

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Enfermedad de Parkinson

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA

Enfermedad de Parkinson,

Proceso Asistencial Integrado

ENFERMEDAD de Parkinson [Recurso electrónico] :
proceso asistencial integrado / autores, Mínguez
Castellanos, Adolfo (coordinador) ... [et al.]. -- 1ª
ed. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y
Políticas Sociales, 2015

Texto electrónico (pdf), 50 p.

1. Enfermedad de Parkinson 2. Calidad de la
atención de salud 3. Guía de práctica clínica
4. Andalucía I. Mínguez Castellanos, Adolfo
II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y
Políticas Sociales
WL 359



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

1ª edición 2015

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ENFERMEDAD DE PARKINSON

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Maquetación: Artefacto

Autores:

Mínguez Castellanos, Adolfo (Coordinador)

Médico. Especialista en Neurología. Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Granada.

Carlos Gil, Ana María

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junta de Andalucía. Sevilla

García Caballos, Marta

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Peligros. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

García Robredo, Beatriz

Farmacéutica. Servicio de Promoción del Uso Racional del Medicamento. Servicios de Apoyo. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Ras Luna, Javier

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor Técnico de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Redondo Cabezas, Tania

Terapeuta Ocupacional. Equipo Móvil. Distrito Huelva Costa. Huelva.

Rubio Rubio, Francisca

Enfermera. UGC de Álora. Málaga.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Colaboradores:

Rafael Martínez de la Peña. Enfermero, UGC Puebla de Vicar. Distrito Sanitario Poniente de Almería. Lucía Túnez Rodríguez. Enfermera. UGC Alcazaba. Distrito Sanitario Almería. Gador Ramos Bosquet. Enfermera. UGC de Neurocirugía. Hospital Torrecardenas. Almería.

Conflicto de interés:

Todos/as los/as autores/as han realizado una declaración de intereses, que consta en el Servicio de Calidad y Procesos.

Revisión externa:

Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC),

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Andalucía

(SEMERGEN), asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

(ASANEC), Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía

(ASENHOA)

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de los medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de como se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 15

Descripción general / 17

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 19

Competencias específicas del equipo profesional / 35

Representación gráfica: Representación global / 37

Indicadores / 39

Anexos / 41

- A1. Principales fármacos parkinsonizantes
- A2. Criterios diagnósticos de enfermedad de Parkinson
- A3. Clasificación por estadios de Hoehn-Yahr

Acrónimos / 47

Bibliografía / 49

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave, responden a las características de calidad que, según el grupo de trabajo aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendación	Grado
Ante cualquier paciente con síntomas característicos de enfermedad de Parkinson (EP), se retirarán o sustituirán posibles fármacos parkinsonizantes y se realizará un control clínico a las dos semanas.	AG
Si existe alta sospecha de EP, el/la paciente deberá ser remitido/a precozmente al neurólogo, a ser posible sin iniciar tratamiento específico.	C ¹³
En consulta de neurología se realizará una valoración completa, se aplicarán los criterios diagnósticos, y se establecerá el plan terapéutico y el seguimiento necesario.	B ¹³
Se prescribirá tratamiento farmacológico específico si el/la paciente presenta limitación de su capacidad funcional, teniendo en cuenta que no existe un único medicamento de primera elección.	C ¹³
Se llevará a cabo revisión de la medicación, explorando la adherencia y posibles barreras que dificulten un adecuado cumplimiento.	C ¹³
Se valorará recomendar tratamiento rehabilitador (áreas de fisioterapia, logopedia y/o terapia ocupacional) de una forma individualizada	C ¹³
Se deberá prestar especial atención para la detección precoz, evaluación y tratamiento de los principales problemas clínicos (motores y no motores) asociados a la EP	AG ¹³

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común (después de la enfermedad de Alzheimer) y en la actualidad constituye un problema de salud de primer orden por su frecuencia y repercusión socio-sanitaria.

El diagnóstico de EP es fundamentalmente clínico. Por el momento no contamos con biomarcadores que permitan un diagnóstico inequívoco en vida, por lo que se basa en la presencia de los síntomas/signos característicos y en su evolución temporal. Sin embargo, la enfermedad es heterogénea en cuanto a su edad de presentación y a su perfil clínico. La respuesta a fármacos dopamimérgicos es sin duda un dato clave, pero con las pautas actualmente recomendadas podría no hacerse evidente a corto plazo. Además, siempre es necesario realizar el diagnóstico diferencial entre la denominada “EP idiopática” y otros parkinsonismos secundarios. En la práctica habitual, el seguimiento clínico y la respuesta terapéutica a medio plazo son las claves que apoyan el diagnóstico.

Los tratamientos farmacológicos actuales, basados en potenciar la transmisión dopaminérgica, han modificado positivamente la historia natural de la enfermedad, pero a su vez condicionan complicaciones a medio-largo plazo y a menudo inducen o agravan algunos problemas no motores.

El impacto de la EP en los pacientes y su entorno es multidimensional por lo que su abordaje socio-sanitario debe tener en cuenta todos los factores, con la participación de los distintos profesionales implicados. Desde el punto de vista asistencial es fundamental la coordinación entre atención primaria y neurología. Pero además, el paciente con EP podrá precisar a lo largo de la evolución los cuidados y tratamiento experto de profesionales de otras áreas tanto médicas como quirúrgicas.

Todo lo mencionado anteriormente nos ha llevado a la descripción del Proceso Asistencial Integrado Enfermedad de Parkinson que nos permita mejorar los resultados en salud de una forma costo-efectiva, incorporando igualmente aquellos aspectos relacionados con la seguridad, los momentos claves de la información, los cuidados y la toma de decisiones conjuntamente con el paciente, respondiendo precisamente a sus necesidades y expectativas.

Aspectos Metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo de la EP. Para ello se utilizaron las principales bases de datos referenciales: *Medline*, *Embase*, *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*, y las de aquellas instituciones y organismos con GPC Clínica o repertorios de Guías: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *National Guidelines Clearinghouse*, *National Library of Guidelines*, así como el metabuscador *Tri-pdatabase* hasta el 9 de septiembre de 2013.

La búsqueda se realizó siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) con términos tanto en formato libre como en lenguaje estructurado (descriptores *Mesh* y *Emtree*). La búsqueda se realizó utilizando lenguaje libre de forma muy sensible para evitar la pérdida de estudios relevantes y se centró en GPC publicadas en los últimos cinco años (2009-2013) que abordan el tratamiento farmacológico, manejo de las complicaciones y de otros tratamientos complementarios para la EP.

Para evaluar la calidad de los estudios incluidos se realizó una lectura crítica y una síntesis cualitativa. El diseño y metodología de las GPC se evaluó con la herramienta AGREE disponible en el siguiente enlace: <http://www.agreertrust.org/resource-centre/>

Para la gradación de los niveles de evidencia y grados de recomendación se ha utilizado el correspondiente a la GPC utilizada.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo descriptor del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dicha guía.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN). GUÍAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS OFICIALES ¹

La clasificación de la evidencia disponible respecto a los **procedimientos diagnósticos** debe realizarse según los siguientes criterios:

Nivel I	Estudios prospectivos bien diseñados que incluyan un espectro amplio de personas en las que se sospecha la enfermedad. El test diagnóstico debe evaluarse de manera “ciega”. La definición de la enfermedad debe basarse en criterios “ <i>gold standard</i> ”.
Nivel II	Estudios prospectivos bien diseñados que incluyen un espectro reducido de personas en los que se sospecha la enfermedad. Estudios retrospectivos bien diseñados en los que se incluye un espectro amplio de pacientes con la enfermedad según criterios “ <i>gold standard</i> ” comparado con un espectro amplio de controles. La evaluación del test diagnóstico debe haberse realizado de manera “ciega”.
Nivel III	Estudios retrospectivos en los que el test diagnóstico se evalúa de manera “ciega” pero con espectro reducido tanto de pacientes como de controles.
Nivel IV	Estudios en los que el test diagnóstico no se evalúa de manera “ciega”. Opiniones de expertos. Series de casos.

La clasificación de la evidencia disponible respecto a las **intervenciones terapéuticas** debe realizarse según los siguientes criterios:

Nivel I	Evidencia procedente de un ensayo clínico aleatorio o metanálisis con las siguientes características: a) la población estudiada debe ser representativa, b) los objetivos deben estar claramente definidos, c) los criterios de inclusión y exclusión claramente establecidos, d) la valoración del resultado debe ser “ciega” respecto al tratamiento realizado, e) justificación adecuada de las pérdidas de pacientes (generalmente se recomienda que la pérdida de pacientes debe ser inferior al 10%), f) las características basales relevantes deben ser equiparables en los grupos estudiados.
Nivel II	Ensayos clínicos aleatorios que no cumplen los criterios para ser clasificados como nivel de evidencia I. También se incluyen como nivel de evidencia II los estudios prospectivos no aleatorios en poblaciones representativas, con grupo control, con valoración “ciega” del resultado y que cumplen los criterios a-e señalados en el párrafo anterior.
Nivel III	Otros estudios con grupo control en los que la valoración del resultado es independiente del tratamiento recibido.
Nivel IV	Estudios sin grupo control. Series de casos. Opiniones de expertos.

Las recomendaciones se clasificarán en los siguientes grados en función del nivel de evidencia en que se basan:

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 nivel de evidencia II.
GRADO C	Apoyado por estudios con nivel de evidencia III o IV.

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones encaminadas a establecer un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con EP.

Límite de entrada:

Persona que desarrolla de forma progresiva lentitud/torpeza de movimientos, más rigidez y/o temblor, en una o varias extremidades.

Límite final:

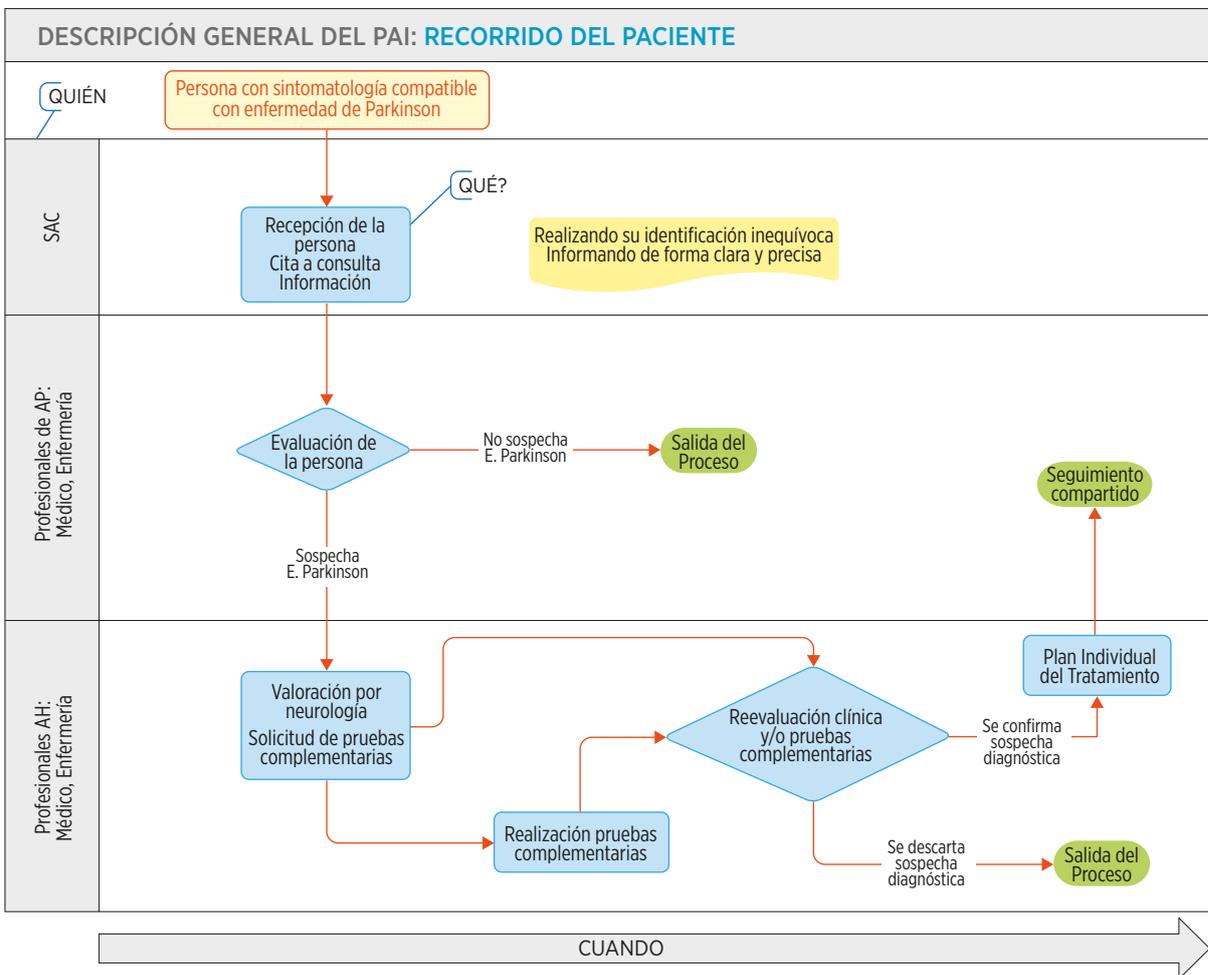
- Se descarta la sospecha de EP.
- Diagnóstico de otro síndrome parkinsoniano (atrofia multisistémica, parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal, enfermedad por cuerpos de Lewy difusos, parkinsonismo vascular, etc.)
- Enfermedad terminal.

Límites marginales:

- Abordaje en el contexto de la multimorbilidad y/o pluripatología.
- Terapias avanzadas:
 - Infusión subcutánea de apomorfina.
 - Infusión intestinal de levodopa.
 - Tratamiento quirúrgico.
- Cuidados paliativos.

Descripción general

La descripción general del PAI-EP se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que la desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de el/la paciente, se han identificado los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en GPC se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (Acuerdo de Grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  y la buena práctica de la Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESP) del SSPA² y/o la Organización Mundial de la Salud (OMS)³
 - Se identifica, además con  la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información y toma de decisiones^(4,5):**
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, de información que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía⁶, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética⁷ y otros documentos de la estrategia de Bioética:
 - > Uso de formulario de Consentimiento Informado (CI) escrito del Catálogo de formularios del SSPA⁸.
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones⁹.
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)¹⁰.
- **El uso adecuado de medicamentos:** se identifican con los mismos criterios que los especificados en el apartado de la “efectividad clínica”.

No siempre las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opcio-

nes (coste-efectividad, coste-beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como Informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.

- **Los cuidados de enfermería**, se describen principalmente mediante la identificación de los resultados a conseguir (Nursing Outcomes Classification-NOC)¹¹ y principales intervenciones (Nursing Interventions Classification-NIC)¹²

Servicio de Atención a la ciudadanía de Atención Primaria (AP)

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	2.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos de identificación diferentes (nombre-apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA)  .

Médico/a de Familia

Actividades	Características de calidad
2º EVALUACIÓN	<p>2.1 Ante un/a paciente o familiar que relate la aparición insidiosa de lentitud/torpeza de movimientos más rigidez y/o temblor en una o varias extremidades, se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis específica para ^(AG): <ul style="list-style-type: none"> - Conocer la historia evolutiva de la sintomatología. - Indagar el consumo de fármacos parkinsonizantes (Anexo 1). - Valorar otras condiciones que pudieran justificar en parte la sintomatología. • Exploración física (se adoptarán medidas generales de higiene de manos y, en caso necesario uso correcto de guantes . <p>2.2 En caso de que el/la paciente estuviera tomando fármacos parkinsonizantes (Anexo 1), se retirarán o sustituirán ^{(Recomendación Grado C)13} y se planificará revisión a las dos semanas para valorar la evolución ^(AG).</p> <p>2.3 Si el/la paciente no hubiera tomado fármacos parkinsonizantes, o tras la retirada de los mismos no han mejorado los síntomas, deberá ser remitido/a al neurólogo, a ser posible sin iniciar tratamiento específico ^{(Recomendación Grado C)13}.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>2.4   ⁶ Se informará a el/la paciente y personas que autorice sobre la evaluación inicial y el objetivo de la interconsulta a Neurología). Se dejará constancia de ello en su historia de salud ^(AG).</p> <p>Asimismo se explorarán sus valores y preferencias, para facilitar la toma de decisiones, y se le invitará a contactar en caso que tuviera nuevas dudas o preocupaciones.</p>

Neurólogo/a y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>3º EVALUACIÓN Y PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>3.1 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca de la persona .</p> <p>3.2 Se realizará ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis específica: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de EP. - Antecedentes personales. - Posible consumo de fármacos parkinsonizantes (Anexo 1). - Evolución de la sintomatología. • Exploración neurológica completa. • Se aplicarán los criterios diagnósticos propuestos por Gelb et al. ^{(Recomendación Grado B)¹³} (Anexo 2). <p>3.3 El diagnóstico de EP es clínico, no obstante podrán solicitarse pruebas complementarias para el diagnóstico diferencial con otras patologías. La evolución clínica característica y la respuesta terapéutica a fármacos dopaminérgicos son en sí mismas criterios diagnósticos ^{(Recomendación Grado B)¹³}.</p> <p>3.4 Se establecerá un plan terapéutico individualizado en función de las características de el/la paciente: edad, perfil clínico, actividad diaria, comorbilidad, cumplimiento terapéutico, preferencias ^{(AG)¹³}. Como medidas no farmacológicas se recomendarán estilos de vida saludables, en especial y siempre que sea posible, la práctica de actividad física regular ^(AG).</p> <p>3.5 Se iniciará tratamiento farmacológico específico si el/la paciente presenta limitación de su capacidad funcional ^{(Recomendación Grado C)¹³}. En la prescripción se tendrá en cuenta el balance beneficio-riesgo y el coste de los medicamentos ^(AG). Asimismo deberá procurarse la conciliación terapéutica con otros fármacos que fueran precisos para otros problemas de salud .</p> <p>Son alternativas eficaces en la EP inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO-B): rasagilina, selegilina. <ul style="list-style-type: none"> - Su eficacia en monoterapia es modesta, aunque suficiente para algunos/as pacientes durante un tiempo. Retrasan la necesidad de levodopa (LD) y el desarrollo de complicaciones motoras ^{(Recomendación Grado A)¹³}.



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Se vigilará la posible aparición de efectos adversos dopaminérgicos como náuseas o alucinaciones. - Se evitará el uso concomitante de antidepresivos y otros IMAO por el riesgo de crisis hipertensiva o síndrome serotoninérgico. • Los agonistas dopaminérgicos (AD): no ergóticos (ropinirol, pramipexol, rotigotina) o ergóticos (pergolida, cabergolina). <ul style="list-style-type: none"> - Su eficacia en monoterapia es moderada, pero puede ser importante para algunos/as pacientes e incluso mejorar síntomas que en ocasiones son refractarios a LD (como el temblor). Retrasan la necesidad de LD y el desarrollo de complicaciones motoras (Recomendación Grado A)13. - Se consideran de elección los no ergóticos, bien por vía oral (ropinirol, pramipexol) rotigotina de administración transdérmica no se considera de elección y sería de utilidad únicamente si la vía oral no está disponible. La eficacia y tolerabilidad de las formulaciones orales de liberación prolongada son equivalentes a las formulaciones estándar, pudiendo administrarse una vez al día. - Se titularán lentamente hasta alcanzar la dosis efectiva (AG)14,15,16 con atención a la posible aparición de efectos adversos como náuseas, mareos, somnolencia, alucinaciones o trastornos del control de impulsos (AG)14,15,16. - Los AD ergóticos pueden inducir valvulopatías cardíacas y otros cuadros fibróticos por lo que su uso solo estaría justificado en casos muy excepcionales y con una estrecha monitorización (ecocardiograma, radiografía de tórax, función renal y velocidad de sedimentación globular). • Levodopa (LD) asociado siempre a un inhibidor de la DOPA descarboxilasa (IDD), carbidopa o benserazida, para mejorar su biodisponibilidad y tolerancia. <ul style="list-style-type: none"> - Es el fármaco más eficaz pero con mayor riesgo de inducir complicaciones motoras. - En pacientes que precisan un efecto sintomático potente no debe retrasarse su prescripción, especialmente si presentan discapacidad moderada-severa o alteración de los reflejos posturales. - En pacientes mayores con deterioro cognitivo es preferible tratamiento con LD en monoterapia (Recomendación Grado B)13. - Se prescribirá una pauta ascendente de dosis hasta llegar a la mínima que produzca una respuesta clínica satisfactoria. - La formulación de liberación retardada no ha demostrado un mayor beneficio en la EP inicial respecto a la formulación estándar, ni capacidad para prevenir la aparición de complicaciones motoras (Nivel de evidencia I)13. <p>3.6 En esta fase los cuidados irán orientados a ^{11,12}</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1802 Conocimiento: proceso de enfermedad. • NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. • NOC 1811 Conocimiento: actividad prescrita. • NOC 1802 Conocimiento: dieta.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • NOC 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable. • NOC 1828 Prevención de caídas. • NOC 1300 Aceptación: estado de salud. • NOC 1205 Autoestima. • NOC 1204 Equilibrio emocional. • NOC 1201 Esperanza. • NOC 1209 Motivación. • NOC 1211 Nivel de ansiedad. • NOC 1208 Nivel de depresión. • NOC 1210 Nivel de miedo. • NOC 0208 Movilidad. • NOC 0906 Toma de decisiones. • NIC 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. • NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita. • NIC 5612 Enseñanza: ejercicio físico. • NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. • NIC 6490 Prevención caídas. • NIC 5230 Aumentar el afrontamiento. • NIC 5820 Disminución de la ansiedad. • NIC 5400 Potenciación de la autoestima. <p>3.7   6.9.10 Se informará a la/el paciente y/o familiar de los procedimientos, tratamientos sugeridos, beneficios y efectos adversos, teniendo en cuenta su opinión para adoptar decisiones compartidas, y para la planificación de decisiones futuras. Se dejará constancia en la historia de salud de la información y decisiones tomadas.</p> <p>3.8 Se transmitirá la información entre profesionales de diferentes ámbitos de atención (AP-AH) mediante informe de seguimiento, para garantizar la continuidad asistencial .</p>

Médico/a de Familia y Enfermera de Familia, Neurólogo/a, Enfermera de Atención Hospitalaria, Trabajador/a Social, Enfermera Gestora de Casos

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º SEGUIMIENTO</p>	<p>4.1 Tras la confirmación del diagnóstico y establecido el tratamiento farmacológico, se recomienda realizar una valoración integral por el equipo de AP sobre hábitos de vida saludable, estado nutricional, autonomía funcional, riesgo de caídas y patrón de sueño con el objetivo de establecer un Plan terapéutico individualizado ^(AG).</p> <p style="text-align: right;"></p>

Actividades	Características de calidad
	<p>4.2 Se evaluará el seguimiento del plan terapéutico individualizado, teniendo en cuenta el estadio funcional, con la siguiente periodicidad ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 meses si no hay compromiso funcional. • Cada 3 meses si hay compromiso funcional requiriendo ayuda parcial. • Cada 1-3 meses si se trata de un paciente inmovilizado. <p>4.3 En cada visita se valorará ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud general, autonomía funcional y grado de dependencia. • Adherencia y respuesta al tratamiento. • Evolución de los síntomas cardinales: bradicinesia, rigidez, temblor y trastornos de la marcha. • Aparición o evolución de otros síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Fluctuaciones motoras. - Discinesias. - Dificultad de deglución. - Problemas de memoria. - Depresión. - Trastornos del pensamiento o conducta. - Problemas urinarios. - Estreñimiento. - Hipotensión ortostática. - Trastornos del sueño. - Alteraciones del olfato. • Nutrición y actividad física <p>4.4  ⁶ Se deberá valorar explícitamente si el/la paciente con EP pudiera encontrarse en una situación de incapacidad que le impidiera tomar decisiones por sí mismo/a. Para ello se deberá considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra. • Si retiene defectuosamente dicha información o no la utiliza de forma lógica durante el proceso de toma de decisiones. • Si falla en la apreciación de las posibles consecuencias de las diferentes alternativas. <p>El/la médico/a responsable identificará, y dejará constancia en la historia de salud, los datos de la persona designada como representante, que actuará por el/la paciente en situación de incapacidad de hecho.</p> <p>4.5 Se establecerán medidas de protección según el estado funcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas ^{(AG)17}. • Prevención de aparición de úlceras por presión, evaluando el riesgo mediante la escala de Norton ^{(AG)18}. • Cribado de malnutrición mediante la herramienta MUST ^{(AG)19}.

Actividades	Características de calidad
	<p>4.6 Se promoverán estilos de vida saludable sobre: alimentación, hábitos tóxicos, y actividad física adecuada a su estado funcional ^(AG).</p> <p>4.7  Se explorarán valores, opciones y preferencias de la/el paciente en cuanto al manejo de su enfermedad y la planificación de cuidados formales e informales.</p> <p>4.8 En esta fase los cuidados irán orientados a ^{11, 12}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1409 Autocontrol de la depresión. • NOC 1613 Autogestión de los cuidados. • NOC 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas. • NOC 1909 Conducta de prevención de caídas. • NOC 0501 Eliminación intestinal. • NOC 0503 Eliminación urinaria. • NOC 1918 Prevención de aspiración. • NOC 0006 Energía psicomotora. • NOC 1010 Estado de deglución. • NOC 0007 Nivel de fatiga. • NOC 0004 Sueño. • NOC 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria. • NOC 1504 Soporte social. • NOC 2602 Funcionamiento de la familia. • NOC 2202 Preparación de el/la cuidador/a familiar domiciliario. • NOC 2508 Bienestar del cuidador principal. • NIC 1800 Ayuda al autocuidado. • NIC 600 Entrenamiento del hábito urinario. • NIC 440 Entrenamiento intestinal. • NIC 4720 Estimulación cognoscitiva. • NIC 1850 Fomentar el sueño. • NIC 7040 Apoyo a el/la cuidador/a principal. • NIC 7110 Fomento de la implicación familiar. • NIC 200 Fomento del ejercicio. • NIC 6490 Prevención de caídas. • NIC 2380 Manejo de la medicación. • NIC 1100 Manejo de la nutrición. • NIC 1860 Terapia de la deglución. • NIC 0221 Terapia de ejercicios: deambulación. • NIC 0226 Terapia de ejercicios: control muscular. • NIC 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio.



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular. • NIC 7460 Protección de los derechos de el/la paciente. <p>4.9 Deberá valorarse la necesidad de tratamiento rehabilitador de forma individualizada (fisioterapia, logopedia y/o terapia ocupacional), con los siguientes objetivos ^{(AG)16}:</p> <p>Terapia ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de los roles familiares, cuidados en el hogar, trabajo y actividades de ocio. • Mejora y mantenimiento de las transferencias y la movilidad. • Mejora de las actividades de autocuidado personal tales como comer, beber, lavarse y vestirse. • Evaluación cognitiva y adecuada intervención. <p>Terapia del habla y la deglución:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la gama vocal de volumen y tono. • Enseñanza de estrategias para optimizar la inteligibilidad del habla. • Garantizar un medio eficaz de comunicación que se mantenga a lo largo del curso de la enfermedad, incluyendo el uso de tecnologías asistidas. • Revisión y gestión para apoyar la seguridad y eficiencia de la deglución y minimizar el riesgo de aspiración. <p>Fisioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reeducación de la marcha, mejora del equilibrio y la flexibilidad. • Mejora de la capacidad aeróbica. • Mejora de la iniciación del movimiento. • Mejora de la independencia funcional, movilidad y actividades de la vida diaria. <p>4.10 Las revisiones con el/la neurólogo/a se planificarán de forma individualizada: ^{(Nivel de evidencia IV) 13}.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En función de las circunstancias clínicas • Con mayor frecuencia al inicio del tratamiento y ante la aparición de complicaciones motoras o mentales. • En la evaluación de la progresión de la enfermedad se podrán utilizar diferentes escalas clínicas, recomendándose por su utilidad y sencillez el Estadio de Hoehn-Yahr (en pacientes con fluctuaciones motoras, se indicará la puntuación en situación “off” y en situación “on”) ^{(AG)20} (Anexo 3). <p>4.11 Se podrá facilitar consulta con el/la Trabajador/a Social para recibir información sobre recursos de la comunidad y en caso de tener actividad laboral sobre los trámites necesarios en función de sus circunstancias.</p> <p>4.12 Se podrá realizar consulta con la enfermera gestora de casos ante la necesidad de material de apoyo teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad.</p>

4.13 Se prestará especial atención a la detección precoz, evaluación y tratamiento de los principales problemas clínicos, motores y no motores que pueden aparecer en el transcurso de la EP:

COMPLICACIONES MOTORAS

Fluctuaciones inducidas por LD

Se recomienda:

- Tomar la LD separada de las comidas y en algunos casos considerar una dieta de redistribución proteica: desayuno y almuerzo con menor contenido proteico que la cena *(Nivel de evidencia IV) 13*.
- Ajustar la dosis de LD por toma y los intervalos entre dosis en función del patrón de fluctuaciones *(Nivel de evidencia III - IV) 13*.
- Si no los tomaba con anterioridad, se podrán añadir otros fármacos orales de los siguientes grupos farmacológicos *(Recomendación Grado A) 13*, (individualizando según cada paciente ya que no hay un único fármaco de elección):
 - AD : de preferencia los no ergóticos (pramipexol, ropinirol, rotigotina) *(Nivel de evidencia I) 13*.
 - IMAO-B: rasagilina *(Nivel de evidencia I) 13* o selegilina *(Nivel de evidencia II) 13*.
 - Inhibidor de la catecol-orto metiltransferasa (ICOMT), entacapona *(Nivel de evidencia I) 13* requiriendo muchas veces reducir la dosis de LD aproximadamente un 10-30%. No se recomienda utilizar tolcapona por el riesgo de toxicidad hepática grave; en casos excepcionales podría hacerse bajo un estricto control analítico *(Recomendación Grado C) 13*.

Discinesias inducidas por LD

Se recomienda *(AG) 13*:

- Ajustar la dosis de LD por toma y los intervalos entre dosis en función de su patrón de presentación (“pico de dosis”, bifásicas...) *(Nivel de evidencia III - IV) 13*.
- Ajustar la dosis o incluso plantear suspender otros fármacos dopaminérgicos (ICOMT, IMAO-B o AD).

MANIFESTACIONES MOTORAS REFRACTARIAS

Temblores

Si es refractario a la medicación dopaminérgica y si aparece en fases iniciales o medias de la enfermedad, puede plantearse tratamiento con:

- Fármacos anticolinérgicos, aunque con precaución por sus frecuentes efectos adversos.
- Propranolol, si el temblor presenta un componente postural y/o cinético importante.



Actividades

Características de calidad

- Si es incapacitante a pesar del mejor tratamiento farmacológico, se considerará la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Disfagia

Se recomienda [\(AG\) 13](#) :

- Administrar la LD 20-30 minutos antes de las comidas.
- Realizar modificaciones dietéticas: dieta blanda, uso de espesantes.
- Realizar estudio nutricional.
- Si se sospechan aspiraciones silentes, se realizará estudio de la deglución mediante endoscopia o videofluoroscopia.
- Considerar la posible necesidad de alimentación enteral asistida (sonda nasogástrica o gastrotomía endoscópica percutánea).

Disartria

Se recomienda [\(AG\) 13](#) :

- Optimizar el tratamiento dopaminérgico.
- Valorar tratamiento logopédico [\(Nivel de evidencia II\) 13](#).
- En casos resistentes considerar dispositivos que permitan la comunicación (tableros con alfabeto, amplificadores de voz, feedback auditivo retardado, mecanismos de biofeedback o comunicación con ordenador portátil o pantallas táctiles, etc.).

Trastornos de la marcha

Se recomienda [\(AG\) 13](#) :

- Optimizar el tratamiento dopaminérgico.
- Valorar fisioterapia y programas de prevención de caídas.
- Considerar fármacos con posible eficacia sobre las congelaciones, como rasagilina [\(Nivel de evidencia III\) 13](#).

MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS Y COGNITIVAS

Psicosis inducida por fármacos

Se adoptarán las siguientes medidas:

- Tratar patologías concomitantes.
- Retirar anticolinérgicos y fármacos relacionados.
- Reducir o retirar, si fuera posible, la dosis de otros fármacos antiparkinsonianos, de forma lenta y siguiendo este orden (además de anticolinérgicos): amantadina, IMAO-B y AD. [\(Grado de recomendación C\) 13](#).
- Iniciar tratamiento con un antipsicótico atípico:
 - Clozapina, realizando un seguimiento clínico y analítico estrecho por el riesgo de inducir agranulocitosis y miocarditis [\(Nivel de evidencia I-II Recomendación Grado B\) 13](#).
 - Quetiapina no dispone de aprobación para esta indicación, pero también es eficaz sobre los síntomas psicóticos en la EP, sin diferencias significativas respecto a clozapina [\(Nivel de evidencia II\) 13](#). Puede plantearse cuando la clozapina esté contraindicada o no sea posible realizar el seguimiento necesario [\(Grado de recomendación C\) 13](#).

Actividades

Características de calidad

- Olanzapina no es útil en el manejo de la psicosis en la EP y con frecuencia empeora los síntomas motores (Nivel de evidencia II.Grado de recomendación B) 16.

Otros trastornos de conducta

Incluye el trastorno de control de impulsos, el síndrome de desequilibrio de la LD y el comportamiento estereotipado (punding).

Se recomienda (AG)13:

- Ajuste de la medicación dopaminérgica.
- Evaluar la necesidad de una valoración psiquiátrica específica.

Depresión

Si fuera preciso iniciar tratamiento farmacológico, se planteará un antidepresivo tricíclico (como amitriptilina) o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (Grado de recomendación C) 13. Debe evitarse la asociación de estos últimos con IMAO-B.

Demencia

Se recomienda (AG) 13 :

- Valorar la posibilidad de otras patologías concomitantes.
- Suspender aquellos fármacos con potenciales efectos adversos cognitivos (anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, etc.) (Recomendación Grado C) 13.
- Tratamiento específico con rivastigmina (Grado de recomendación A) 13 único fármaco anticolinesterásico con indicación aprobada para el tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con EP.

DISAUTONOMÍA

Hipotensión ortostática (AG) 16

Se recomienda (AG) 13:

- Descartar otras patologías que pudieran actuar como agravantes, como la anemia.
- Considerar posibles efectos adversos de los fármacos: reducir o suprimir hipotensores y valorar reducir la medicación dopaminérgica.
- Medidas dietéticas: comidas frecuentes y ligeras, incrementar la ingesta de líquidos y sal, no consumir alcohol y evitar la cafeína por la noche.
- Medidas físicas: dormir con el cabecero de la cama elevado 20-30 cm, realizar ejercicio moderado, uso de medias elásticas y evitar ambientes calurosos.

Hipotensión postprandial

- Se aconsejarán modificaciones dietéticas: comidas frecuentes y ligeras, con reducción de la ingesta de azúcares (AG) 13.



Actividades	Características de calidad
	<p>Hiperhidrosis</p> <p>Se recomienda (AG) 13:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar otras patologías asociadas. • Optimizar la medicación dopaminérgica. • En función de la severidad: <ul style="list-style-type: none"> - Considerar el uso de betabloqueantes (Nivel de evidencia III) 13. - En formas locales, tratamiento con toxina botulínica, en las axilas (Nivel de evidencia I) 13 o en las palmas de las manos (Nivel de evidencia II) 13. <p>Estreñimiento</p> <p>Se deberá descartar otras patologías y considerar posibles efectos adversos farmacológicos (anticolinérgicos, antidepresivos tricíclicos).</p> <p>Se recomendarán (AG) 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas no farmacológicas (Nivel de evidencia IV) 13: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la ingesta de fibra y líquidos. - Ejercicio físico moderado. • Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> - Laxantes osmóticos: polietilglicol (Nivel de evidencia II) 13 o lactulosa. - Docusato sódico. - Supositorios de glicerina y enemas de limpieza ocasionales. <p>Sialorrea</p> <p>Se recomienda rehabilitación de la deglución mediante ejercicios específicos, además de mascar chicle y otras técnicas para forzar regularmente la deglución (Nivel de evidencia III) 13.</p> <p>Disfunción urinaria o sexual</p> <p>Los trastornos más comunes son la hiperreflexia del detrusor y la disfunción eréctil.</p> <p>Se recomienda (AG) 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar posibles efectos adversos farmacológicos. • Valoración por Urología para descartar otras patologías asociadas y tratamiento oportuno. <p>Pérdida de peso</p> <p>Se deberá (AG) 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar otras causas médicas. • Investigar si existe dificultad deglutoria. • Tratar las complicaciones motoras. • Considerar suplementos dietéticos.

TRASTORNOS DEL SUEÑO**Insomnio**

Se averiguará el tipo de insomnio y se identificarán los factores implicados, recomendándose [\(AG\) 13](#) :

- Medidas generales [\(Nivel de evidencia IV\) 13](#):
 - Se considerarán y tratarán la influencia de otros problemas motores, neuropsiquiátricos, autonómicos, del sueño o efectos adversos farmacológicos.
 - Se recomendarán medidas sobre higiene del sueño [\(Nivel de evidencia IV\) 13](#).
- Tratamiento farmacológico:
 - Fármacos dopaminérgicos de acción prolongada [\(Nivel de evidencia I\) 13](#).
 - Si hay depresión asociada, considerar antidepresivos sedantes (amitriptilina, trazodona, etc) [\(Nivel de evidencia IV\) 13](#).
 - Hipnóticos de vida media corta por tiempo limitado [\(Nivel de evidencia IV\) 13](#).

Hipersomnia [\(AG\) 13](#)

- Puede clasificarse como hipersomnia diurna (sensación constante de sueño con empeoramientos puntuales a lo largo del día) o ataques de sueño (episodios de somnolencia irresistible que ocurren sin aviso).
- Se aconseja [\(AG\) 13](#):
 - Valorar su posible asociación con insomnio nocturno y, en ese caso, identificar y tratar sus causas en primer lugar.
 - Si es posible, reducir la dosis o suspender aquellos fármacos que pudieran estar implicados, como AD.

Trastorno de conducta durante el sueño REM (actividad motora o vocal)

Se recomendarán [\(AG\) 13](#):

- Medidas generales [\(Nivel de evidencia IV\) 13](#):
 - Identificar y tratar otros problemas del sueño que puedan simularlo (pesadillas, movimientos periódicos de los miembros, apneas del sueño, etc).
 - Considerar reducir o retirar, si los está tomando, los fármacos que pudieran agravar este trastorno, como antidepresivos o bisoprolol.
 - Recomendar un entorno de sueño seguro para evitar lesiones del paciente o su pareja.

Síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de los miembros

Hay que considerar [\(AG\) 13](#) :

- Medidas generales: [\(Nivel de evidencia IV\) 13](#).
 - Investigar y tratar otras posibles causas asociadas (ferropenia, insuficiencia renal, polineuropatía, etc).



Actividades

Características de calidad

- Reducir o suspender aquellos fármacos que pudieran agravar los síntomas (antidopaminérgicos, antidepresivos, antihistamínicos, antagonistas del calcio, etc).
- Recomendar medidas higiénicas del sueño y, especialmente, evitar el consumo de estimulantes como la cafeína.
- Recomendar, para aliviar los síntomas, la movilización de los miembros, baños, masajes y ejercicios de relajación.

DOLOR Y SÍNTOMAS SENSITIVOS

Se aplicarán las medidas descritas en el PAI Dolor Crónico no Oncológico ^{(AG) 21}.

4.14   ^{6, 7} Se informará al paciente y/o familiar de los procedimientos, tratamientos sugeridos, posibles beneficios y efectos adversos, teniendo en cuenta su opinión para adoptar decisiones compartidas. Se dejará constancia en la historia de salud de la información y las decisiones tomadas.

4.15 Se deberá considerar cuidados paliativos en aquellos pacientes con EP avanzada que alcance una situación terminal, cuando estén presentes varias de las circunstancias siguientes ^{(AG) 13}:

- Pérdida de peso o de la masa muscular.
- Imposibilidad para la deambulación e inmovilización prolongada (“cama-sillón”).
- Imposibilidad para una adecuada dieta oral (planteamiento de sonda nasogástrica o gastrostomía).
- Imposibilidad para la comunicación verbal o franco deterioro cognitivo.
- Frecuentes atagantamientos, episodios de dificultad respiratoria, neumonías aspirativas.
- Infecciones urinarias de repetición (cistitis, pielonefritis, sepsis).
- Úlceras por presión refractarias a las medidas habituales (grado III y IV).
- Fiebre prolongada a pesar del tratamiento oportuno.
- Ingresos hospitalarios por: deshidratación, insuficiencia renal aguda, rabdomiolisis, efectos secundarios de fármacos, etc.

4.16 En esta fase los cuidados irán dirigidos a ^{11,12}:

- NOC 1300 Aceptación: estado de salud.
- NOC 1308 Adaptación a la discapacidad física
- NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.
- NOC 2508 Apoyo de el/la cuidador/a principal.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • NOC 1402 Control de la ansiedad. • NOC 0004 Sueño. • NOC 0313 Nivel de autocuidados. • NOC 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad. • NOC 1608 Control de síntomas. • NOC 005 Tolerancia a la actividad. • NOC 2000 Calidad de vida. • NIC 0200 Fomento del ejercicio. • NIC 1400 Manejo del dolor. • NIC 0450 Manejo del estreñimiento/impactación. • NIC 6490 Prevención de caídas. • NIC 5400 Potenciación de la autoestima. • NIC 1850 Fomentar el sueño. • NIC 1800 Ayuda al autocuidado. • NIC 2301 Administración de medicación enteral. • NIC 1056 Alimentación enteral por sonda. • NIC 7140 Apoyo a la familia. • NIC 7040 Apoyo a el/la cuidador/a principal.

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA a partir de 2006 se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados los mapas de competencias correspondientes de los y las diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos los profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención prestada a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión mediante los Planes de Desarrollo Individual (GPDI) del SSPA.

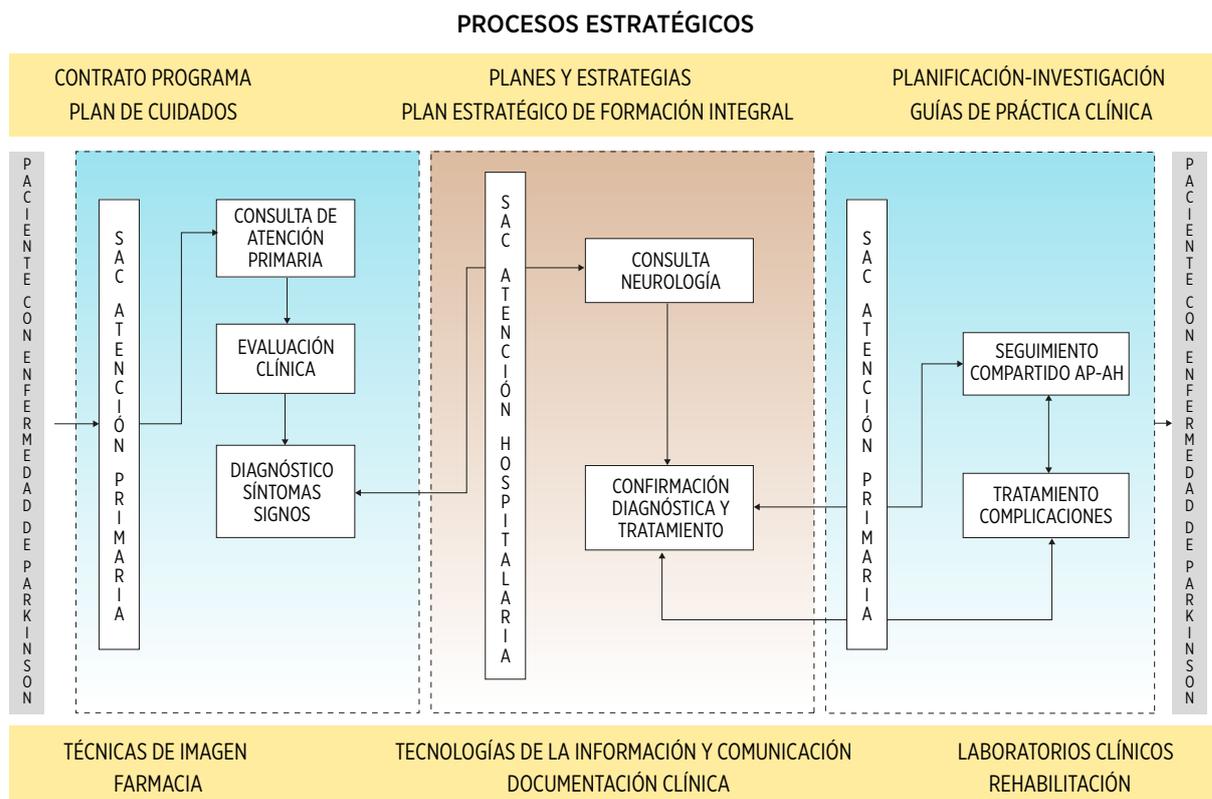
A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas

Representación Gráfica del PAI

La representación global del PAI permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-AH), y la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria. La continuidad de la asistencia al paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	Evitar el uso mantenido de fármacos parkinsonizantes
FÓRMULA	Número de pacientes en tratamiento mantenido con fármacos parkinsonizantes sin indicación psiquiátrica o neurológica específica x 100 / Número de pacientes en tratamiento mantenido con fármacos parkinsonizantes.
DEFINICIÓN	Prevención del parkinsonismo farmacológico.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El parkinsonismo farmacológico es relativamente frecuente y debe prevenirse desde AP.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes en tratamiento mantenido con fármacos parkinsonizantes.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	Retirada de fármacos parkinsonizantes
FÓRMULA	Número de pacientes con sintomatología parkinsoniana a los que se les retiran fármacos parkinsonizantes y realizan un control clínico a las dos semanas x 100 / Número total de pacientes que presentan sintomatología parkinsoniana y toman fármacos parkinsonizantes.
DEFINICIÓN	Detección y tratamiento del parkinsonismo farmacológico.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El parkinsonismo farmacológico es relativamente frecuente y debe ser sospechado y abordado inicialmente desde AP.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con sintomatología parkinsoniana que toman fármacos parkinsonizantes.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	Derivación a neurología por sospecha de EP
FÓRMULA	Número de pacientes con alta sospecha clínica de EP que son derivados a Neurología sin tomar fármacos parkinsonizantes y sin haber iniciado tratamiento específico x 100 / Número de pacientes con sospecha clínica de EP derivados a Neurología.
DEFINICIÓN	Condiciones idóneas para remisión a Neurología por sospecha de EP.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El paciente debe acudir a Neurología sin tomar fármacos parkinsonizantes e idealmente sin iniciar tratamiento específico.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Paciente con sintomatología clínica de EP.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

DENOMINACIÓN	Criterios diagnósticos
FÓRMULA	Número de pacientes valorados por Neurología por sospecha de EP a los cuales se les aplican criterios diagnósticos (Anexo 2) x 100 / Número de pacientes valorados por Neurología por sospecha de EP.
DEFINICIÓN	Aplicación de los criterios diagnósticos en pacientes con sospecha de EP.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Establecer un diagnóstico de EP posible/probable vs. Otros parkinsonismos.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Paciente valorados por Neurología por sospecha de EP.
FUENTE DE DATOS	Historia Clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	A determinar.

Principales fármacos parkinsonizantes¹³

1. Mayor potencial parkinsonizante

- **Neurolépticos típicos o clásicos:**
 - Fenotiazinas:
 - Clorpromazina
 - Flufenazina
 - Trifluoperazina
 - Tioridazina
 - Tietilperazina,
 - Butirofenonas:
 - Haloperidol
 - Droperidol
 - Difenilbutilpiperidinas:
 - Pimocida
 - Tioxantenos:
 - Flupentixol
 - Zuclopentixol
- **Neurolépticos atípicos:**
 - Olanzapina, risperidona, aripiprazol, etc
- **Benzamidas sustituidas:**
 - Metoclopramida, cleboprida, cinitaprida, sulpirida, tiaprida, etc.
- **Depleccionantes depaminérgicos:**
 - Tetrabenazina, reserpina
- **Antagonistas del calcio**
 - Cinarizina, flunarizina

2. Menor potencial parkinsonizante

- Amiodarona
- Ácido valproico
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Litio
- Meperidina
- Metildopa
- Inhibidores de la colinesterasa

Criterios diagnósticos de enfermedad de Parkinson (Gelb et al., 1999)¹³

Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson POSIBLE

- Presencia de al menos 2 de las 4 manifestaciones del grupo A (Tabla 1) siendo necesario que al menos una de ellas sea temblor o bradicinesia y
- Ausencia hasta el momento actual de todas las circunstancias del grupo B (aunque la evolución de los síntomas sea todavía menor de 3 años) y
- Respuesta evidente y mantenida a levodopa o a un agonista dopaminérgico siempre que se hubiera realizado una prueba terapéutica adecuada (este criterio no sería de aplicación si ésta aún no se hubiera realizado).

Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson PROBABLE

- Presencia de al menos 3 de las 4 manifestaciones del grupo A y
- Ausencia de todas las circunstancias del grupo B (se requiere una evolución de los síntomas al menos 3 años) y
- Respuesta evidente y mantenida a levodopa o a un agonista dopaminérgico.

Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson DEFINITIVA

- Se cumplen todos los criterios de POSIBLE y la autopsia confirma el diagnóstico anatomopatológico.

GRUPO A: Manifestaciones características de enfermedad de Parkinson

- Temblor de reposo
- Bradicinesia
- Rigidez
- Inicio asimétrico

GRUPO B: Manifestaciones sugerentes de un diagnóstico alternativo

- Características inusuales en fases iniciales:
 - Inestabilidad postural marcada en los 3 primeros años
 - “Congelaciones” en los 3 primeros años
 - Alucinaciones no relacionadas con la medicación en los 3 primeros años
 - Demencia anterior a la aparición de los síntomas motores o en el primer año
- Parálisis supranuclear de la mirada (excluyendo una limitación de la mirada hacia arriba) o enlentecimiento de las sacadas verticales
- Disautonomía sintomática importante no relacionada con la medicación
- Documentación de una causa conocida de parkinsonismo que guarde relación pausable con los síntomas (p.e.: lesiones cerebrales focales de localización estratégica o consumo de neurolépticos en los últimos 6 meses)

Fuente: Gelb DJ, Oliver E, Gilman S. Diagnostic criteria for Parkinson Disease. Arch Neurol 1999; 56:33-39

Clasificación por estadios de Hoehn-Yahr ²¹

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

Fuente: Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality [internet] Neurology; 17; 427-442, 1967. Revisada 18 febrero 2012

ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
AD	Agonista Dopaminérgico
AG	Acuerdo de Grupo
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
ASANEC	Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria
ASENHOA	Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía
CI	Consentimiento Informado
EP	Enfermedad de Parkinson
ESP	Estrategia de Seguridad de del Paciente en Andalucía
GPC	Guía de Práctica Clínica
GPDI	Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía
LD	Levodopa
NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería
NUHSA	Número Único de Historia de Salud de Andalucía
ICOMT	Inhibidor de la Catecol-orto-metiltransferasa
IDD	Inhibidor de la Dopa Descarboxilasa
IMAO-B	Inhibidor de la Monoaminoxidasa B
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Proceso Asistencial Integrado
SAMFYC	Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
SAN	Sociedad Andaluza de Neurología
SANMG	Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SSPA	Servicio Sanitario Público de Andalucía
UFUN	Unidades Funcionales
UGC	Unidad de Gestión Clínica
VVA	Voluntades Vitales Anticipadas

Bibliografía

1. Sociedad Española de Neurología. Guías diagnóstico-terapéuticas oficiales de la SEN [Internet]. Sociedad Española de Neurología [citado 25.03.2014]. URL: <http://www.sen.es/profesionales/ac3.htm>
2. Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortés-Martínez C, Fernández-de la Mota E, Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006 [citado 20/02/2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Nueve Soluciones para la seguridad del paciente. [Internet] Washinton: Ginebra: OMS; 2007 [citado 11.11.2014]. URL: <http://goo.gl/CTh6Vc>
4. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado nº. 274. (15-11-2002) [citado 03/03/2002]. URL: <http://goo.gl/YqaQi>
5. ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 152, [citado 03/03/2014] URL: http://www.comcordoba.com/contenidos/adjuntos/BOJA_2009-08-06_N152_Consentimiento_informado.pdf
6. Simón Lorda P, Esteban López MS (coordinadores). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; [citado 5.11.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf
7. Esteban López MS, Simón Lorda P (coordinadores). Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 11.11.2014]. URL: <http://goo.gl/l8XCQ7>
8. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Catálogo de formularios de consentimiento informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014 (última versión)[citado 23.06.2014]. <http://goo.gl/afq5NA>
9. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS (coordinadores). Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [citado 11.11.2014]. URL: <http://goo.gl/o58a52>
10. Junta de Andalucía – Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Registro de voluntades vitales anticipadas [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía [actualizado 31.01.2014; citado 11.11.2014]. URL: www.juntadeandalucia.es/salud/rva
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier 2005
12. Bulechen GM, Butcher HK, Mc Closket Dochterman J (eds) Clasificación de Enfermería (NIC) 5ª Ed. Madrid: Elsevier 2009.
13. Recomendaciones de Práctica Clínica en la Enfermedad de Parkinson. Grupo Andaluz de trastornos del Movimiento [Internet]. Sociedad Andaluza de Neurología. 2012. Granada [citada 20.03.2014]. URL: <http://goo.gl/mLAAzq>

14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and pharmacological Management of Parkinson's disease [internet]. A national clinical guideline. Edinburgh; January 2010. [citado 20.03.2014]. URL: <http://goo.gl/1g3pKx>
15. Canadian Neurological Sciences Federation. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. [internet]. Canadian Journal of Neurological Sciences. Canadá. 2012. [citada 20.03.2014]. URL: http://www.parkinsonclinicalguidelines.ca/sites/default/files/PD_Guidelines_2012.pdf
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London [internet]. Royal College of Physicians; 2006 [citado 20.03.2014]]. URL: <http://goo.gl/2DDHCQ>
17. Sánchez-Acha Y, (Coordinadora). Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Internet] Comité Operativo para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [citado 7.11.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_caidas.pdf
18. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Escala de riesgo de upp Norton. Sevilla: Junta de Andalucía [citado 26.08.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2_RiesgoUPP_NORTON.pdf
19. Rabat-Restrepo JM (Coordinadora). Procesos de Soporte. Nutrición Clínica y Dietética [Internet] Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2006 [citada 20.03.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/procesos_soporte/nutricion/proceso_soporte_nutricion.pdf
20. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality [intetnet] Neurology; 17; 427-442, 1967. Revisada 18 febrero 2012 [citada 20.03.2014]. URL: <http://www.neurology.org/content/17/5/427.full.pdf>
21. Guerra de Hoyos, JA (Coord). Proceso asistencial integrado Dolor Crónico no Oncológico [Internet]. 2ª Ed. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 20.09.2014]. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/dolor_cronico/dolor_cronico_julio_2014.pdf

