

# Posible reacción adversa a pramipexol en paciente con enfermedad de Parkinson

Ana Lloret Llorca

Hospital general universitario Santa Lucía. Cartagena.

Casos clínicos SOMUFAHR 2021



# Antecedentes

- ▶ Hombre de 63 años, IAVD, buen apoyo familiar
- ▶ Antecedentes fisiopatológicos:
  - ▶ hipercolesterolemia
  - ▶ hipertensión arterial
  - ▶ fibrilación auricular no valvular (FANV) no anticoagulada
  - ▶ portador de prótesis valvular biológica desde 2018
  - ▶ anemia ferropénica
  - ▶ enfermedad de Parkinson (EP) en estadio 1 de Hoehn y Yahr

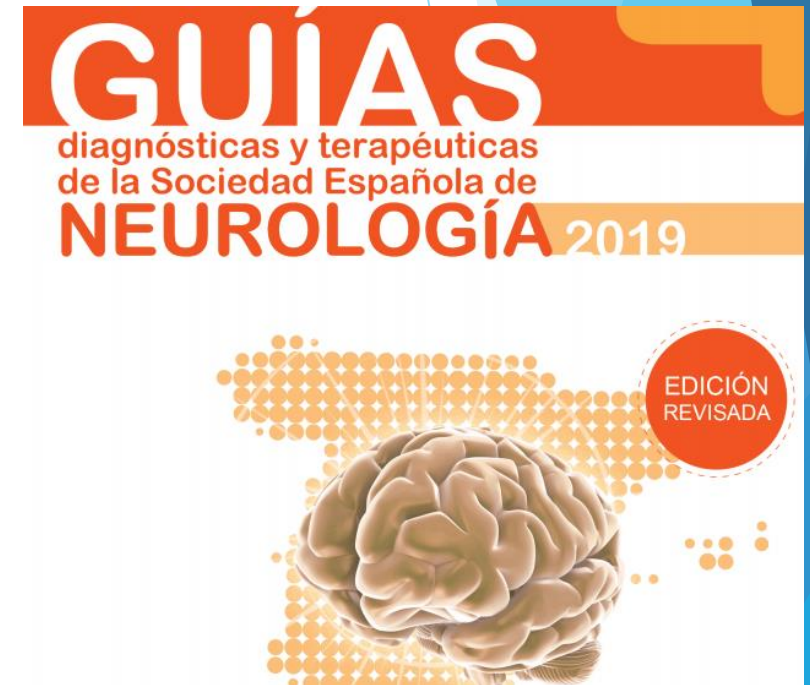
# Antecedentes

- ▶ Motivo de ingreso:
  - ▶ Disnea
  - ▶ Recidiva de la FA
  - ▶ Anemia ferropénica reagudizada
- ▶ Anamnesis y exploración en planta de MI:
  - ▶ Buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado
  - ▶ Poca agilidad para elaborar respuestas a preguntas sencillas y enlentecimiento del habla

# Pruebas de valoración objetiva y subjetiva

- ▶ Según la *Guía oficial de recomendaciones clínicas en la enfermedad de Parkinson* de 2019:

Evaluar el estado cognitivo y el deterioro neurológico de los pacientes afectados por la EP → escalas SCOPA-COG o la PD-CRS.



# Pruebas de valoración objetiva y subjetiva

## **Escalas de evaluación cognitiva y de trastornos neuropsiquiátricos**

### ***Escalas de Resultados de la Enfermedad de Parkinson-Estado Cognitivo (Scales for Outcomes in Parkinson's Disease-Cognition, SCOPA-COG)***

La SCOPA-COG es una escala específica para evaluar el estado cognitivo de los pacientes con EP<sup>15</sup>. Consta de diez ítems agrupados en cuatro dominios: memoria, atención, funciones ejecutivas y función visoespacial. La puntuación máxima es de 43 puntos (a mayor puntuación, mejor estado cognitivo).

Entre sus ventajas destacan la rapidez y facilidad de administración y que ha sido validada utilizando tanto técnicas clásicas como análisis Rasch, con resultados satisfactorios<sup>15,16</sup>. Un valor de entre 6,5 y 9 puntos en la puntuación total puede representar un cambio real y la mínima diferencia importante (MDI)<sup>17</sup>. Evalúa principalmente déficits frontales y subcorticales, por lo que puede no ser apropiada para identificar subgrupos de pacientes con deterioro cognitivo y riesgo de demencia.



# Pruebas de valoración objetiva y subjetiva

## ***Escala de Evaluación Cognitiva para la Enfermedad de Parkinson (Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale, PD-CRS)***

La PD-CRS es una escala diseñada para evaluar el conjunto de déficits cognitivos que aparecen durante la evolución de la EP<sup>18</sup>. Se compone de siete tareas que evalúan funciones frontales-subcorticales (rango de puntuación: 0-114) y dos que evalúan funciones instrumentales-corticales (rango de puntuación: 0-20). Es una escala rápida y fácil de administrar y cuenta con unas propiedades psicométricas adecuadas. Se ha establecido un punto de corte ( $\leq 64$ ) para detección de demencia en pacientes con EP, así como el valor del cambio clínicamente significativo en pacientes con deterioro cognitivo leve (entre 10 y 13 puntos)<sup>19</sup>.

## **Valorar si el deterioro cognitivo está asociado a la EP**

### **Tabla II. Características de la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson según los criterios clínicos del Movement Disorders Society Task Force (Emre *et al.*, 2007)<sup>58</sup>**

#### **I. Características principales**

- Diagnóstico de EP según los criterios *Queen Square Brain Bank*
- Presentar síndrome demencial progresivo en el contexto de la EP diagnosticado por historia y examen clínico y mental definido como:
  - Alteración en más de un dominio cognitivo
  - Declive respecto a su funcionamiento previo
  - Alteración del funcionamiento diario del paciente por los trastornos cognitivos

#### **II. Características clínicas asociadas**

- Cognitivas:
  - Atención: pobre rendimiento en tareas atencionales. Puede fluctuar durante una jornada o según el día
  - Funciones ejecutivas: alteración en tareas que requieren iniciativa, planificación, formación de conceptos, etc. Enlentecimiento mental
  - Funciones visuoespaciales: alteración en tareas que requieran orientación visuoespacial, percepción o construcción
  - Memoria: alteración en el aprendizaje de nuevo material que mejora con pistas y en el reconocimiento
  - Lenguaje: mayormente preservado. Puede haber dificultades en la búsqueda de palabras o comprensión de frases complejas
- Conductuales:
  - Apatía
  - Cambios en la personalidad o estado de ánimo
  - Alucinaciones
  - Delirios
  - Somnolencia diurna

# Pruebas de valoración objetiva y subjetiva

## III. Características que hacen incierto el diagnóstico

- Coexistencia de otras enfermedades que puedan causar alteración cognitiva, no son consideradas como la causa de demencia
- Intervalo de tiempo desconocido entre la aparición de los síntomas motores y cognitivos

## IV. Características que excluyen el diagnóstico

- Los trastornos cognitivos aparecen solamente en el contexto de otras condiciones como:
  - Síndrome confusional debido a:
    - Anormalidades sistémicas
    - Intoxicación por fármacos o drogas
  - Depresión mayor según el DSM-IV
- Cumple con los criterios NINDS-AIREN para "Probable demencia vascular"



# Farmacoterapia actual

- ▶ Tratamiento crónico domiciliario:
  - ▶ omeprazol 10 mg v.o (vía oral) en desayuno,
  - ▶ ferroglicina (II) sulfato 100mg v.o en desayuno y comida
  - ▶ ácido acetil salicílico 100 mg en desayuno,
  - ▶ bisoprolol 2,5mg v.o en desayuno y cena (que el paciente no llega a iniciar)
  - ▶ furosemida 40 mg v.o en desayuno,
  - ▶ alprazolam 2mg v.o en desayuno y cena
  - ▶ rasagilina 1mg v.o 1-0-0
  - ▶ levodopa/carbidopa 25/100 mg v.o cada 8 horas
  - ▶ pramipexol 1.05 mg v.o cada 24 horas

# Evolución de la hospitalización

- ▶ Evolución durante el ingreso:
  - ▶ Episodio de insuficiencia cardíaca congestiva con agudización de disnea de base
  - ▶ Empeoramiento de la anemia
  - ▶ Inicio de apixaban
  - ▶ Se pautan antibióticos por sospecha de neumonía de etiología bacteriana
  - ▶ Suspensión de pramipexol

# Discusión

- ▶ EP: enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo del SNC → pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas.
- ▶ Prevalencia en España: 150 casos/100.000 habitantes y año.
- ▶ Afecta en mayor medida a hombres
- ▶ La mayoría de los pacientes en tratamiento evolucionan hacia una forma avanzada.
- ▶ El tiempo de progresión a estadios avanzados suele ser mayor de 10 años, aunque el curso de progresión y neurodegeneración es imprevisible. Solo unos pocos pacientes se deterioran rápidamente en menos de 5 años. Pocos pacientes se quedan en estadios intermedios de la enfermedad. Los pacientes sin tratamiento evolucionan hasta la invalidez en una media de 7 años. La neurodegeneración progresiva conduce a una reducción de la calidad de vida.

# Discusión

- ▶ Fisiopatología: degeneración de las neuronas dopaminérgicas que forman la vía nigroestriatal, red neuronal que conecta la sustancia negra al cuerpo nigroestriado, el cual forma parte de los núcleos basales.
- ▶ Manifestaciones clínicas : motoras, como bradicinesia, rigidez muscular, temblor en reposo e inestabilidad postural, y no motoras, como alteración del sueño, del olfato, alteraciones visuales, delirios, incontinencia urinaria, estreñimiento, trastornos neuropsiquiátricos, demencia, trastornos impulsivos e hipotensión ortostática.



# Discusión

- ▶ Los agonistas dopaminérgicos son fármacos antiparkinsonianos que han demostrado un alto nivel de evidencia para el tratamiento precoz en monoterapia y en enfermedad de Parkinson avanzada (EPA) asociados a levodopa. Su uso en monoterapia como tratamiento inicial ha demostrado reducir la presencia de fluctuaciones motoras y discinesias.
- ▶ Paciente polimedicado crónico. En tratamiento con medicamentos antiparkinsonianos, susceptibles de interaccionar con otros medicamentos afectando a su biodisponibilidad → disminución de la eficacia y aparición de efectos adversos.

# Conclusiones

Acciones realizadas por la farmacéutica:

- ▶ Atención farmacéutica durante el ingreso. Hoja de recomendaciones y plan farmacoterapéutico al alta.
- ▶ Valorar la continuación de tratamiento con pramipexol
- ▶ Consejos sobre la administración: Toma de omeprazol y ferroglicina (II) sulfato en ayunas. Tomar levodopa/carbidopa en ayunas o con alimentos con bajo contenido en proteínas.

# Bibliografía

- ▶ [1] Albelo González et Al. Guía oficial de recomendaciones clínicas en la enfermedad de Parkinson. 2019.
- ▶ [2] Ministerio de sanidad. *Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular*, <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-orales.pdf> (2016).
- ▶ [3] FICHA TECNICA MIRAPEXIN 0,18 mg COMPRIMIDOS, [https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/97051004/FT\\_97051004.html](https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/97051004/FT_97051004.html)
- ▶ [4] Ficha técnica levodopa/carbidopa, [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/79021/79021\\_ft.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/79021/79021_ft.pdf) (