

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 (i) (b) 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 (A).</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
	<ul style="list-style-type: none"> • Si es incapacitante a pesar del mejor tratamiento farmacológico, se considerará la posibilidad de tratamiento quirúrgico. <p>Disfagia</p> <p>Se recomienda (AG) 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p>Disartria</p> <p>Se recomienda (AG) 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.). <p>Trastornos de la marcha</p> <p>Se recomienda (AG) 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS Y COGNITIVAS</p> <p>Psicosis inducida por fármacos</p> <p>Se adoptarán las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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
	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>DOLOR Y SÍNTOMAS SENSITIVOS</p> <p>Se aplicarán las medidas descritas en el PAI Dolor Crónico no Oncológico ^{(AG) 21}.</p> <p>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.</p> <p>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}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso o de la masa muscular. • Imposibilidad para la deambulaci3n e inmovilizaci3n prolongada (“cama-sill3n”). • Imposibilidad para una adecuada dieta oral (planteamiento de sonda nasogástrica o gastrostomía). • Imposibilidad para la comunicaci3n verbal o franco deterioro cognitivo. • Frecuentes atagantamientos, episodios de dificultad respiratoria, neumonías aspirativas. • Infecciones urinarias de repetic3n (cistitis, pielonefritis, sepsis). • Úlceras por presi3n refractarias a las medidas habituales (grado III y IV). • Fiebre prolongada a pesar del tratamiento oportuno. • Ingresos hospitalarios por: deshidrataci3n, insuficiencia renal aguda, rabdomiolisis, efectos secundarios de fármacos, etc. <p>4.16 En esta fase los cuidados irán dirigidos a ^{11,12}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1300 Aceptaci3n: estado de salud. • NOC 1308 Adaptaci3n 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.