

CUANDO LOS **PIES** SE PEGAN AL **SUELO**

Dr. Valentín Mateos, neurólogo

Coordinador del Servicio de Neurología del Centro Médico de Asturias y Jefe de Servicio de la Unidad Integral de Neurología de la Clínica La Luz, en Madrid

Los motivos por los que una persona de tercera edad camina mal pueden ser muy variados. Los más comunes son los de naturaleza osteoarticular, esto es, en relación a problemas en los huesos y articulaciones implicados en el mecanismo de la marcha (columna, caderas, rodillas, pies), en general por efecto de una artropatía degenerativa (la popular artrosis). En otros casos el problema no está tanto en la estructura física o armazón del "edificio" como en su "abastecimiento energético". A modo de ejemplo, esto es lo que sucede en la "claudicación intermitente", entidad que conlleva para quien la sufre, la necesidad de detenerse cada cierto trecho ("enfermedad del escaparate") como única forma de aliviar el dolor que aparece en las pantorrillas a consecuencia de la isquemia (falta de riego) secundaria a una arteriosclerosis subyacente. En una tercera categoría, incluiremos aquellos en los que el fallo está en los "circuitos eléctricos" del edificio, esto es, en las estructuras encargadas de transmitir las órdenes desde el computador central (cerebro) a los encargados finales de ejecutarlas (músculos y articulaciones). Englobaremos aquí todas las etiologías (causas) neurológicas, que pueden ser debidas tanto a fallos en el propio ordenador central (enfermedades primariamente cerebrales) como a problemas en el cableado distal (enfermedades medulares, polineuropatías, ...). El título de esta colaboración, "cuando los pies se pegan al suelo", ya orienta al lector sobre la patología que abordaremos, **la enfermedad de Parkinson**.

Descrita en el año 1817 por el médico británico James Parkinson, la enfermedad que hoy lleva su nombre es, tras la de Alzheimer, la segunda patología neurodegenerativa más frecuente en el mundo occidental. Se estima que en España hay unos 150.000 afectados (a un ritmo de unos 10.000

nuevos diagnósticos al año). La edad media de inicio de los síntomas está entre los 60-70 años, aunque algunos pacientes desarrollan la enfermedad en épocas más precoces de la vida. Su etiología (causa) sigue siendo aún motivo de estudio y discusión. Como en muchas otras enfermedades, posiblemente la combinación de factores genéticos (predisposición individual) y ambientales representen el mecanismo de ignición de la enfermedad, en gran medida edad-determinada.

En la práctica clínica, el diagnóstico de enfermedad de Parkinson no suele conllevar mayores problemas para el neurólogo, incluso a veces puede hacerse a simple vista. Así, es característica la inexpressividad facial de las personas afectadas, el parpadeo escaso, la presencia de un lenguaje monocorde (en casos avanzados difícilmente comprensible), una lentitud generalizada en sus movimientos, una postura corporal típicamente en anteflexión (paciente encorvado hacia adelante) y una marcha también característica, con pasos cortos (en fases más avanzadas con arrastre de pies), ausencia de braceo, lentitud en los giros y puntuales bloqueos, bien al iniciar la marcha o bien al intentar atravesar sitios angostos (puertas o similares).

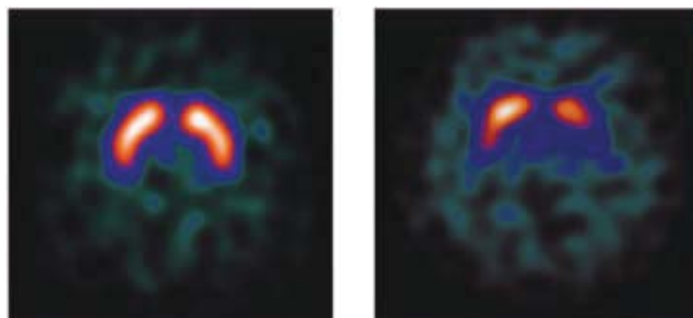
Estos hallazgos exploratorios pueden aparecer también en otras patologías que, aunque parecidas a la enfermedad de Parkinson, no lo son en realidad. Es lo que conocemos como "**parkinsonismos**", de los cuales el vascular (en general producido por microinfartos cerebrales múltiples) y el farmacológico (en relación a fármacos habitualmente utilizados para procesos psiquiátricos o para otros más banales como los "mareos" y el vértigo) son los más comunes en la tercera edad. La simetría exploratoria (en la enfermedad de Parkinson auténtica los datos son más floridos en una parte del cuerpo que en

otra), la ausencia de temblor, el neto predominio del problema en la mitad inferior del cuerpo, las caídas precoces y la pobre o nula respuesta a la medicación base de la enfermedad de Parkinson (la levodopa) suelen ser las pistas en las que fundamentar la sospecha diagnóstica.

El tratamiento base de enfermedad de Parkinson viene representado por la levodopa (que en el organismo se convertirá en dopamina, neurotransmisor deficitario en el cerebro de estos pacientes con una respuesta en general muy positiva durante los primeros años de evolución. Con el paso del tiempo serán necesarios múltiples ajustes de dosis, asociaciones de fármacos o recurrir a técnicas neuroquirúrgicas. El objetivo último por parte del médico es que el paciente mantenga la mayor y más completa autonomía posible. Este tratamiento no debe terminar en la consulta del neurólogo en tanto muchos pacientes se beneficiarán de la intervención, puntual o continuada, de otros profesionales de la salud (logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, neuropsicólogos). Este aspecto ha sido bien percibido por los pacientes y las asociaciones que los representan que han montado dispositivos asistenciales en los que ofrecer a sus afiliados estas prestaciones, siempre útiles en tanto complementarias, que no alternativas, al tratamiento farmacológico propiamente dicho, hoy por hoy imprescindible.



Imagen típica de un paciente parkinsoniano (escasa expresividad facial, cuerpo inclinado hacia adelante, brazos pegados al tronco y paso corto, con puntual arrastre de los pies).



Estudio DATscan que muestra las diferencias entre un individuo normal (izquierda) y un paciente con enfermedad de Parkinson (derecha) en el que se aprecia una pérdida (depleción) dopaminérgica en algunas estructuras cerebrales claves en esta patología (ganglios de la base).

LOS 10 MANDAMIENTOS PARA PREVENIR CAÍDAS EN EL DOMICILIO

- Quitar alfombras o asegurarlas fijándolas al suelo.
- Mantener los suelos siempre secos y en la cocina evitar los restos de grasas o aceites.
- Evitar muebles u otros obstáculos en los pasillos.
- Eliminar cables en los suelos.
- Iluminar bien los pasillos, en especial el trayecto del dormitorio al baño, incluso manteniendo una "luz de noche" en ese trayecto.
- Colocar abrazaderas y pasamanos en áreas de tránsito y escaleras. Igualmente barras de agarre junto al inodoro y en la bañera.
- Utilizar calzado antideslizante y con agarre firme al pie, evitando las "pantuflas".
- Ayudarse de bastón o, si es el caso, utilizar andador para desplazarse en el propio domicilio.
- No levantarse bruscamente desde la posición de sentado y, especialmente, desde la de acostado.
- Evitar coger objetos situados en altura. Los de uso más común colóquelos en los muebles a la altura de la cintura.