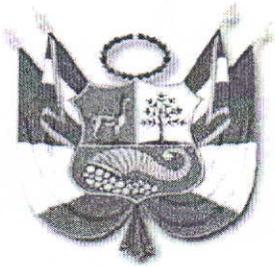


Ministerio de Salud
Instituto de Gestión
De Servicios de Salud
Instituto Nacional
de Ciencias
Neurológicas

REPUBLICA DEL PERU



N° 432 -2016-DG-INCEN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de DICIEMBRE del 2016

VISTO:

El EXP. ADM. N° 217469, el cual contiene el INFORME N° 074-2016-DIDAEENDG-INCEN, de fecha 04 de octubre de 2016, del Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas; INFORME N° 067-2016-OEPE-UO/INCEN, de fecha 11 de octubre de 2016, del Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; NOTA INFORMATIVA N° 222-2016-OEPE/INCEN, de fecha 12 de octubre de 2016, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; INFORME N° 271-2016-INCEN/OGC, de fecha 30 de noviembre de 2016, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y el INFORME N° 378-2016-OAJ/INCEN, de fecha 22 de diciembre de 2016 del Jefe (e) la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante INFORME N° 074-2016-DIDAEENDG-INCEN, de fecha 04 de octubre de 2016, el Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas, remite el proyecto de "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson", para revisión y posterior aprobación;

Que, mediante INFORME N° 067-2016-OEPE-UO/INCEN, de fecha 11 de octubre de 2016, el Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa a la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson" cumple con la estructura establecida en la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínicas del Ministerio de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA;

Que, con NOTA INFORMATIVA N° 222-2016-OEPE/INCEN, de fecha 12 de octubre de 2016, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, comunica que el proyecto de guía cumple con la estructura establecida en la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínicas del Ministerio de Salud, sugiriendo que previa a la aprobación emita informe la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, mediante INFORME N° 271-2016-INCEN/OGC, de fecha 30 de noviembre de 2016, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, emite opinión técnica manifestando que la guía propuesta cumple con la estructura de elaboración de Guías de Prácticas Clínicas;

Que, mediante INFORME N° 378-2016-OAJ/INCEN, de fecha 22 de diciembre de 2016, el Jefe (e) la Oficina de Asesoría Jurídica, emite opinión favorable sobre la procedencia de aprobar la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson";

Que, el Título Preliminar de la Ley 26842- Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla vigilarla y promoverla;



Que, el artículo 55° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establece que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprobó la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 - "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la misma que define a la Guía de Práctica Clínica (GPC) como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica;



I. TAGLE L.

Que, el numeral 5.9 de la aludida norma técnica, señala que: "Los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel, podrán elaborar otras Guías de Práctica Clínica que les sean prioritarias usando la metodología que con ese fin apruebe el Ministerio de Salud";

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" cuya finalidad es la de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Prácticas Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, el numeral 5.2 del documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre de 2016, señala que: "se considera como documento normativo a todo aquel documento oficial que tiene por objetivo transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnico, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos". Del mismo modo, establece en el último párrafo del numeral 6.1.3 que: Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario; cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica;

Que, en consecuencia, de la revisión de la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson" se advierte que tiene como objetivo contribuir a estandarizar la atención clínica de las personas afectadas con la enfermedad de Parkinson en los diferentes niveles de atención propiciándose una atención oportuna y adecuada;

Que, se advierte que cumple con lo dispuesto por el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre de 2016, abocándose al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico; así como de la Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, por lo que corresponde aprobar vía acto resolutivo;

Contando con las opiniones favorables de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica, del Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; del Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones de la Directora Adjunta de la Dirección General, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Directora Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica; del Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica;



P. MAZZETTI S.

Ministerio de Salud
Instituto de Gestión
De Servicios de Salud
Instituto Nacional
de Ciencias
Neurológicas

REPUBLICA DEL PERU



N° 432-2016-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 30 de DICIEMBRE del 2016



I. TAGLE L.

De conformidad con lo establecido en la Ley 26842- Ley General de Salud; Ley N° 29783, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 023-2005-SA; Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 - "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud"; Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica"; "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado por la Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson", del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, el mismo que forman parte de la presente Resolución Directoral y que constan de (19) folios.

Artículo 2°.- NOTIFICAR la presente Resolución Directoral a las instancias correspondientes para conocimiento y fines pertinentes.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral, y la "Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson", en la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese, comuníquese y Publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General

Med. Cir. PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Directora de Instituto Especializado (e)



PEMS/JFO/acch
Visación - copias
DG
DA
OEPE
DEIDAENC
DIDAEN
OGC
OAJ





PERÚ Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud



Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

INCN



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN,
DOCENCIA Y ATENCIÓN
ESPECIALIZADA EN ENFERMEDADES
NEURODEGENERATIVAS

GUIA DE PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON

2016



P. MAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS



CARLOS ALBERTO JOSENTINO ESQUEJE
Jefe del Depto. de Investigación, Docencia y Atención
Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas
C.M.P. 22063 R.N.E. 44379



I. TAGLE

CONTACTO

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
 Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas
 Unidad de Movimientos Involuntarios

EQUIPO DEL SERVICIO DE NEURODEGENERATIVAS (en orden alfabético)

- Dr. Carlos Cosentino Esquerre
- Dra. Martha Flores Mendoza
- Dr. Yesenia Nuñez Coronado
- Dr. Danilo Sanches Coronel
- Dr. Rafael Suárez Reyes
- Dr. Luis Torres Ramires
- Dra. Miriam Velez Rojas

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS



.....
CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23863 RNE: 10796



I. TAGLE L.

APROBADO:	ULTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha :	



P. MAZZETTI S

 PERÚ Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	 INCN Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Pág. 3
Versión : 1.0	Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson - Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas		

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON

I. FINALIDAD

Promover una atención de calidad a las personas afectadas con la enfermedad de Parkinson (EP) basada en la mejor evidencia científica disponible así como en la experiencia clínica y prácticas de médicos expertos en la atención de personas con enfermedad de Parkinson.

II. OBJETIVO DE LA GUIA

Que la presente Guía contribuya a estandarizar la atención clínica de las personas afectadas con la enfermedad de Parkinson en los diferentes niveles de atención propiciándose una atención oportuna y adecuada.

Sin embargo, y basado en la presente Guía, se tendrá que individualizar para cada paciente, la toma de decisiones en lo referente el diagnóstico, tratamiento, seguimiento así como el equipo multidisciplinario con el que se cuente en el momento.

El seguimiento a cabalidad de la presente Guía no garantiza la evolución favorable de los pacientes, pues la evolución, respuesta al tratamiento, complicaciones y reacciones adversas son multifactoriales.

No es objetivo de esta Guía la organización y planificación de los diferentes establecimientos de salud donde se atiendan pacientes con EP.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

3.1 Usuarios de la presente Guía

- Médico Cirujano del Nivel I.
- Médico Neurólogo del Nivel II.
- Médico Neurólogo del Nivel III.

3.2 Escenarios Clínicos a los que se refiere la Guía

Cualquier establecimiento de salud en el territorio peruano que cuente con consulta ambulatoria, servicio de hospitalización, servicio de emergencia y unidades de Cuidados Intensivos.

IV. NOMBRE Y CODIGO CIE10.

Nombre: Enfermedad de Parkinson
Código CIE 10: G20

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

La enfermedad de Parkinson es un desorden degenerativo del sistema nervioso central, en donde existe una pérdida neuronal progresiva de varios núcleos principalmente en tronco encefálico y se caracteriza principalmente por un trastorno motor debido a la presencia de un temblor de reposo, rigidez muscular (incremento en el tono muscular) e

APROBADO: Fecha :		ULTIMA MODIFICACIÓN Fecha :	VIGENCIA:
----------------------	---	--------------------------------	-----------

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas
 C.M.P.E. N.º 3 RNE: 11796



I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

 PERÚ Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	 INCN	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Pág. 4
Versión : 1.0	Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson - Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas			

hipoquinesia o bradiquinesia (lentitud de los movimientos) así como síntomas no motores varios. Se presenta en la adultez por encima de los 40 años en el 90% de casos. Posee una forma de inicio insidiosa y una evolución progresiva.

5.2 ETIOLOGIA

La etiología aún es desconocida pero se presume una interacción entre una susceptibilidad neuronal de causa genética y cierto tipo de exposición a algún factor del medio ambiente no identificado. En un cinco a diez por ciento de casos se identifican formas familiares, es decir más de una persona con la enfermedad en una familia. En muchas de ellas se ha identificado mutaciones genéticas que alteran la adecuada conformación de proteínas intracelulares (alfa-sinucleína, ubiquitina-protesoma, etc.) e inclusive se ha determinado que una mutación genética (LRRK2) explicaría ciertos casos de EP esporádica.

5.3 FISIOPATOLOGIA

La pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas en los núcleos del tronco cerebral, principalmente la sustancia negra, genera una disminución de los niveles de dopamina en el estriado generándose una hiperfunción de ciertos núcleos como el globus pálido interno y el núcleo subtalámico ocasionando la aparición de los síntomas motores (temblor, rigidez, hipoquinesia). A medida que la disminución de dopamina es mayor los síntomas motores se intensifican y se extienden a otras áreas del cuerpo con el avance de la enfermedad. La pérdida progresiva de neuronas en otros núcleos del sistema nervioso central, conteniendo otros neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, etc.) genera la aparición de los denominados síntomas no motores en esta enfermedad (depresión, alteración del sueño, hiposmia, deterioro cognitivo, depresión, etc.) altamente prevalentes en esta enfermedad.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La EP está presente a nivel mundial afectando todas las razas. Tiene una prevalencia de 1/1000 habitantes y en la población mayor de 65 años es de 1/100 habitantes con una discreta mayor afectación en hombres que en mujeres. En el Perú se ha encontrado una distribución homogénea en el país.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

No existen factores de riesgo definidos para adquirir la enfermedad salvo el incremento de edad y la presencia de la enfermedad en un familiar directo. Asimismo, el ser portador de algunos de los genes determinados relacionados a la EP eleva el riesgo de padecer de EP. El sexo, raza o geografía no son factores de riesgo demostrados

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

Alteraciones motoras: El inicio de la enfermedad está dado por la aparición de algunos de los componentes del trastorno motor o síndrome parkinsoniano (temblor, rigidez o hipoquinesia). El trastorno motor se presenta de manera unilateral, comprometiendo indistintamente miembro superior o inferior para luego de cierto tiempo extenderse al otro hemicuerpo. Estos síntomas se van incrementando con el avance de la enfermedad. Con los años se asocia alteraciones del equilibrio y estabilidad postural con riesgo de caídas así como trastornos de la marcha (pasos más cortos, "congelamientos" para iniciar la

APROBADO:	ULTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha :	

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas
CMP: 23663 RNE: 10796



I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

 PERÚ Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	 INCEN Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Pág. 5
Versión : 1.0		Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Parkinson - Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas	

marcha o girar, etc.). Otros síntomas motores complementarios son la hipofonia (disminución del tono de la voz), la hipomimia (reducción en la expresividad facial) y la postura flexionada del tronco.

Alteraciones no motoras:

1) Síntomas neuropsiquiátricos: Los más frecuentes son ansiedad, depresión, deterioro cognitivo (demencia), y psicosis. La depresión afecta hasta el 40% de los pacientes con EP y puede preceder a los síntomas típicos de la EP. Diversas escalas han sido validadas para cuantificar la severidad de la depresión (Escala de Depresión de Hamilton, Montgomery-Asberg, etc.) La demencia se presenta en hasta el 30% de los pacientes con EP y puede llegar al 80% en etapas avanzadas de la enfermedad. Se manifiesta con pérdida de las funciones de ejecución de órdenes, de aprendizaje, y la fluidez verbal. Compromete el desempeño en las actividades de la vida diaria afectando la calidad de vida de los pacientes, y junto a la psicosis, es la causa más común de la necesidad de cuidados en el hogar, supervisión de enfermería e incluso institucionalización. Las pruebas que evalúan función mental pueden ser tan simples como la Prueba de Folstein (Mini-mental test) o la de Montreal (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) hasta el Inventario Neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric Inventory) o la Escala Cognitiva de Enfermedad de Alzheimer (ADAS-cog). La psicosis afecta entre el 20% y el 40% de los pacientes con medicación antiparkinsoniana y aunque todos los fármacos antiparkinsonianos pueden producir psicosis se ha demostrado que existe mayor riesgo de alucinaciones visuales con los medicamentos dopaminérgicos.

2) Trastornos del sueño: Muy prevalentes en la EP. Los más frecuentes son el insomnio el cual suele tener un origen multifactorial (nicturia, dificultad para girar en la cama, calambres, pesadillas, y dolor), la somnolencia diurna excesiva y el disturbo de comportamiento de la fase REM. En este último se presentan movimientos vigorosos y violentos (patadas o puñetazos) que aparecen durante la fase REM del sueño. El paciente puede autolesionarse o dañar a su pareja. Estos síntomas pueden aparecer en fases iniciales de la enfermedad, incluso antes de los síntomas típicos.

3) Síntomas digestivos: Incluye el estreñimiento, pérdida de peso, sialorrea excesiva y la disfagia.

4) Síntomas urinarios: El aumento en la frecuencia de micción durante la noche es a menudo la primera manifestación, seguido por la urgencia diurna y la incontinencia urinaria. La disminución de la capacidad de la vejiga debido a una hiperactividad del musculo detrusor es el hallazgo más común durante la evaluación urodinámica.

5) Disfunción sexual: Abarca desde la disminución de la libido (tanto en hombres como en mujeres) hasta la hipersexualidad. Esta última se presenta con más frecuencia en hombres como un efecto adverso de los fármacos dopaminérgicos. También se ha descrito disfunción eréctil y alteración de la eyaculación en los pacientes varones con EP.

6) Fatiga: Es un motivo de consulta frecuente en la EP, a menudo en fases tempranas de la enfermedad. Aunque la fatiga está asociada a la depresión y a los problemas del sueño su verdadera fisiopatología es desconocida.

7) Hiposmia: Existe una reducción o pérdida de la olfacción en la mayoría de pacientes con EP, incluso desde antes de la aparición de los primeros síntomas motores.

Etapas de la EP: La evolución de la EP se establece a través de la escala de Hoehn-Yahr la que se basa en la progresión del trastorno motor y comprende 5 estadios (ver anexos).

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



I. TAGLE L.

APROBADO:	ÚLTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha :	



P. MAZZETTI S

Clasificación de la EP según edad de inicio: Parkinson juvenil: inicio antes de los 20 años; Parkinson de inicio temprano: inicio entre los 20 y 40 años; Parkinson del adulto: inicio después de los 40 años.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios Clínicos

El diagnóstico de EP se establece de manera clínica aunque la tasa de error diagnóstico puede llegar a ser alta. Por ello los criterios más empleados y aceptados son los propuestos por el Banco de Cerebros de Parkinson del Reino Unido (UKPDBB) y son:

- Inicio unilateral del trastorno motor
- Evolución progresiva
- Asimetría persistente del trastorno motor a lo largo de la enfermedad
- Presencia de temblor de reposo
- Excelente respuesta a levodopa
- Respuesta adecuada a levodopa por 5 años
- Presencia de disquinesias inducidas por levodopa
- Evolución mayor a 10 años

Además debe excluirse la posibilidad de alguna causa de parkinsonismo secundario (medicamentos, tóxico, etc.) o la existencia en el examen clínico de signos neurológicos atípicos para una EP (oftalmoplejia, síndrome cerebeloso, gran disautonomía, etc.) y que hagan sospechar en un posible parkinsonismo atípico (ver más adelante)

6.2.2 Criterios de Laboratorio

No existe ningún examen de laboratorio que confirme o niegue la existencia de una EP, salvo el estudio anatómo-patológico post-mortem

6.2.3 Criterios por Imágenes

No existe estudio de imágenes que permita el diagnóstico de EP sin embargo se vienen estudiando posibles marcadores imagenológicos como:

- a) Ecografía de sustancia negra: se aprecia una hiperecogenicidad en la sustancia negra del mesencéfalo en los pacientes con EP comparados con personas sanas.
- b) Resonancia Magnética (3T o más): se aprecia una hiposeñal de los nigrosomas en la sustancia negra en los pacientes con EP comparados con personas sanas.

Ambos no se usan de manera rutinaria para establecer el diagnóstico de enfermedad de Parkinson y faltarían ser validados en nuestra población.

6.2.4 Diagnóstico Diferencial.

- **Parkinsonismos secundarios:** una exhaustiva anamnesis permite identificar el antecedente de consumo y/o exposición a drogas, medicamentos, tóxicos u otros que tengan capacidad de inducir un síndrome parkinsoniano. De otro modo, los estudios del cerebro con tomografía y/o resonancia magnética pueden evidenciar una hidrocefalia, depósito de minerales en ganglios basales o múltiples lesiones isquémicas cerebrales que expliquen el cuadro clínico.
- **Parkinsonismo-plus o atípicos:** son enfermedades neurodegenerativas que tienen en común con la EP la presencia del síndrome parkinsoniano pero además presentan signos o síndromes clínicos atípicos como piramidalismo, ataxia cerebelosa,

APROBADO:	ULTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha :	

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



demencia, disautonomía severa, etc. Un adecuado examen neurológico en la consulta inicial o la evaluación clínica periódica a lo largo de la evolución permitirá evidenciar la aparición de dichos síndromes. Los estudios de neuroimágenes son útiles para los estadios intermedios y avanzados de estos parkinsonismos-plus. Algunos de ellos son Atrofia multisistémica y la Parálisis supranuclear progresiva, entre otros.

6.3 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.3.1 Según nivel de complejidad:

Nivel I: Establecimiento de salud que cuenta con la atención de un médico cirujano general. Ante sospecha de parkinsonismo el paciente debe ser remitido al nivel II.

Nivel II: Establecimiento de salud donde se puede contar con un médico especialista en neurología. El diagnóstico clínico inicial puede ser realizado por éste e iniciarse tratamiento farmacológico en este nivel de atención. Si en ese nivel se cuenta con Medicina Física y Rehabilitación deberá referirse al paciente para orientación sobre ejercicios y terapia física acorde al estadio de su enfermedad.

Nivel III: Deberá referirse a este nivel para ser evaluado por neurólogos con experiencia en movimientos involuntarios cuando exista duda en el diagnóstico, la evolución sea tórpida y la respuesta a la medicación no brinde los beneficios esperados requiriendo reajuste de dosis, adición de fármacos, etc. En este nivel de atención los pacientes deberán ser evaluados clínicamente de manera exhaustiva aplicándose escalas motoras (UPDRS – ver anexos), conductuales, afectivas y cognitivas. Según el caso, se les debe realizar estudios de imágenes y de laboratorio para el diagnóstico diferencial. En este nivel se podrá contar con un equipo multidisciplinario para el manejo integral de la EP. El paciente y la familia pueden beneficiarse del apoyo y consejería brindada por un psicólogo. Un neuropsicólogo deberá realizar evaluaciones periódicas de los cambios en la función mental. Un psiquiatra deberá participar en casos de síntomas psicóticos severos o depresión severa. El equipo de terapeutas deberá ocuparse de la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.

6.3.2 Según Capacidad Resolutiva.

Manejo ambulatorio:

Prácticamente todos los pacientes con EP pueden ser atendidos periódicamente de manera ambulatoria independientemente del estadio. Se deberá identificar precozmente la aparición de síntomas no motores y tratarlos de ser el caso así como la aparición de complicaciones motoras de la levodopa.

Manejo en hospitalización:

Se hospitalizarán sólo aquellos casos en los cuales resulte difícil identificar de manera ambulatoria el tipo, frecuencia e intensidad de las complicaciones motoras (disquinesias, fluctuaciones). Asimismo, cuando se presente algún problema médico intercurrente que ponga en riesgo la vida o integridad física del paciente (neumonía, infección urinaria, etc.).

APROBADO:	ÚLTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha :	

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 110796



I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

Manejo en unidades críticas:

Cuando se presente una complicación de la enfermedad o intercurriencia médica distinta a la enfermedad de fondo, que requiera soporte ventilatorio, monitorización cardiaca, evaluación del estado de conciencia, sedación, etc.

Transferencia:

Cuando el paciente requiera procedimientos o tratamiento especializado que no se realice en la Institución.

6.4 TERAPÉUTICA.

Puesto que hasta el momento de elaborar la presente guía no se dispone de ningún tratamiento demostrado que modifique la progresión de la enfermedad, el tratamiento disponible es sintomático.

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- Dieta completa rica en fibra y residuo para combatir o prevenir estreñimiento.
- Dieta blanda rica en fibra y residuo en estadio avanzado (por estreñimiento y disfagia).
- Consejería y apoyo psicológico en todos los estadios.
- Mantenimiento de actividad física (continuar trabajando, caminatas, etc.)
- Promover una rutina diaria de ejercicios en domicilio adecuado al estadio de la enfermedad y edad del paciente
- Uso de bastón, andador o ayuda de terceros para deambular en caso de inestabilidad postural con riesgo de caídas

6.4.2 Manejo específico:

Tratamiento farmacológico

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

Tipo	Dosis inicial diaria	Dosis máxima diaria	Efectos adversos
Anticolinérgicos			
Biperideno 2 mg	1-2 mg	10-12 mg	Sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, confusión, alucinaciones, pérdida de memoria.
Trihexifenidil 2 y 5 mg (*)	2 mg	15 mg	
Agonistas dopaminérgicos			
Bromocriptina 2.5 mg	5 mg	30 mg	Nausea, mareo, cefalea, somnolencia, edema maleolar, confusión, alucinaciones, trastorno del control de impulsos (ver explicación más adelante);
Pramipexol 0.5 y 1 mg	0.25 t.i.d.	3 – 4.5 mg/día	
Pramipexol liberación controlada 0,375, 0.75, 1.5, 3.0, 4.5 mg	0.375 mg	4.5 mg	

APROBADO: _____ VIGENCIA: _____
 Fecha: _____ Última MODIFICACIÓN: _____
 Fecha: _____

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



(una al día)			fibrosis retroperitoneal y valvular cardiaca (bromocriptina)
Rotigotina parche diario (*)	2 mg	16 mg	
Levodopa			
Levodopa- carbidopa (250/25mg)	125 mg	1000 mg	Iniciales: nauseas, vómitos, cefalea, Tardíos: fluctuaciones, disquinesias, alucinaciones
Levodopa-benserazida (200/50mg)	100 mg	1000 mg	
Inhibidor COMT			
Entacapone 200 mg	200 mg	1000 mg	Mareos, diarrea, epigastralgia, somnolencia, disquinesias
Inhibidor MAO-B			
Selegilina 5 mg	5 mg	10 mg	Insomnio, nausea, cefalea, excitación; disquinesias o alucinaciones asociadas al uso concomitante de levodopa
Rasagilina 1 mg	1 mg	1 mg	Cefalea, malestar general, dispepsia, hiporexia.
Otros			
Amantadina 100 mg	100 mg	300 mg	Edema de pies y piernas, somnolencia, mareos, cefalea, hipotensión.

(*) No disponible en Perú a la fecha de redacción de la presente Guía.

Consideraciones prácticas:

El manejo individual de cada paciente requiere la cuidadosa consideración de una serie de factores, incluyendo los síntomas predominantes, la edad, la etapa de la enfermedad, el grado de incapacidad funcional y el nivel de actividad física, situación laboral, enfermedades concomitantes, estado cognitivo, entre otros.

La lista precedente de fármacos solo está orientada a mejorar los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson (temblor, rigidez, hipoquinesia).

Los inhibidores MAO-B (selegilina o rasagilina) tienen poco efecto sintomático y pueden usarse en monoterapia al inicio de la enfermedad. Además tendrían un efecto aparentemente enlentecedor del avance de la enfermedad.

Se evitará la asociación de inhibidores MAO-B con antidepresivos del tipo inhibidores de la recaptación de serotonina.

Los agonistas dopaminérgicos podrán emplearse como primera línea del tratamiento sintomático en pacientes menores de 60 años.

Los anticolinérgicos deberán reservarse para pacientes en quienes predomine el temblor, no haya deterioro cognitivo y no excedan los 60 años de edad.

La levodopa es el fármaco sintomático más potente y una vez iniciado se mantendrá por el resto de la enfermedad incrementándose según el compromiso motor lo vaya requiriendo.

APROBADO:	ÚLTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :		

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



Los inhibidores COMT se adicionan a cada dosis de levodopa solo cuando se identifique fluctuación motora por el uso crónico de levodopa del tipo agotamiento del efecto ("wearing-off").

El trastorno del control de impulsos (TCI) generado por los agonistas dopaminérgicos, y también la levodopa, consiste en el fracaso para resistir un impulso, tendencia o tentación de realizar un acto que es perjudicial para los demás o para el propio individuo. Las personas con TCI experimentan un mayor impulso de realizar el acto antes del mismo, así como una gratificación al cometer el acto. Algunos ejemplos son el juego compulsivo (ludopatía), la cleptomanía, los atracones de comida, las compras compulsivas, el fenómeno de *punding* (comportamiento estereotipado que comprende rituales motores automáticos, sin finalidad) y la hipersexualidad.

Tratamiento Quirúrgico.

Esta indicado en aquellos casos que no respondan adecuadamente al tratamiento farmacológico debido a que se requiere demasiada dosis diaria de levodopa y/o agonistas dopaminérgicos o por presencia incapacitante de disquinesias.

Las dos alternativas disponibles son: lesión destructiva del: a) tálamo (talamotomía) en caso de temblor refractario, b) del globus pálido interno (palidotomía) o c) núcleo subtalámico (subtalamotomía) y la Estimulación Cerebral Profunda (DBS por sus siglas en inglés) que consiste en la implantación de unos electrodos a nivel del globus pálido interno o núcleo subtalámico unidos a un estimulador de alta frecuencia inhibiendo la hiperfunción de alguno de estos núcleos.

Tratamiento No farmacológico - Fisioterapia

Se recomienda ofrecer a las personas con EP de inicio reciente un tratamiento rehabilitador basado en fisioterapia con un abordaje interdisciplinario que ponga especial énfasis en la rehabilitación funcional del paciente. Se recomienda utilizar programas de ejercicios de fortalecimiento y estiramiento así como el ejercicio aeróbico supervisado. Otras técnicas complementarias a ser consideradas son el baile, danza, tai-chi y yoga.

La fisioterapia debe de estar disponible para los pacientes con EP durante toda la enfermedad.

Se debe prestar especial atención a: la re-educación de la marcha, con mejora del equilibrio; mejorar la iniciación del movimiento; mejorar la independencia funcional, incluyendo la movilidad y las actividades de la vida diaria.

Finalmente deberá brindarse consejo con respecto a la seguridad del entorno domiciliario.

MANEJO DE LOS SINTOMAS NO MOTORES

Tipo	Dosis inicial diaria	Dosis máxima diaria	Efectos adversos
Depresión			
Amitriptilina 25 mg	25 mg	75 mg	Fatiga, insomnio, pérdida de libido, aumento de apetito, mareo, ansiedad,
Sertralina 50 y 100 mg	25 mg	100 mg	

APROBADO:	MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha	

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

Citalopram 20 mg.	10 mg	60 mg	boca seca, visión borrosa
Escitalopram 10 y 20 mg	10 mg	20 mg	
Paroxetina 20 mg	20 mg	40 mg	
Deterioro cognitivo			
Donepecilo 5 mg	5 mg	10 mg	Anorexia, dispepsia, dolor abdominal, disminución del apetito, insomnio.
Rivastigmina 1.5, 3.0, 4.5, 6.0 mg	1.5 mg	12 mg	
Psicosis			
Clozapina 25 y 100 mg.	25 mg	100 mg	Leucopenia, agranulocitosis, taquicardia, aumento de peso, sedación
Quetiapina 25, 50 y 100 mg	25 mg	300 mg	Sedación, aumento de peso
Pimavanserina (**)	17 mg	34 mg	Nausea, mareo, edema de pies
Nicturia			
Oxybutinina 5 mg	5 mg	5 mg.	Sequedad de boca, nausea, palpitaciones, hipertensión arterial, ansiedad
Insomnio			
Melatonina	1 mg	5 mg	Somnolencia diurna, mareos, cefalea, ansiedad
Clonazepam 0.5 y 2 mg	0.5 mg	2 mg	Cefalea, somnolencia diurna, mal sabor en la boca, aturdimiento
Zopiclona 7.5 mg	3.75 mg	7.5 mg	
Eszopiclona 2 y 3 mg	1 mg	3 mg	
Alteración comportamiento del sueño REM			
Melatonina	3 mg	10 mg	Somnolencia diurna, mareos, cefalea, ansiedad
Clonazepam 0.5 y 2 mg	0.5 mg	2 mg	Somnolencia diurna, mareo, cefalea
Somnolencia diurna			
Modafinilo 200 mg	100 mg	400 mg	Cefalea, náusea, vómito, nerviosismo, ansiedad e insomnio.

(**) Aprobado por FDA en 2016. No disponible en Perú a la fecha de redacción de la presente Guía.

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



APROBADO:	MINISTERIO DE SALUD	NMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :			

P. MAZZETTI S

Consideraciones prácticas sobre manejo de síntomas no motores:

Depresión: La depresión leve es difícil de diagnosticar en los pacientes con EP y deberá emplearse algunas de las escalas estandarizadas aceptadas para el diagnóstico de depresión. Se recomienda que el manejo de la depresión en personas con EP sea personalizado considerando en particular la terapia coexistente y las comorbilidades que presente. La elección del tratamiento antidepresivo dependerá de la experiencia previa del profesional y las condiciones clínicas del paciente. Antes de iniciar algún antidepresivo deberá suspenderse previamente la selegilina por el riesgo de síndrome serotoninérgico. Se recomienda valorar otras alternativas no farmacológicas para el tratamiento de la depresión en personas con EP, como puede ser la psicoterapia. Se recomienda que el manejo de la depresión grave asociada a la EP se realice de forma multidisciplinaria con la participación de un psiquiatra.

Ansiedad: Los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en la EP y se estima que al menos la tercera parte de los pacientes la padecen. Puede ir desde intranquilidad hasta verdaderos ataques de pánico.

Psicosis: La conducta a seguir ante síntomas psicóticos (principalmente alucinaciones) consiste en investigar posible infección concomitante, suspender si fuera el caso y en este orden los anticolinérgicos, inhibidores MAO-B y luego reducir y/o suspender agonistas dopaminérgicos. No deberá modificarse la dosis total diaria de levodopa porque los síntomas motores podrían empeorar. Si los síntomas persistieran iniciar alguno de los antipsicóticos referidos en la tabla correspondiente. El uso de clozapina requiere monitoreo semanal de neutrófilos y granulocitos en sangre. Está contraindicado el uso de antipsicóticos típicos (haloperidol, clorpromazina, etc.) en pacientes con EP.

Trastornos del sueño: Antes de considerar la prescripción de medicamentos se recomienda una buena higiene del sueño, evitar la ingesta de estimulantes por la tarde (p.ej. café o té), establecer un patrón regular de sueño, entorno y temperatura del dormitorio confortable, restricción de las siestas durante el día, recomendar hacer ejercicio regular y adecuado para inducir mejor el sueño, revisar toda la medicación y evitar los fármacos que afecten el sueño o la situación de alerta, o que puedan interactuar con otra medicación (p.ej. selegilina, antihistamínicos, antagonistas H2, antipsicóticos y sedantes).

Estreñimiento: Se recomienda realizar cambios en la dieta aumentando la ingesta de líquidos y fibra, si es necesario con suplementos de fibra y suavizantes de heces asimismo se recomienda incrementar la actividad física. Se deberá indagar y valorar los tratamientos que frecuentemente causan estreñimiento (antidepresivos tricíclicos, loperamida, codeína y opioides, antimuscarínicos y algunos antiparkinsonianos).

Síntomas digestivos (nauseas, plenitud gástrica): Se recomienda el uso de domperidona para los síntomas gastrointestinales (anorexia, náusea y vómitos asociados al tratamiento con levodopa y agonistas dopaminérgicos). Se contraindica el uso de metoclopramida en pacientes con EP debido al posible empeoramiento de los síntomas motores.

6.5 MONITOREO Y EVOLUCIÓN

La evolución clínica de los pacientes con EP se determina periódicamente de manera ambulatoria procurando que el paciente tenga el mayor tiempo del día beneficio sintomático (estadios "on") y la menor cantidad posible de tiempo con síntomas motores intensos (estadio "off"). Para ello se solicitará al paciente que marque durante unos días previos a la consulta en un cuadro (ver anexos) las horas del día

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO C. SENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 RNE: 107796
 CMP: 23663




 I. TAGLE L.

APROBADO:	MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha :	Fecha :	Fecha :


 P. MAZZETTI S


 P. MAZZETTI S

en donde se encuentra en estadios “on” y “off” en relación a los horarios de la medicación antiparkinsoniana. Asimismo se detectará y tratara la aparición de síntomas no motores.

6.6 CRITERIOS DE ALTA

La EP es una enfermedad crónica de curso progresivo requiriendo controles periódicos permanentes de manera ambulatoria durante toda la vida del paciente con EP. Cuando el paciente sea hospitalizado por alguna complicación o intercurrencia será dado de alta cuando se haya terminado la situación médica o quirúrgica que motivó su internamiento

6.7 PRONÓSTICO

La EP es una enfermedad progresiva y no se dispone de un tratamiento curativo ni que retarde la enfermedad. Las causas frecuentes de fallecimiento están asociadas a la postración en etapas avanzadas (Estadio V de la escala de Hoehn y Yahr) como neumonía por bronco-aspiración secundaria a disfagia, sepsis, desnutrición severa.

6.8 COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes en un paciente con EP moderada a avanzada son: infecciones urinaria y respiratoria, disfagia con atoros, estreñimiento severo con síndromes sub-occlusivos por impactación fecal, escaras, pérdida de peso, psicosis.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

Todo establecimiento de salud con menor complejidad de resolución deberá transferir a los pacientes con EP a uno de mayor complejidad para el manejo integral y especializado para luego ser contra-referidos a establecimientos de salud que cuenten con neurólogo y proseguir su tratamiento.

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 236630 RNE: 10796



APROBADO Fecha :	ULTIMA MODIFICACIÓN Fecha :	VIGENCIA:
---------------------	--------------------------------	-----------



I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

VII. ANEXOS

Escala Unificada de valoración de la enfermedad de Parkinson (Unified Parkinson Disease Rating Scale UPDRS) III parte: Escala motora

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
HABLA								
EXPRESIÓN FACIAL								
TEMBLOR DE REPOSO	MSD							
	MSI							
	CARA							
	MID							
	MII							
TEMBLOR POSTURAL	MSD							
	MSI							
RIGIDEZ	MSD							
	MSI							
	CUELLO							
	MID							
PINZA (índice - pulgar)	D							
	I							
MANO (abrir - cerrar)	D							
	I							
MARIONETAS	D							
	I							
PIES	D							
	I							
LEVANTARSE								
POSTURA								
ESTABILIDAD POSTURAL								
MARCHA								
HIPOCINESIA								
TOTAL								
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS (Disquinesias)	MSD							
	MSI							
	CARA							
	CUELLO							
	TRONCO							
	MID							
Marcar con o sin tratamiento	MII							

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas
 RNE: 10796
 CMP: 23663



APROBADO Fecha :	ÚLTIMA MODIFICACIÓN Fecha :	VIGENCIA:
---------------------	--------------------------------	-----------

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

**Escala Unificada de valoración de la enfermedad de Parkinson
(Unified Parkinson Disease Rating Scale UPDRS)
III parte: Escala motora**

- 1. Lenguaje:**
 - 0: Normal.
 - 1: Pérdida discreta de expresión y/o volumen de la voz.
 - 2: Voz monótona y acelerada, pero comprensible, moderada perturbación.
 - 3: Marcadamente alterada, difícil de entender.
 - 4: Incomprensible.

- 2. Expresión facial:**
 - 0: Normal.
 - 1: Hipomimia mínima, podría ser considerado una cara inexpresiva normal ("cara de póquer").
 - 2: Disminución discreta, pero claramente anormal, de la expresión facial.
 - 3: Hipomimia moderada; labios separadas parte del tiempo.
 - 4: Cara "de máscara" o expresión fija con pérdida acusada o completa de la expresión facial, labios separados más de 6mm.

- 3. Temblor de Reposo:**
 - 0: Ausente.
 - 1: Leve e infrecuentemente presente.
 - 2: De amplitud leve y persistente, o de amplitud moderada, pero presente solo de forma intermitente.
 - 3: De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo.
 - 4: De gran amplitud y presente la mayor parte del tiempo.

- 4. Temblor de acción o postural de las manos:**
 - 0: Ausente.
 - 1: Leve, presente durante la actividad.
 - 2: De amplitud moderada y presente la mayor parte del tiempo.
 - 3: De amplitud moderada al mantener la postura en el aire, así como durante la actividad.
 - 4: De gran amplitud, interfiere con la alimentación.

- 5. Rigidez (valorada según el movimiento pasivo de las grandes articulaciones, con el paciente relajado y sentado; no considerar la rigidez "en rueda dentada"):**
 - 0: Ausente.
 - 1: Leve o detectada solo con la maniobra de Froment.
 - 2: Leve a moderada.
 - 3: Rigidez importante pero se consigue con facilidad el movimiento en toda su amplitud.
 - 4: Muy intensa; la amplitud del movimiento se logra con dificultad.

- 6. Pinza repetida con índice y pulgar: (cada mano individualmente)**
 - 0: Normal.
 - 1: Discreto enlentecimiento y/o disminución en amplitud.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
CMP: 23663 RNE: 19796



APROBADO Fecha:	ULTIMA MODIFICACIÓN Fecha:	VIGENCIA:
--------------------	-------------------------------	-----------

- 2: Moderadamente alterado. Fatiga evidente y precoz. En ocasiones el movimiento se detiene
- 3: Muy alterado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o paros mientras se realiza el movimiento.
- 4: Difícilmente puede movilizar el índice.

7. Movimiento de la mano (el paciente abre y cierra las manos en rápida sucesión con la mayor amplitud posible; realizar con cada mano por separado):

- 0: Normal.
- 1: Discreto enlentecimiento y/o reducción en amplitud.
- 2: Alteración moderada. Fatiga evidente y precoz. Puede detenerse el movimiento ocasionalmente.
- 3: Muy alterados. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos.
- 4: Difícilmente puede abrir o cerrar la mano.

8. Movimiento de supinación de ambas manos: (marionetas)

- 0: Normal.
- 1: Discreto enlentecimiento y/o reducción de amplitud.
- 2: Moderadamente perturbada. Fatiga evidente y precoz. Puede haber paros ocasionales en el movimiento.
- 3: Severamente perturbado. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o paradas mientras se realizan los movimientos.
- 4: Apenas puede realizarlos.

9. Agilidad de pies: (el paciente golpea con el talón en rápida sucesión contra el suelo, levantando el pie del suelo; la amplitud al movimiento debe ser alrededor de 7.5 cm):

- 0: Normal.
- 1: Ligero enlentecimiento y/o reducción en amplitud.
- 2: Moderadamente perturbada. Fatiga evidente y precoz. En ocasiones el movimiento se detiene.
- 3: Severamente perturbada. Frecuentes titubeos al iniciar los movimientos o paros mientras realiza el movimiento.
- 4: Difícilmente puede movilizar el pie.

10. Levantarse de una silla (el paciente intenta levantarse de una silla de madera o metal de respaldo recto manteniendo los brazos cruzados ante el pecho):

- 0: Normal.
- 1: Lentamente o necesitando más de un intento.
- 2: Utilización de un apoyo para levantarse.
- 3: Tendencia a la retropulsión, múltiples intentos, logros sin ayuda.
- 4: Incapacidad de levantarse sin ayuda.

11. Postura:

- 0: Normal
- 1: No totalmente erecto, podría considerarse como normal para una persona de edad avanzada.
- 2: Moderadamente encorvado, definitivamente anormal. Puede inclinarse ligeramente a un lado.

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



APROBADO Fecha:		ULTIMA MODIFICACIÓN Fecha:	VIGENCIA:
--------------------	---	-------------------------------	-----------

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

- 3: Severamente encorvado, con cifosis. Puede inclinarse moderadamente a un lado.
- 4: Flexión severa, con anomalías extremas de la postura.

12. Estabilidad postural:

- 0: Normal.
- 1: Retropulsión pero se recupera sin ayuda.
- 2: Ausencia de respuesta postural, caída si uno lo evita.
- 3: Muy inestable, tendencia a perder el equilibrio espontáneamente.
- 4: Incapaz de levantarse sin ayuda.

13. Marcha:

- 0: Normal.
- 1: Lenta, con pasos algo cortos. No festinación ni propulsión.
- 2: Con dificultad, puede haber festinación, propulsión o pasos muy cortos; necesita una mínima o ninguna ayuda.
- 3: Perturbación severa, necesita una ayuda.
- 4: Imposibilidad incluso con ayuda.

14. Bradi(hipo)cinesia general:

- 0: Normal.
- 1: Enlentecimiento mínimo, dando un aspecto particular a los movimientos, pero podría ser considerado como normal.
- 2: Enlentecimiento leve y pobreza de movimientos definitivamente anormal.
- 3: Enlentecimiento moderado, disminución de amplitud de movimiento.
- 4: Enlentecimiento marcado, disminución de amplitud de movimiento.

ESCALA DE HOEHN – YAHR

- Estadio 0 Ningún signo de enfermedad
- Estadio 1 Enfermedad unilateral
- Estadio 2 Enfermedad bilateral, sin compromiso de equilibrio
- Estadio 3 Enfermedad bilateral leve a moderada, cierta inestabilidad postural, físicamente independiente
- Estadio 4 Incapacidad severa, aún capaz de caminar o levantarse sin ayuda
- Estadio 5 Postración en cama o silla de ruedas a menos que se lo ayude

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



APROBADO	ULTIMA MODIFICACIÓN	VIGENCIA:
Fecha:	Fecha :	

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

VIII BIBLIOGRAFIA

Braak H, Del Tredici K, Rub U et al. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiology of ageing* 2003;24;197-211

Cosentino C, Nuñez Y, Torres L. Prevalence of non-motor symptoms in peruvian patients with Parkinson's disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2013;71 (4): 216-9

Fox S, Katzenschlager R, Lim SY et al. The Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review Update: Treatments for the Motor Symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord* 2011; 26 (S3): 2-41

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

Horstink M, Tolosa E, Bonuccelli C et al. Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies and the Movement Disorder Society– European Section. Part I: early (uncomplicated) Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*. 2006;13: 1170-85.

Horstink M, Tolosa E, Bonuccelli C et al. Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) and the Movement Disorder Society European Section (MDS-ES). Part II: late (complicated) Parkinson's disease. *European Journal of Neurology*. 2006;13: 1186-202.

Hughes AJ, Ben-Shlomo Y, Daniel SE, Les AJ. What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: a clinicopathologic study. *Neurology* 1992; 42:1142-6

Hughes AJ, Daniel SE, Ben-Shlomo Y, Lees AJ. The accuracy of diagnosis of parkinsonian syndromes in a specialist movement disorder service. *Brain* 2002;12:861-70

Miyasaki JM; Shannon K, Voon V et al. Practice parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006;66: 996-1002.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2006.

Pahwa R, Factor S, Lyon KE et al. Practice Parameter: treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006;66: 983-95.

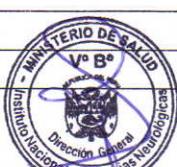
MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
 CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Dpto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 CMP: 23663 RNE: 10796



APROBADO POR: Fecha:	ULTIMA MODIFICACIÓN Fecha:	VIGENCIA:
-------------------------	-------------------------------	-----------



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

Seppi K, Weintraub D, Coelho M et al. The Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review Update: Treatments for the Motor Symptoms of Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2011; 26(S3): 42-80

Suchowersky O, Gronseth G, Perlmutter J et al. Practice parameter: neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006;66: 976-82.

Suchowersky O, Reich S, Perlmutter J et al. Practice parameter: diagnosis and prognosis of new onset Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2006;66: 968-75

Torres L, Villafuerte M, Cosentino C y col. Características clínicas de la enfermedad de Parkinson en una cohorte de pacientes peruanos. *Revista Peruana de Neurología* 2012; 13(1): 4-9

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

.....
CARLOS ALBERTO COSENTINO ESQUERRE
 Jefe del Depto. Investigación, Docencia y Atención
 Especializada en Enfermedades Neurodegenerativas.
 C.M.P.: 23663 RNE: 1798



I. TAGLE L.

PROBADO:

Fecha :



P. MAZZETTI S

ULTIMA MODIFICACIÓN

Fecha :

VIGENCIA: