



Indicaciones de derivación del paciente con movimientos anormales de medicina primaria a especializada. Aspectos de la valoración laboral del paciente con movimientos anormales

J.A. Burguera Hernández^a, M.R. Luquin Piudo^b, H. Alonso-Navarro^c y E.J. Jiménez-Jiménez^{c,d}

^aServicio de Neurología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España. ^bServicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España. ^cSección de Neurología. Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. España. ^dDepartamento de Medicina-Neurología. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Trastornos del movimiento
- Enfermedad de Parkinson
- Criterios de derivación
- Etapas diagnóstico terapéuticas
- Valoración laboral

Keywords:

- Movement disorders
- Parkinson's disease
- Referral criteria
- Diagnostic and therapeutic steps
- Employment assessment

Resumen

Los trastornos del movimiento se dividen en síndromes rígido-acinéticos (enfermedad de Parkinson y parkinsonismos) y los síndromes discinéticos (temblor, corea, balismo, atetosis, distonía, mioclonías, tics, discinesias tardías y estereotipias motoras). En este protocolo diagnóstico terapéutico se resumen las indicaciones de derivación de pacientes a consultas específicas de trastornos del movimiento, haciendo especial énfasis en las etapas diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad de Parkinson y en aspectos de la valoración laboral de esta última.

Abstract

Indications for the derivation of patients with movement disorders from Primary Health to Specialized Neurology Health Care

Movement disorders are divided into rigid-akinetic syndromes (Parkinson's disease and parkinsonism) and dyskinesic (tremor, chorea, tribalism, athetosis, dystonia, myoclonus, tics, tardive dyskinesias and motor stereotypies). In this diagnostic-therapeutic protocol indications referring patients to specific queries movement disorders, with special emphasis on diagnostic and therapeutic stages of Parkinson's disease and aspects of job evaluation latter are summarized.

Introducción

Los trastornos del movimiento constituyen una patología frecuente en las consultas de Neurología. Estos se caracterizan o por una pobreza de movimiento sin debilidad o parálisis o un exceso de movimiento debidos a una afectación del sistema nervioso. Se suelen dividir en dos grandes grupos: los síndromes rígido acinéticos (enfermedad de Parkinson y par-

kinsonismos) y los síndromes discinéticos (temblor, corea, balismo, atetosis, distonía, mioclonías, tics, discinesias tardías y estereotipias motoras). La diferenciación entre ellos puede ser dificultosa por el momento evolutivo o similitud, algunos pacientes además pueden presentar varios de ellos.

Los más frecuentes son el temblor esencial y la enfermedad de Parkinson, con unas prevalencias estimadas de 580 y 270 por cada 100.000 habitantes respectivamente.

Suelen estar asociadas a la edad, con un incremento de su frecuencia con los años. Son patologías crónicas y progresivas que demandan mayor atención sanitaria con el cambio de la pirámide poblacional debido al envejecimiento de la sociedad. Los pacientes de mayor edad suelen presentar polipatología y polifarmacia que dificulta el diagnóstico y seguimiento de los mismos, con una mayor frecuentación de los servicios.

La visión actual del abordaje de estas entidades es interdisciplinar, en sus aspectos sociosanitarios, donde el médico de Atención Primaria es pieza fundamental, ya que conoce la cronopatología de los pacientes y está cercano al ámbito sanitario y social de los mismos. Es el médico tutor y coordinador de toda la atención de la salud, responsable de los cuidados higiénicos, dietéticos, fisioterapéuticos, farmacológicos y psicológicos para mantener la autonomía y autoestima de sus pacientes. Cuatro serán los motivos de derivación de los pacientes: a) diagnóstico, confirmación, con sospecha de errores diagnósticos y reducir el número de pacientes no diagnosticados; b) tratamientos que puedan mejorar sintomáticamente e incluso modificar el curso de la enfermedad; c) seguimiento para evaluar la situación médica del paciente, controlando los síntomas y minimizando las complicaciones y d) situaciones de agudización del proceso, control de las situaciones esperadas o inesperadas en la evolución, en relación con el agravamiento sintomático o presentación de complicaciones. Para ello se deben facilitar los mecanismos de comunicación en ambas direcciones mediante contactos escritos (preferente menos de 15 días u ordinario), telefónicos, Internet o derivación a Urgencias cuando exista un riesgo vital.

A estos cuatro motivos se ha añadido uno previo a la aparición de los síntomas, lo cual se debe a los avances en el conocimiento de la genética y biomarcadores de las enfermedades. Dicha fase se dividiría a su vez en varias: prediagnóstica, en la que no se cumplen los criterios de diagnóstico establecidos; premotora, en la que no se cumplen criterios motores; preclínica, en la que sin presentar clínica, la enfermedad se puede detectar con biomarcadores específicos y fisiológica, en la que aunque con una genética positiva no podemos detectar clínica ni alteración en los biomarcadores para ella. Es de sumo interés detectar y estudiar este grupo de población, ya que permitiría posibles intervenciones terapéuticas precoces antes que el daño cerebral fuera importante. Un nuevo tipo de consulta que se presenta es la que solicitan los sujetos de riesgo antes de que aparezcan los síntomas o visita presintomática.

Visita presintomática

Según el tipo de herencia y la penetrancia del gen podemos enfrentarnos a situaciones como herencia dominante y penetrancia de un 100% como la enfermedad de Huntington, gen *IT15*, su solicitud normalmente se relaciona con la planificación de la descendencia libre de enfermedad o para informar a los descendientes de riesgo. Existe un protocolo establecido internacionalmente para su realización. Otro caso también dominante pero con una penetrancia menor y

dependiente de la edad es el de la enfermedad de Parkinson por el gen *LRRK2*, en la que la búsqueda de síntomas pre-motores y biomarcadores en sangre, líquido cefalorraquídeo, pruebas de neuroimagen (RM, PET y SPECT con distintos radioligandos) pueden ayudar a un diagnóstico precoz, aunque la sensibilidad, especificidad y la razón de verosimilitud positiva o negativa están por establecerse en muchos casos.

Propuesta de protocolo

La enfermedad de Parkinson es un paradigma en el protocolo del manejo de los trastornos del movimiento. Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica y progresiva, con un tratamiento sintomático eficaz que ha modificado la evolución natural de la enfermedad, ha permitido la emergencia de nueva sintomatología y no está exenta de complicaciones derivadas de su aplicación.

Clásicamente se divide en 5 estadios evolutivos, según la escala de Hoehn y Yahr, que van desde la afectación unilateral a la aparición de los síntomas axiales (trastornos de la marcha, inestabilidad postural, disfagia, disartria, etc.) que confinan al paciente en la cama. Con la introducción de levodopa y el incremento de los cuidados asistenciales aumenta la perspectiva y calidad de vida de los pacientes, aunque su mortalidad es superior comparada con la de la población equiparada por edad y sexo, y la iguala en los primeros años tras el diagnóstico. Los años de permanencia en cada estadio se prolongan y con las distintas estrategias terapéuticas se retrasan las complicaciones motoras y no motoras de la enfermedad. La causa de muerte más frecuente sigue siendo la bronconeumonía. El coste sanitario se incrementa en estadios más elevados. También se ha dividido el curso clínico en fases (fig. 1): fase inicial o paucisintomática de diagnóstico; fase de control de los síntomas "período de luna de miel"; fase de complicaciones motoras y no motoras que puede ser reversible a la fase anterior y fase de cuidados paliativos.

Fase inicial de diagnóstico

La certeza en el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson idiopática no es fácil. Tomando como base el diagnóstico anatomopatológico y tras años de seguimiento y tratamiento por neurólogos, de 100 cerebros del banco de cerebros del Reino Unido se confirmaron 76 como enfermedad de Parkinson, 6 como enfermedad de Alzheimer y 3 como enfermedad vascular, el resto como otros parkinsonismos. En casos iniciales la dificultad aumenta con porcentajes del 24% de temblor esencial, 8% inducido por fármacos y 4% de vasculares. Por otra parte, en estudios de cribado poblacional para la EP, hasta un tercio se diagnostican *de novo* por infravaloración previa. Es en este momento donde la colaboración se inicia y se hace necesaria para la confirmación diagnóstica y la planificación terapéutica.

Los objetivos serían: la certeza de diagnóstico; la evaluación de la discapacidad, el pronóstico y afrontamiento socio-vital con accesibilidad de todos los recursos posibles y la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)