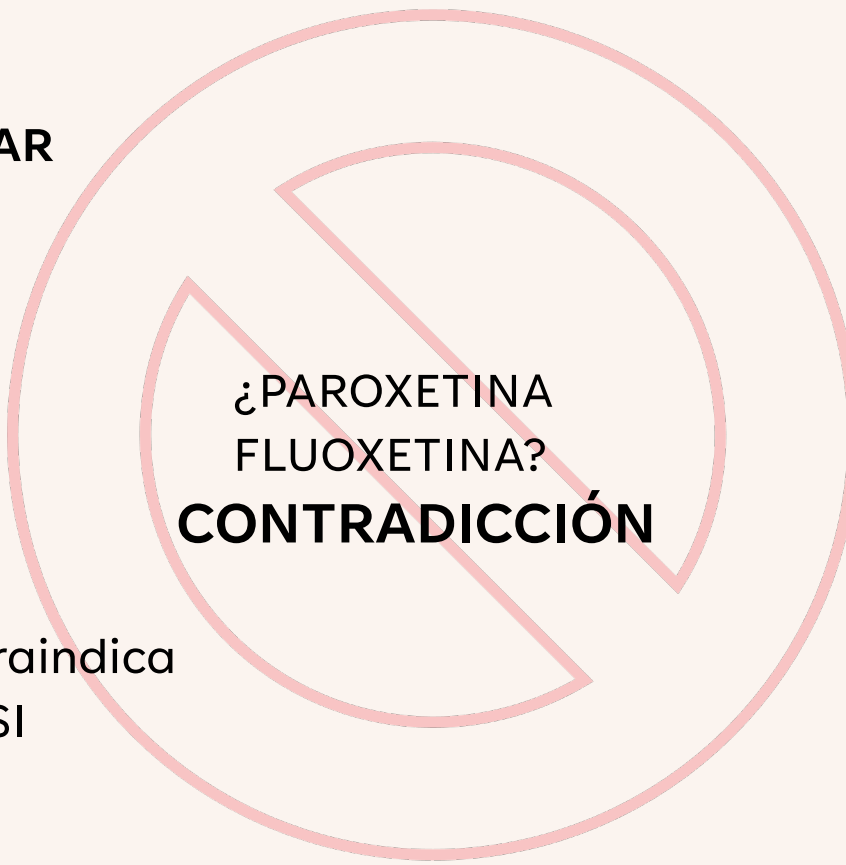
*Recomendación grado B/C

Mecanismo	Fármaco	Dosis diaria	Observaciones
ISRS	Sertralina	50-100 mg	Generalidades: - Mejor tolerado - <u>Más usado</u> - RA: GI e insomnio (dosis en DE) Escitalopram y citalopram: alargan QT
	Escitalopram	10-15 mg	
	Citalopram	10-20 mg	
ATC	Nortriptilina	50 mg	- Peor tolerancia - Valorar beneficio/riesgo
	Amitriptilina	50-150 mg	
ISRSN	Venlafaxina	75-150 mg	- Aumento PA y FC - ¿Contraindicado si arritmias?
OTROS	Pramipexol	2,1 mg	- Si síntomas motores

TRASTORNOS AFECTIVOS

▪ Depresión

FÁRMACOS A EVITAR



¿PAROXETINA
FLUOXETINA?
CONTRADICCIÓN

- SEN: No la contraindica
- Resto de guías SI

TRASTORNOS AFECTIVOS

■ Ansiedad

Benzodiazepinas de vida media corta y metabolismo sencillo

- **Alprazolam**
- **Lorazepam**

Antidepresivos

- **Inhibidores de la recaptación de serotonina**
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina**

TRASTORNOS AFECTIVOS

▪ Apatía

Tratamiento en función de la causa subyacente

- Mayor deterioro cognitivo: déficit colinérgico
- Sin demencia: déficit dopaminérgico

Tratamiento común: **rivastigmina 9,5 mg diarios**

DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

DETERIORO COGNITIVO LEVE

- No interfiere en las actividades básicas de la vida diaria
- Sin evidencia clara de tratamiento
- Posibles opciones:
 - **Levodopa/inhibidores de DOPA descarboxilasa**
 - **Agonistas dopaminérgicos**
 - **IMAO: safinamida y selegilina**

DEMENCIA

- Si interfiere
- Incidencia acumulada 80% en 10-20 años de enfermedad
- Posibles opciones:
 - **Rivastigmina 3-12 mg diarios. Más evidencia (A)**
 - **Donepezilo: 5-10 mg diarios**
 - **Memantina**



TRASTORNOS DEL SUEÑO

SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA



- RA fármacos dopaminérgicos: **reducir o suspender**
- RA fármacos no antiparkinsonianos: **reducir o suspender.**

Recomendación

Evitar fórmulas retard
y dosis elevadas por las
noche
(CONTRADICTORIO)



- Relacionado con la propia enfermedad: **Modafinilo 100-400 mg diarios**

Alternativas: metilfenidato (tto sintomático) u oxibato sódico



TRASTORNOS DEL SUEÑO

ALTERACIONES DEL SUEÑO NOCTURNO

- Mal control de síntomas motores:
 1. Optimizar tto antiparkinsoniano
 2. **Preferencias:** formulaciones retard o agentes dopaminérgicos de vida media larga
 - **Rotigotina 2-6 mg diarios**
 - **Ropirinol retard 2-24mg** (habitual 12-16 mg) diarios previo a acostarse
 - Síndrome piernas inquietas: asociar **gabapentina**
-  Selegilina, amantadina, entacapona, anticolinesterásicos, ISRS y venlafaxina
- **Levodopa subcutánea**

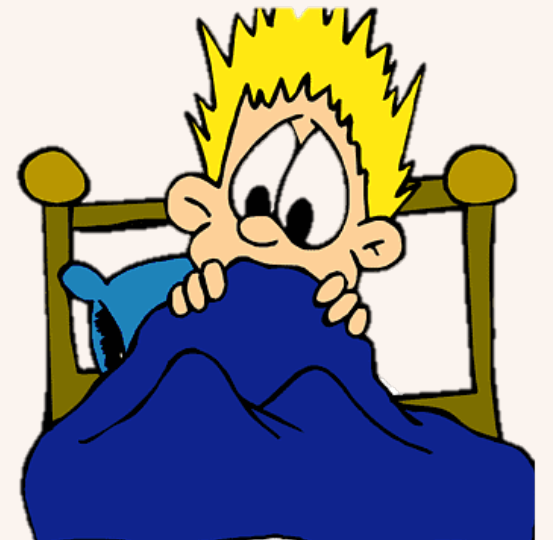
TRASTORNOS DEL SUEÑO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DEL SUEÑO REM

Pesadillas y conductas violentas

Tratamiento principal

- **Clonazepam** 0,5-2 mg previo a acostarse
- **Melatonina** 4 mg 2h previo a acostarse



CONCLUSIONES

INDIVIDUALIZAR DEL TRATAMIENTO

Pacientes muy complejos y heterogéneos entre sí

CONTRADICCIÓN

Entre las distintas guías debido a la dificultad para encontrar un equilibrio en el manejo del paciente

CONCILIACION DE LA MEDICACIÓN

Evitar un empeoramiento de los síntomas relacionados con la enfermedad sea cual sea el motivo de ingreso

RETRASO DE LA INCAPACIDAD

Síntomas psiquiátricos como principales causantes de la incapacidad. Causa de gran coste emocional y económico

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de práctica clínica en la enfermedad del Parkinson. SEN 2024
- Clinical manifestations of parkinson disease
- Guía de utilización de antidepresivos. Área de salud de Segovia
- Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento, Sociedad Andaluza de Neurología. Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson. 2012.
- Santos García D. Demencia, psicosis y trastornos del control de impulsos. Unidad de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), A Coruña; s. f.
- Losada Abalo A. Guía rápida para la elección del tratamiento antidepresivo. Centro de Salud de Elviña, Área Sanitaria de A Coruña e Cee, Servicio Galego de Saúde; s. f.