Butlletí de
Prevenció d'Errors de Medicació
de Catalunya

Vol. 19, núm. 2 · abril - juny 2021

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Pacient ingressat amb malaltia de Parkinson

Cecile van Eendenburg. Neuròloga. Fundació Salut Empordà.

Ferran Bossacoma i Busquets. Cap del Servei de Farmàcia. Fundació Salut Empordà.

Introducció

La malaltia de Parkinson (MP) és una malaltia degenerativa, progressiva i discapacitant. Després de la malaltia d'Alzheimer, és la malaltia neurodegenerativa més prevalent.[1] Els/les pacients que la pateixen presenten múltiples símptomes entre els quals destaquen la bradicinèsia, el tremolor, la rigidesa i la inestabilitat postural. Malgrat que la causa de l'MP és encara desconeguda i no se n'ha aconseguit el tractament etiològic, existeixen diferents tractaments simptomàtics que poden millorar significativament la clínica d'aquests/es pacients.[1]

El tractament simptomàtic requereix una pauta individualitzada en què es té present la comorbiditat i l'estadiatge de la malaltia entre d'altres factors.

La levodopa és el fàrmac simptomàtic més efectiu en el tractament de l'MP.[2] Els agonistes dopaminèrgics també són fàrmacs capaços de millorar els símptomes parkinsonians en fases inicials de la malaltia sense tractament previ. No obstant, amb l'evolució de la malaltia, la majoria dels/de les pacients requeriran levodopa.

Els/les pacients amb MP tenen un major risc d'hospitalització que les persones de la mateixa edat sense la malaltia. Per la seva patologia de base, aquests/es pacients tenen més risc de presentar durant l'ingrés hospitalari alteracions motores, disautonòmiques i cognitives.[3] A banda d'aquest risc incrementat, és prioritari que el/la pacient rebi la seva medicació antiparkinsoniana correctament durant l'ingrés hospitalari ja que la seva incorrecta administració o retirada sobtada pot donar lloc a complicacions mèdiques com l'empitjorament de la simptomatologia motora, amb major risc de caigudes, així com a la síndrome neurolèptica maligna o la síndrome de parkinsonisme-hiperpirèxia.

La manca d'equips multidisciplinars dificulta el bon compliment terapèutic durant l'assistència a urgències i/o l'ingrés hospitalari d'aquests/es pacients. Aquesta manca de compliment terapèutic pot ser atribuïble a diferents motius com són la suspensió del tractament, canvis en la medicació antiparkinsoniana, manca d'estoc o d'inclusió d'una presentació determinada a la Guia dels centres hospitalaris, o d'altres errors en la conciliació horària de la medicació.[3,4] Tot això suposa un risc important pel que fa al deteriorament funcional del/de la pacient així com la prolongació de les estades hospitalàries. És per aquest motiu que, per reduir al màxim les possibles complicacions durant l'hospitalització dels/de les pacients amb MP, és indispensable que els/les professionals sanitaris/es tinguin coneixement del maneig terapèutic d'aquests/es pacients.

Complicacions secundàries a la suspensió o modificació del tractament antiparkinsonià

L'alteració en la pauta de medicació antiparkinsoniana durant l'estada hospitalària pot donar lloc a un empitjorament de la simptomatologia motora i cognitiva dels/de les pacients afectats/des per MP afavorint el risc d'aparició de patologia nosocomial, com broncoaspiració, caigudes o síndrome confusional. A part d'aquestes complicacions, la interrupció d'alguns dels fàrmacs simptomàtics de l'MP pot donar lloc a altres complicacions més greus com són la síndrome neurolèptica maligna i la síndrome de parkinsonisme-hiperpirèxia.

Que el/la professional sanitari/a conegui aquestes complicacions és de vital importància per disminuir el risc de complicacions secundàries al màxim possible. En aquest sentit, els/les professionals han de garantir una correcta administració de la medicació habitual així com identificar de manera precoç els símptomes causats per aquestes entitats i iniciar el tractament al més aviat possible.

Síndrome neurolèptica maligna

La síndrome neurolèptica maligna (SNM) és una complicació greu del tractament amb neurolèptics que pot aparèixer en el 0,2% dels/de les pacients que els prenen.[5,6]

Tot i que la majoria de casos són provocats per neurolèptics, també poden ser ocasionats per la suspensió abrupta de fàrmacs dopaminèrgics. La seva aparició es pot prevenir instaurant o retirant aquests tractaments de manera progressiva.

La presentació clínica consisteix en febre, rigidesa, alteració de l'estat mental, disautonomia i altres trastorns del moviment com tremolor, distonia i mioclònies.

El quadre clínic pot empitjorar amb fracàs renal, insuficiència respiratòria i fenòmens trombòtics a causa de la immobilització, condicionant una situació greu amb una mortalitat que pot arribar al 20-30%.[5]

El tractament es basa en l'aplicació de mesures de suport vital, així com en el maneig de les complicacions i la retirada del fàrmac causant (en cas de ser un neurolèptic) o la reinstauració dels fàrmacs dopaminèrgics i relaxants musculars (prèviament retirats).[5,6]

Síndrome de parkinsonisme-hiperpirèxia

Aquesta síndrome és indistingible de la SNM excepte que només es dona en pacients ja diagnosticats de parkinsonisme. Es produeix quan es retira o es redueix de manera sobtada la medicació dopaminèrgica d'aquests/es pacients.

La presentació clínica és la mateixa que la de l'SNM. El seu tractament consisteix en la presa de mesures de suport conjuntament amb la restitució del tractament dopaminèrgic.[7]

Maneig terapèutic del/de la pacient amb malaltia de Parkinson durant la seva hospitalització

Diferents estudis han demostrat que els/les pacients amb MP acudeixen més sovint a urgències respecte la població no diagnosticada de MP. Entre un 16-45% d'aquests/es pacients hi acudiran almenys un cop l'any.[3]

Els ingressos hospitalaris també estan incrementats entre 1,2-1,45 vegades per sobre de la població no diagnosticada de MP així com l'estada mitja hospitalària, amb un augment de 2-14 dies d'ingrés.[3,8]

Les principals causes d'ingrés hospitalari de pacients amb MP són els trastorns neuropsiquiàtrics i les caigudes. Les principals complicacions durant la seva hospitalització són la pneumònia i el deliri.[3,8]

Es tracta, doncs, de pacients amb major complexitat, a causa de la seva patologia de base, que encara poden presentar més complicacions si no s'administra correctament la medicació habitual. En cas d'impossibilitat d'ingesta oral, per tal d'evitar la síndrome de parkinsonsime-hiperpirèxia amb la interrupció sobtada del tractament, s'haurà de valorar l'administració dels fàrmacs antiparkinsonians via transdèrmica o subcutània, o la col·locació d'una sonda nasogàstrica.

En el cas de pacients amb MP avançada que estiguin en tractament amb L-dopa i hagin d'estar en dieta absoluta 12-24 hores s'hauran de plantejar altres vies d'administració de l'L-dopa o bé la perfusió contínua amb apomorfina en casos seleccionats.[9]

En pacients amb una malaltia lleu-moderada que no tolerin la ingesta oral, la rotigotina, d'administració transdèrmica, és considerada com una de les millors opcions terapèutiques.

Maneig perioperatori

Els/les pacients amb MP que requereixin una cirurgia (urgent o electiva) hauran de mantenir també el seu tractament habitual per tal d'evitar un empitjorament, principalment motor, posterior a la cirurgia.

Cas clínic 1: *Dona de 64 anys, amb antecedents de malaltia de Parkinson de 5 anys d'evolució, en tractament amb L-dopa i agonistes dopaminèrgics des de fa més de 4 anys, que ingressa a l'hospital per sèpsia urinària. A les 48 hores del seu ingrés, malgrat la millora de la febre i dels paràmetres sèptics a l'analítica, presenta síndrome confusional aguda i rigidesa generalitzada, fet que evidencia un franc empitjorament de la seva clínica neurològica habitual —la pacient deambulava amb bastó i no tenia deteriorament cognitiu—.*

Es revisa el tractament de la pacient durant l'hospitalització i es detecta que no s'havia pautat cap tractament del seu habitual des de l'ingrés a causa de la somnolència secundària al procés infecciós.

Cas clínic 2: *Pacient fràgil de 75 anys diagnosticat des de fa anys de malaltia de Parkinson, en tractament amb L-dopa i rasagilina que, amb posterioritat a cirurgia per fractura del cap de fèmur, requereix ingrés a la unitat de cures intensives (UCI) del centre per fallida del despertar. Durant les primeres hores d'ingrés a l'UCI presenta febre superior a 40 ºC que no millora amb l'administració d'antitèrmics, rigidesa a les quatre extremitats, mioclònies i insuficiència renal aguda.*

S'analitza el cas i s'observa que el pacient no havia pres la seva medicació habitual des de la seva arribada al centre hospitalari.

En cas de cirurgia electiva, la medicació habitual dels/de les pacients diagnosticats/des de MP s'haurà de mantenir des del moment de l'ingrés fins a les 6 hores prèvies al dejú per a la cirurgia per evitar complicacions de la mateixa malaltia. En funció de la gravetat de l'MP, aquells/es pacients amb afectació greu que estiguin en tractament amb L-dopa —amb una vida mitjana d'1,5 hores— podrien prendre aquest fàrmac just abans de la cirurgia.

Després de la cirurgia, el/la pacient haurà de reiniciar la seva medicació antiparkinsoniana al més aviat

possible. En aquells casos en què el/la pacient presenti baix nivell de consciència o incapacitat per ingerir, s'hauran de plantejar altres vies d'administració del medicament —el mateix maneig que es fa en pacients amb MP hospitalitzats per un altre motiu—.

Altres aspectes que cal tenir en compte

Si es pot preveure, cal suspendre el tractament amb inhibidors de la monoamina-oxidasa (IMAO)-B 2-3 setmanes abans d'una cirurgia per interacció amb els opioides.[10]

Conclusions

Els/les pacients amb MP tenen major risc d'ingrés hospitalari així com major temps d'estada hospitalària.

La gran majoria d'aquests/es pacients reben una pauta de tractament antiparkinsonià individualitzada que s'ha de mantenir malgrat l'hospitalització per tal d'evitar complicacions mèdiques greus com la síndrome neurolèptica maligna o la síndrome de parkinsonisme-hiperpirèxia.

La familiarització del personal sanitari amb les mesures farmacològiques en pacients amb MP és de gran rellevància perquè s'eviten pautes de medicació antiparkinsoniana errònies i possibles complicacions secundàries.

Recomanacions generals

No s'ha d'aturar bruscament l'administració de medicaments per tractar l'MP.

Cal conciliar amb els/les pacients o els/les cuidadors/es l'esquema de dosificació i l'horari de preses habituals dels medicaments, i assegurar-se de quan cal que els/les pacients en prenguin la dosi següent.

Cada centre sanitari hauria de disposar d'una versió **breu de la *Guia oficial de diagnòstic i tractament de la malaltia de Parkinson 2016*** (annex 1), i formar degudament a tot el personal sanitari per a una correcta implementació.

S'ha de valorar, si el/la pacient és autosuficient, **que continuï autoadministrant-se la medicació crònica** segons la seva pauta habitual.

Cal recordar que les presentacions d'alliberació modificada sostinguda no s'han de manipular —triturar i/o partir— si no és que estigui explícitament especificat a la fitxa tècnica de la presentació.

Referències bibliogràfiques

[1] Guia oficial de diagnòstic i tractament de la malaltia de Parkinson 2016. Societat Catalana de Neurologia. Coordinadors: Gironell A, de Fàbregues O, Compta Y.

[2] Fox SH, Katzenschlager R, Lim SY, et al. The Movement Disorder Society Evidence Based Medicine Review Update: Treatment for the motor symptoms of Parkinson's disease. Mov Disord. 2011;26(Suppl 3):S2-S41.

[3] Oliver HH, Gerlach OH, Winogrodzka A, Weber WE. Clinical problems in the hospitalized Parkinson's disease patient: systematic review. Mov Disord. 2011;26:197-208.

[4] Gerlach OH, Broen MP, van Domburg PH, et al. Deterioration of Parkinson's disease during hospitalization: survey of 684 patients. BMC Neurol. 2012;12:13.

[5] Tse L, Barr AM, Scarapicchia V, Vila-Rodriguez F. Neuroleptic Malignant Syndrome: A review from clinically oriented perspective. Curr Neuropharmacol. 2015;13:395-406.

[6] Perry PJ, Wilborn CA. Serotonin syndrome vs neuroleptic malignant syndrome: a contrast of causes, diagnosis, and management. Ann Clin Psychiatry. 2012;24:155-62.

[7] Robottom BJ, Weiner WJ, Factor SA. Movement disorders emergencies. Part 1: Hypokinetic disorders. Arch Neurol. 2011;68:567-72.

[8] Woodford H, Walker R. Emergency hospital admissions in idiopathic Parkinson's disease. Mov Disord. 2005;20:1104-8.

[9] Tomlinson CL, Stowe R, Patel S, et al. Systematic review of levodopa dose equivalency reporting in Parkinson's disease. Mov Disord. 2010;25:2649-53.

[10] Mariscal A, Medrano IH, Alonso-Cánovas A, et al. Manejo perioperatorio de la enfermedad de Parkinson. Neurología. 2012;27:46-50.

Annex 1. ***Proposta d'equivalències de la Guia oficial de diagnòstic i tractament de la malaltia de Parkinson 2016*****. Societat Catalana de Neurologia[1]**

Preparacions de levodopa disponibles a Catalunya

Preparacions de formulació estàndard (alliberació immediata): Sinemet® (250 mg), Sinemet Plus® (100 mg), Madopar® (200 mg). Es disposa de preparats genèrics de levodopa estàndard/carbidopa.

Preparacions de formulació retardada: Sinemet Retard® (200 mg), Sinemet Plus Retard® (100 mg), Madopar Retard (100 mg).

Preparació de formulació estàndard barrejada amb un inhibidor de la catecol-*O*-metiltransferasa (ICOMT): Stalevo® (50; 75; 100; 125; 150 i 200 mg).

Preparació de gel de levodopa-carbidopa d'administració duodenal: Duodopa®.

Equivalències entre els agonistes dopaminèrgics no ergòtics

15 mg ropinirole = 2,1 mg pramipexole = 16 mg rotigotina

Aquesta equivalència és útil en casos en què calgui un canvi d'agonista.

Taula 1. Tractaments dels símptomes motors de la malaltia de Parkinson

Fàrmac	Indicacions	Grau de recomanació monoteràpia	Grau de recomanació teràpia adjuvant
Levodopa-IDC	Símptomes motors	A	A
Agonistes dopaminèrgics			
Pramipexole	Símptomes motors	A	A
Ropinirole	Símptomes motors	A	A
Rotigotina	Símptomes motors	A	A
IMAO-B			
Selegilina	Símptomes motors lleus, FM.	A	U
Rasagilina	Símptomes motors lleus, FM.	A	A
ICOMT			
Entacapona	FM	-	A
Opicapona	FM	-	A
Tolcapona	FM	-	A
Anticolinèrgics	Tremolor	U	U
Amantadina	Discinèsies	U	B
Safinamida	FM	-	A
Blocadors ß	Tremolor	U	U
Clozapina	Tremolor	-	C

IDC: inhibidors de la decarboxilasa; IMAO: inhibidors de la monoamina-oxidasa (IMAO); FM: fluctuacions motores; ICOMT: inhibidors de la catecol-O-metiltransferasa. Graus de recomanació definits per l'Acadèmia Americana de Neurologia: A: eficàcia establerta; B: eficàcia provable; C: eficàcia possible; U: dades inadequades/conflictives

©2011. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Directora: Azucena Carranzo Tomàs
Comitè editorial: Mercè Armelles, Guillermo Bagaria, Eva Borras, Ferran Bossacoma, Jordina Capella, Glòria Cereza, Anna Jambrina, Marta Leston, Manel Rabanal i Laia Robert.
Conflicte d'interessos. Els membres del comitè editorial declaren que no hi ha cap conflicte d'interès relacionat amb els continguts d'aquesta publicació.
Subscripcions. Podeu formalitzar la vostra subscripció al butlletí per mitjà de l'adreça de correu electrònic errorsmedicacio@gencat.cat, indicant-hi el vostre nom, cognoms i l'adreça de correu electrònic on el voleu rebre.
ISSN: 2013-3065
http://medicaments.gencat.cat