

## Enfermedad de Parkinson en adultos mayores con fragilidad

Parkinson's disease in older adults with frailty

Miguel Germán Borda (1, 2), Andrés Peralta-Cuervo (1), Sandy Camargo-Casas (1), Mario Ulises Pérez-Zepeda (1, 3), Carlos Alberto Cano-Gutiérrez (1, 2)

Palabras claves: ancianos frágiles, ancianos, comunicación interdisciplinaria Enfermedad de parkinson, geriatra y neurólogo

Key words: aged, frail elderly, geriatrician, Interdisciplinary Communication, neurologist and Parkinson's disease

### Al editor:

En 1917 James Parkinson publicó “*An Essay on the Shaking Palsy*”, donde describió seis casos de pacientes con presentación clínica de trastornos del movimiento, caracterizados por temblor, bradicinesia, inestabilidad postural y otras alteraciones motoras. Hoy en día se sabe que la Enfermedad de Parkinson va mucho más allá de lo evidente y de ser simplemente “*the Shaking Palsy*” debido a que también se compone de una complejidad de síntomas no motores (1,2). Se sabe también que es una condición que aumenta con la edad y por lo tanto la encontramos en personas mayores con más frecuencia. Es por el fenómeno de transición demográfica y el rápido crecimiento de la población anciana, que la Enfermedad de Parkinson (EP) como fue denominada por Jean Martin Charcot 60 años después de las descripciones del Dr. Parkinson, cobra cada día más importancia (3).

En la actualidad la EP es la segunda causa más común de demencia neurodegenerativa después del Alzheimer, que la convierte en una entidad muy importante en términos de salud pública (4). Adicionalmente, es una enfermedad con altos costos para los sistemas de salud, con estimaciones que para el año 2050 serán de \$3,918'672.000 anuales por cada habitante (4). Lo anterior implica no solo un gran problema a nivel individual sino también a nivel social y económico.

Aunque los síntomas más llamativos de la EP son las manifestaciones motoras, las manifestaciones no motoras impactan de forma muy importante sobre el individuo, entre estas encontramos algunos síndromes geriátricos (SG) (5) figura 1. Los SG no son consecuencia únicamente de los cambios fisiopatológicos a nivel central, sino de todo el impacto que produce la EP a nivel sistémico y funcional en otros lugares del organismo, sin olvidar la importante repercusión de éste a nivel psicológico y social.

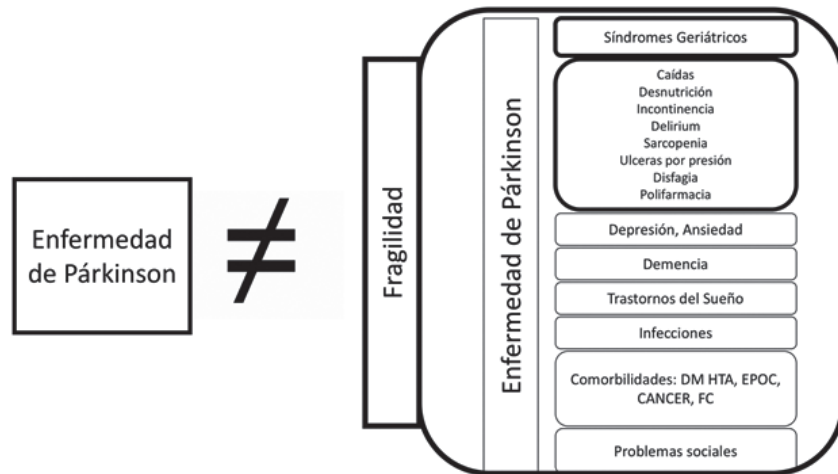
Las manifestaciones clínicas, junto con los SG y los efectos secundarios de los tratamientos, tienen un efecto negativo muy significativo sobre la funcionalidad y la calidad de vida de las personas (6,7). La funcionalidad es uno de los marcadores más importantes de calidad de vida, por tanto es un punto crucial en el tratamiento de los adultos mayores con Parkinson. Ser funcional es el ser capaz de valerse por sí mismo y no depender de otras personas o instituciones, por ende, es una prioridad mantener o recuperar la funcionalidad a nivel individual y poblacional (8,9).

Todos estos factores bio-psico-sociales que interactúan en un solo individuo con Enfermedad de Parkinson llegan a configurar en este una nueva y más compleja entidad que si se aborda adecuadamente, se puede prevenir y revertir, evitando así mayores efectos negativos. Esta entidad es la fragilidad (figura 1) (10,11).

(1) Semillero de Neurociencias y Envejecimiento, Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

(2) Unidad de Geriátrica, Hospital Universitario San Ignacio and Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

(3) Departamento de Investigación Epidemiológica Geriátrica. Instituto Nacional de Geriátrica, Ciudad de México, México.



**Figura 1. Síndromes geriátricos y comorbilidades en Enfermedad de Parkinson que configuran a una persona frágil. Diferencia entre los puntos de vista: abordaje basado en la Enfermedad vs. Abordaje basado en una persona frágil con Parkinson. FC: Falla Cardíaca, DM: Diabetes Mellitus, EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.**

El adulto mayor frágil es una persona más vulnerable a sufrir de desenlaces adversos. Esta condición se establece por un compromiso de múltiples dominios que van más allá de las manifestaciones neurológicas. Esto crea la necesidad de un manejo interdisciplinario integral. Este abordaje integrado requiere consideraciones especiales para la prescripción farmacológica tanto específica para la EP (12) así como de las posibles interacciones con medicamentos indicados para las comorbilidades. De igual manera, se requiere un énfasis especializado en el manejo no farmacológico, como la terapia ocupacional, la terapia física y el soporte nutricional por mencionar algunos. Un error frecuente es tratar a los adultos mayores frágiles de una forma estándar o igual que los adultos jóvenes, ya que como regla fundamental la

clave es tener en cuenta las características particulares de cada persona (13, 14).

El geriatra es el médico especialista en tratar la fragilidad y puede ser de gran ayuda para integrar y dirigir equipos en el manejo de los pacientes frágiles con EP. Con el fin de acercarnos a un tratamiento integral que brinde el mayor bienestar posible a las personas adultas mayores con esta enfermedad (13, 15-17).

### Conflictos de interés

No se declara ningún conflicto de interés por parte de los autores.

## REFERENCIAS

1. Parkinson J. An essay on the shaking palsy. 1817. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* 2002. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11983801> (accessed November 4, 2017).
2. Sánchez EP, Arturo SSM, Paul VAJ, Javier PRC, Mauricio PRH. Síntomas no motores en la enfermedad de Parkinson, ¿relación con la lateralidad al inicio de la enfermedad? *Acta Neurológica Colombiana* 2015. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482015000300006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482015000300006&script=sci_abstract&tlng=es) (accessed November 4, 2017)
3. Goetz CG. *The History of Parkinson's Disease: Early Clinical Descriptions and Neurological Therapies*. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine: 2011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234454/> (accessed November 5, 2017).
4. Toro AC, Buriticá OF. Enfermedad de parkinson: criterios diagnósticos, factores de riesgo y de progresión, y escalas de valoración del estadio clínico. *Acta Neurológica Colombiana* 2014. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482014000400010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482014000400010&script=sci_abstract&tlng=pt) (accessed November 4, 2017)

5. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409147/> (accessed November 5, 2017).
6. Borda MG, Ruiz de Sánchez C, Gutiérrez S, Samper-Ternent R, Cano-Gutiérrez C. Relación entre deterioro cognoscitivo y actividades instrumentales de la vida diaria: Estudio SABE-Bogotá, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana* 2016. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482016000100005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87482016000100005&script=sci_abstract&tlng=es) (accessed November 5, 2017)
7. Prakash KM, Nadkarni NV, Lye WK, Yong MH, Tan EK. The impact of non-motor symptoms on the quality of life of Parkinson's disease patients: a longitudinal study. *European Journal of Neurology* 2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.12950/abstract> (accessed November 4, 2017).
8. García ER, Borda MG, Cáceres JP, Patino-Hernandez D, Cano Gutiérrez C. Discapacidades en el Adulto Mayor: rehabilitación funcionalidad y calidad de vida: Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Rev Col Geriatria y Gerontología* 2016;1 30.
9. Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Reyes-Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper-Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*. <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3197> (accessed November 5, 2017).
10. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1994. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1486322/> (accessed November 4, 2017)
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156> (accessed November 4, 2017).
12. ACNWEB a. Capítulo 2. Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson [Internet]. *Acnweb.org*. 2017 [cited 4 November 2017]. Available from: <http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-30-2014/156-volumen-30-no-3-1-suplemento-3-1-octubre-2014/1051-capitulo-2-tratamiento-de-la-enfermedad-de-parkinson.html>
13. Morley JE. Geriatricians: The Super Specialists. *Journal of the American Geriatrics Society* 2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14702/abstract> (accessed November 4, 2017)
14. Lauretani F, Maggio M, Silvestrini C, Nardelli A, Saccavini M, Ceda GP. Parkinson's disease (PD) in the elderly: an example of geriatric syndrome (GS)? *Archives of gerontology and geriatrics*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459464> (accessed November 4, 2017)
15. Ahmed NN, Sherman SJ, Vanwyck D. Frailty in Parkinson's disease and its clinical implications. *Parkinsonism & related disorders*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17988926> (accessed November 4, 2017).
16. Cesari M, Pérez-Zepeda MU, Marzetti E. Frailty and Multimorbidity: Different Ways of Thinking About Geriatrics. *Journal of the American Medical Directors Association* 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28279606> (accessed November 4, 2017)
17. Borda MG, Patino-Hernandez D. Diseases AND or IN frailty, an important conceptual difference. *Experimental gerontology* 2017;98:184-185.