Preguntas para responder

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Síntomas motores

Medicamentos antiparkinsonianos

1. ¿Tienen mayor eficiencia y seguridad la administración por vías diferentes a la oral de los tratamientos antiparkinsonianos empleados para los síntomas motores (dopaminérgicos y anticolinérgicos)?

Manejo de problemas relacionados con medicamentos antiparkinsonianos

Psicosis inducida por fármacos

2. ¿Resulta más eficiente y seguro añadir un antipsicótico atípico (por ejemplo: quetiapina) a la medicación antiparkinsoniana o reducir/retirar estos antiparkinsonianos (anticolinérgicos, selegilina, amantadina) para el manejo de la psicosis inducida por fármacos asociados a esta enfermedad?

Trastornos del sueño

3. ¿Qué intervención resulta más eficiente y segura para reducir los trastornos del sueño asociados a la enfermedad de Parkinson?

Trastornos del control de impulsos

4. ¿Qué intervención resulta más eficiente y segura para el manejo de los trastornos del control de impulsos asociados al tratamiento de la enfermedad de Parkinson con agonistas dopaminérgicos?

Empeoramiento cognitivo

5. En adultos con enfermedad de Parkinson, que desarrollan un empeoramiento cognitivo inicial, ¿resulta más eficiente y seguro añadir un inhibidor de la acetilcolinesterasa o modificar el tratamiento dopaminérgico para la mejora de los síntomas en la función cognitiva?

Síntomas no motores

Síntomas sensoriales

6. ¿Qué intervención resulta más eficiente y segura para el manejo de las alteraciones con síntomas sensoriales asociadas a la enfermedad de Parkinson? (p.e. alteraciones visuales; disfunción olfatoria; alteraciones del gusto; hipoacusia y otros trastornos auditivos; dolor y síntomas sensitivos asociados)

Disfunciones autonómicas

7. ¿Qué intervenciones resultan más eficientes y seguras para el manejo de las disfunciones autonómicas asociadas a la enfermedad de Parkinson? (p.e. hipotensión ortostática; estreñimiento; incontinencia fecal; náuseas y vómitos; sialorrea; intole-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

rancia al calor; sudoración excesiva; nicturia; disfunción sexual; pérdida de peso; dificultad para tragar)

Depresión como comorbilidad asociada

8. ¿Resultan más eficientes y seguros los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) que los antidepresivos tricíclicos (ATC) u otros antidepresivos, para el manejo de la depresión asociada a la enfermedad de Parkinson?

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Fisioterapia y terapia ocupacional

9. ¿Cuál es la eficiencia de la fisioterapia en personas con enfermedad de Parkinson?
10. ¿Cuál es la eficiencia de la terapia ocupacional para mejorar la independencia funcional en personas con enfermedad de Parkinson?

Logopedia

Comunicación y lenguaje

11. ¿Cuál es la eficiencia de la logopedia en la mejora de la comunicación y del lenguaje en personas con enfermedad de Parkinson?

Deglución

12. ¿Cuál es la eficiencia de la logopedia en la mejora de la deglución en personas con enfermedad de Parkinson?

Neuropsicología

13. ¿Cuál es la eficiencia de la rehabilitación de funciones cognitivas en personas con enfermedad de Parkinson?

Nutrición y dietética

Suplementación con vitamina D

14. ¿Cuál es la eficiencia y seguridad de la suplementación con vitamina D para la prevención de caídas y de fractura de cadera en personas con enfermedad de Parkinson que presentan un defecto de síntesis renal de 1,25-dihidroxivitamina D?

Disminución de peso

15. ¿Cuál es la eficiencia de las diferentes intervenciones dirigidas a la disminución de peso en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas con enfermedad de Parkinson?

Modificación de la ingesta proteica

16. ¿Cuál es el efecto de la modificación de la ingesta proteica en la dosis necesaria de L-dopa en personas debutantes de Parkinson y en personas con enfermedad de Parkinson?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendaciones

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención[1]

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran concordancia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran concordancia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse para la elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica*

√	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

** En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general, estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Tratamiento farmacológico

Síntomas motores

Medicamentos antiparkinsonianos

B	Se recomienda la utilización del gel intestinal de levodopa/carbidopa (LCIG, por sus siglas en inglés) únicamente para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson (EP) en estado avanzado con fluctuaciones motoras graves e hiper/discinesia cuando las combinaciones de medicamentos disponibles para el Parkinson no han proporcionado resultados satisfactorios. Esta alternativa puede ser coste-efectiva con las condiciones establecidas en el marco de utilización de medicamentos huérfanos.
B	Se recomienda valorar el tratamiento antiparkinsoniano con rotigotina transdérmica en pacientes con EP inicial o temprana, a las dosis indicadas en ficha técnica, cuando otras alternativas no se muestran efectivas.
B	Las inyecciones de apomorfina intermitentes pueden ser utilizadas para reducir las fluctuaciones motoras (fenómenos *"on-off"*) en pacientes con EP en los que la sintomatología no está lo suficientemente controlada mediante la medicación antiparkinsoniana oral.
D	Las infusiones subcutáneas continuas de apomorfina pueden ser usadas para reducir el tiempo en *off* y la discinesia en personas con EP y complicaciones motoras graves. Su inicio debe estar restringido a unidades expertas con facilidades para la supervisión adecuada.

Manejo de problemas relacionados con medicamentos antiparkinsonianos

Psicosis inducida por fármacos

D	Todas las personas con EP y psicosis deben recibir una evaluación médica general, excluyendo otras causas tratables de psicosis.
D	Antes de considerar el uso de medicación antipsicótica, se recomienda realizar el tratamiento para cualquier condición precipitante.
D	Se debe tener en cuenta la retirada gradual de la medicación antiparkinsoniana que puede desencadenar la psicosis en personas con EP.
D	Puede no ser necesario tratar activamente los síntomas psicóticos moderados en personas con EP si son bien tolerados por el paciente y el cuidador.
D	No deben usarse los antipsicóticos típicos (como fenotiazinas y butirofenonas) en personas con EP porque pueden exacerbar las características motoras de la EP.
D	Se pueden considerar los antipsicóticos atípicos para el tratamiento de los síntomas psicóticos en personas con EP, aunque la base de evidencia para su eficacia y seguridad es limitada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

A	En pacientes que desarrollan trastornos psicóticos en el curso de la EP, en los casos en los que haya fallado el tratamiento estándar, está indicado el uso de clozapina a la dosis mínima eficaz.
D	Cuando se realiza el tratamiento con clozapina, se recomienda realizar la monitorización semanal durante las primeras 18 semanas de tratamiento seguidas de monitorización durante todo el tiempo que continúe el tratamiento (al menos una vez cada 4 semanas). Estos controles analíticos deben continuar durante las 4 semanas tras la interrupción completa del mismo.
D	El tratamiento de los síntomas psicóticos en pacientes con EP mediante clozapina requiere del registro obligatorio del esquema de monitorización del antipsicótico atípico y de parámetros sanguíneos (recuento total de glóbulos blancos y recuento absoluto de neutrófilos). Para más información, ver ficha técnica: http://www.aemps.gob.es/
B	Se puede considerar el uso de dosis bajas de quetiapina como un antipsicótico alternativo a la clozapina para el tratamiento de pacientes con psicosis en EP, cuando no sea posible la monitorización semanal de sangre de forma rutinaria, y en el marco del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Trastornos del sueño

D	El manejo de la Somnolencia Diurna Excesiva (SDE) debe centrarse en encontrar una causa reversible como depresión, pobre higiene del sueño, y medicamentos asociados con patrón del sueño alterado.
D	Modafinilo y melatonina no están recomendados en el manejo de la SDE asociada a EP.
D	Las preparaciones de levodopa de liberación modificada pueden ser usadas para la acinesia nocturna en pacientes con EP.
D	Se debe recoger el historial de sueño de las personas con EP para documentar el trastorno del sueño.
D	Se recomienda una buena higiene del sueño a las personas con EP y cualquier trastorno del sueño, lo que incluye: • Evitar la ingesta de estimulantes por la tarde (p.e. café, té,…) • Establecer un patrón regular de sueño • Entorno y temperatura del dormitorio confortable • Proveer los productos asistenciales, como elevadores de la cama o raíles para ayudar a moverse y girarse, ayudando a que las personas estén más cómodas • Restricción de las siestas durante el día • Recomendar hacer ejercicio regular y adecuado para inducir mejor el sueño • Una revisión de toda la medicación y evitar los fármacos que afecten el sueño o la alerta, o que puedan interactuar con otra medicación (p.e. selegilina, antihistamínicos, antagonistas H_2, antipsicóticos y sedantes).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	Se debe tener especial cuidado para identificar y manejar los trastornos del comportamiento del sueño como el Síndrome de Piernas inquietas y de la fase REM (rapid eye movement) en las personas con EP y trastornos del sueño.
D	Se debe recomendar a las personas con EP que tienen ataques de sueño no conducir y no exponerse a ningún peligro ocupacional. Se deben realizar intentos para ajustar su medicación con el fin de reducir su aparición.
√	Se recomienda aconsejar al paciente tener precaución con los medicamentos que pueden alterar la capacidad de conducir o utilizar máquinas, por lo que se recomienda leer la información disponible en el embalaje de estos medicamentos: el símbolo o pictograma de advertencia del cartonaje (pictograma de conducción) que se completa con la información disponible en el prospecto.
√	Se recomienda que las personas con EP mantengan la higiene del sueño, mediante la realización de ejercicio físico al menos un par de horas antes de irse a dormir, y utilizando una sábana de raso para facilitar girarse en la cama.

Trastornos del control de impulsos

B	El manejo de los trastornos del control de impulsos (TCI) en pacientes con EP debe incluir considerar la reducción o discontinuación del uso de agonistas dopaminérgicos, usar un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y probablemente el soporte y consejo psicosocial.
B	No deben usarse los agonistas dopaminérgicos derivados ergóticos como primera línea de tratamiento de la EP y TCI.
A	En el paciente con EP y TCI no se recomienda el cambio entre agonistas dopaminérgicos.
D	Cuando se usa un agonista dopaminérgico derivado ergótico los pacientes deben seguir: • Un cribado ecocardiográfico basal y escáneres regulares de seguimiento para identificar anormalidades cardiacas. • Investigaciones basales de laboratorio (p.e. velocidad de sedimentación de eritrocitos, creatinina sérica) y radiológica (placa de tórax) con vigilancia de seguimiento regular para identificar fibrosis serosa.
A	Se debe advertir a los pacientes del potencial de los agonistas dopaminérgicos para causar TCI y SDE y estar informados de las implicaciones para la conducción y manejo de maquinaria.
B	Se recomienda prestar especial atención a los signos de TCI en pacientes varones jóvenes con EP e historial previo de trastornos del comportamiento o conductas adictivas.
√	Los profesionales sanitarios deben debatir sobre las posibles complicaciones del TCI con los pacientes con EP que estén tomando agonistas dopaminérgicos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Empeoramiento cognitivo

A	Se recomienda la utilización del inhibidor de la acetilcolinesterasa rivastigmina en pacientes con EP idiopática que presenten demencia leve a moderadamente grave.
√	Se recomienda valorar distintas estrategias de intervención, incluyendo la estimulación cognitiva, para tratar pacientes con EP que presenten un deterioro cognitivo inicial leve antes de establecer un tratamiento farmacológico específico mediante rivastigmina.
D	En los pacientes con EP y empeoramiento cognitivo se deben investigar las causas de demencia y, si están presentes, tratarlas.
D	Se debe considerar la exclusión de cualquier otra medicación no parkinsoniana que actúe en el sistema nervioso central, con retirada de la medicación anticolinérgica, amantadina, selegilina y agonistas dopaminérgicos.
√	Se recomienda revisar de forma sistemática los tratamientos pautados para el manejo de los síntomas motores de la EP, valorando la indicación, adherencia e interacciones, con el fin de reducir el riesgo de efectos adversos como el empeoramiento cognitivo, reducir la polimedicación y consensuar los tratamientos con el paciente.

Síntomas no motores

Síntomas sensoriales

√	Se recomienda informar al paciente de las posibles alteraciones con síntomas sensoriales asociadas a la EP para trabajarlas en equipo (pacientes, familiares y cuidadores junto con los profesionales) y disminuir el impacto de estas alteraciones en las vidas de las personas afectadas por esta enfermedad.

Disfunciones autonómicas

√	Se recomienda informar a los pacientes con EP para evitar los factores precipitantes de la hipotensión ortostática como cambios posturales bruscos, comidas copiosas, baños calientes y medicación vasodilatadora.
√	Se recomienda abordar la hipotensión ortostática en pacientes con EP, utilizando medidas no farmacológicas antes de iniciar un tratamiento farmacológico. Las medidas no farmacológicas incluyen evitar las comidas bajas en sodio y ricas en carbohidratos, aumentar la ingesta de agua (2-2,5 l/d) y de sal (>8 g ó 150 mmol/d) en la dieta, fragmentar las comidas, hacer ejercicio, dormir con la cabecera levantada, llevar medias de compresión, o realizar maniobras de contención física para aumentar la presión arterial mediante el aumento del retorno venoso y la resistencia periférica, como ponerse de cuclillas, inclinarse hacia delante o cruzar las piernas al comienzo de los síntomas presincopales. Incorporarse de la cama lentamente y estar unos segundos sentado en la cama antes de ponerse de pie.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	Es recomendable reconsiderar los tratamientos que induzcan o agraven la hipotensión ortostática en pacientes con EP, incluyendo la revisión de todos los medicamentos, tomados con o sin prescripción médica, y otros productos que puedan inducir hipotensión.
D	Las personas con EP deben ser tratadas convenientemente del trastorno autonómico que cursa con disfunción urinaria, pérdida de peso, disfagia, estreñimiento, hipotensión ortostática, sudoración excesiva y sialorrea.
√	Se recomienda valorar la retirada de medicamentos que pueden inducir sialorrea, como inhibidores de la colinesterasa, clozapina o quetiapina.
B	Conviene aconsejar al paciente y reevaluar los tratamientos que potencialmente puedan producir disfunción sexual (p.e. ciertos tratamientos antihipertensivos y antidepresivos).
B	No se recomienda la utilización de sildenafilo en pacientes con EP y disfunción sexual.
B	Se recomienda valorar otras comorbilidades que puedan originar la disfunción eréctil, como la depresión o disfunciones sexuales concomitantes, especialmente la disminución de la libido, así como la deficiencia de hormonas sexuales, ya que la EP puede no ser la causa principal de la disfunción sexual.
√	Se recomienda valorar las posibles causas de disfunción urinaria en pacientes con EP, como hipertrofia prostática o cáncer.
√	En pacientes con EP y estreñimiento se recomienda realizar cambios en la dieta y la actividad física. Aumentar la ingesta de líquidos y fibra, si es necesario con suplementos de fibra y suavizantes de heces.
√	Se recomienda indagar y valorar los tratamientos que frecuentemente causan estreñimiento (antidepresivos tricíclicos, loperamida, codeína y opioides, antimuscarínicos y algunos antiparkinsonianos).
√	Se propone la elaboración de una ficha farmacoterapéutica exhaustiva en pacientes con EP, que permita tener conocimiento de medicamentos y productos que pueden interaccionar entre sí.
B	Para los problemas de motilidad gastrointestinal (anorexia, nausea y vómitos asociados al tratamiento con levodopa y agonistas dopaminérgicos) se recomienda la utilización de domperidona.
√	No se recomienda el uso de metoclopramida en pacientes con EP debido al empeoramiento en los síntomas motores.

Depresión como comorbilidad asociada

D	Se recomienda que el manejo de la depresión en personas con EP sea personalizado, en particular, considerando la terapia coexistente y las comorbilidades que presente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	La elección del tratamiento antidepresivo dependerá de la experiencia previa del profesional sanitario y las condiciones clínicas del paciente.
B	En función de las comorbilidades que presente la persona afectada por EP, el tratamiento de elección a corto plazo pueden ser los antidepresivos tricíclicos.
√	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 multidisciplinar.

Tratamiento no farmacológico

Fisioterapia y terapia ocupacional

A	Se recomienda ofrecer a las personas afectadas por enfermedad de Parkinson (EP) de inicio reciente un tratamiento rehabilitador basado en fisioterapia.
B	Es recomendable que las técnicas de fisioterapia formen parte de un abordaje interdisciplinar de la EP que ponga especial énfasis en la rehabilitación funcional del paciente.
A	Se recomiendan utilizar programas de ejercicios de fortalecimiento/estiramiento/funcionamiento, el ejercicio aeróbico supervisado, la cinta de correr de baja intensidad y los ejercicios de resistencia progresiva en pacientes con EP.
√	Existen otras técnicas complementarias para pacientes con EP, que pueden valorarse en función de las características del paciente y de su entorno, como pueden ser taichi, entrenamiento con consolas de vídeo juegos de realización de ejercicios físicos y danza o baile.
B	La fisioterapia debe de estar disponible para las personas con EP en todo el proceso de la enfermedad. Se debe prestar especial atención a: • La re-educación de la marcha, con mejora del equilibrio y la flexibilidad • Potenciar la capacidad aeróbica • Mejorar la iniciación del movimiento • Mejorar la independencia funcional, incluyendo la movilidad y las actividades de la vida diaria • Prestar consejo con respecto a la seguridad del entorno domiciliario.
C	La técnica de Alexander puede beneficiar a las personas con EP ayudándoles a hacer ajustes en el estilo de vida que afectan tanto a la naturaleza física de la condición como a las actitudes de la persona que tiene EP.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	La terapia ocupacional debe estar disponible para las personas con EP. Se debe prestar especial atención a: • Mantener el trabajo y los roles familiares, las actividades de la vida diaria instrumentales y avanzadas, domésticas y de ocio • Mejorar y mantener los traslados y la movilidad • Mejorar las actividades de cuidados personales como comer, beber, lavarse y vestirse • Los aspectos del entorno para mejorar la seguridad y las funciones motoras • Evaluación cognitiva e intervención apropiada.
B	En pacientes con EP levemente afectados, se recomienda la terapia ocupacional con el fin de mejorar la capacidad de rendimiento percibido para las actividades de la vida diaria de estas personas.

Logopedia

Comunicación y lenguaje

D	La terapia de logopedia debe estar disponible para las personas con EP. Se debe prestar especial atención a: • Mejora del volumen vocal y del rango de tono, incluyendo los programas de logoterapia como LSVT (tratamiento de logopedia mediante la técnica *Lee Silverman Voice Treatment*) • Estrategias de enseñanza para optimizar la inteligibilidad del lenguaje • Garantizar que los instrumentos efectivos de comunicación son mantenidos a lo largo del curso de la enfermedad, incluyendo el uso de tecnologías de asistencia • Revisar y gestionar para apoyar la seguridad y la eficiencia de la deglución y para minimizar el riesgo de aspiración.
√	Se recomienda valorar la utilización de la técnica de LSVT y la valoración de los resultados en los pacientes con EP afectados por trastornos de la comunicación y el lenguaje, especialmente en la variable clínicamente más relevante; la inteligibilidad del habla.

Deglución

√	Se recomienda valorar la utilización de la técnica LSVT para el manejo de los problemas de deglución en personas con EP.
B	Se recomienda valorar la utilización de la terapia de deglución asistida por vídeo (VAST, por sus siglas en inglés) para la mejora de la deglución en personas con EP.
√	Se recomienda no considerar como primera línea la utilización de la técnica de bajar la barbilla junto con líquidos poco espesos para disminuir la incidencia de neumonía por aspiración en pacientes con EP y trastornos de la deglución.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	Se recomienda abordar de forma multidisciplinar los trastornos de la deglución en personas afectadas por la EP. Especialmente se insta a formar equipos de trabajo coordinados que incluyan profesionales sanitarios especialistas en endocrinología y nutrición, medicina física y rehabilitación, farmacia hospitalaria, así como logopedas, dietistas-nutricionistas, enfermeras y terapeutas ocupacionales, para fomentar la sinergia entre las tareas de rehabilitación, educación y soporte nutricional.

Neuropsicología

√	Se recomienda realizar evaluaciones neuropsicológicas del paciente con EP que permitan documentar el estado cognitivo basal y su seguimiento.
√	Se recomienda facilitar la mejora de las funciones cognitivas en pacientes con EP con herramientas desarrolladas en equipos multidisciplinares.

Nutrición y dietética

Suplementación con vitamina D

B	La suplementación con vitamina D (en la dieta, mediante alimentos enriquecidos, complementos alimenticios o medicamentos) ayuda a la prevención de fracturas en pacientes con EP que no tienen la ingesta suficiente, o se encuentran en déficit de exposición solar o tienen mayor necesidad de vitamina D.
√	Si se requiere un suplemento adicional con vitamina D en personas con EP, se recomienda asociar calcio, siempre y cuando se realice ejercicio físico o no estén cubiertas las necesidades de calcio diario con la dieta.
√	Los complementos alimenticios no deben utilizarse como sustituto de una dieta equilibrada en personas con EP y estado nutricional adecuado y suficiente exposición solar.

Disminución de peso

√	Se recomienda que las personas afectadas por la EP y que tengan sobrepeso u obesidad, realicen ejercicio moderado, reciban una alimentación saludable y desarrollen un estilo de vida que contribuya a disminuir la carga de esta enfermedad crónica y de comorbilidades asociadas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Modificación de la ingesta proteica

√	Puede ser aconsejable informar a los pacientes que mantengan la ingesta proteica dentro de los requerimientos dietéticos recomendados (≈ 0,8 g/kg/día) cuando se inicia el tratamiento con levodopa. La evaluación dietética rutinaria puede asegurar el cumplimento.
√	La participación de los profesionales sanitarios de nutrición humana y dietética en los equipos multidisciplinares puede contribuir a alcanzar y mantener el cumplimiento en la ingesta proteica diaria recomendada.
√	Pese a que no existen pruebas concluyentes, cuando aparecen fluctuaciones motoras y se sospeche de interacción fármaco-nutriente, se puede plantear la dieta de redistribución proteica a los pacientes con EP que estén mentalmente activos, motivados, y muy cooperadores, pero se deben considerar y manejar los posibles efectos secundarios.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.