



Doença de Parkinson

Resumo de diretriz NHG M98 (julho 2011)

Draijer LW, Eizenga WH, Sluiter A

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014
autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Avaliação
- Conduta
 - Conduta na suspeita de doença de Parkinson ou parkinsonismo
 - Conduta durante o curso da doença de Parkinson

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Anamnese

Perguntar:

- a natureza das queixas em braços ou pernas (tremor, rigidez, sensação de fraqueza, falta de jeito, dor ou dificuldade para andar?);
- duração e evolução dos sintomas (início unilateral ou simétrico?);
- severidade dos sintomas e impacto na vida cotidiana;

- uso de medicamentos antipsicóticos, antieméticos: (metoclopramida, cinarizina, meclizina), ISRS, venlafaxina, bupropion, e o ácido valpróico podem causar parkinsonismo (reversível);
- sintomas relacionados à doença de Parkinson, tais como a depressão e disfunção cognitiva.

Exame físico

Examinar:

- tremor: avaliar as mãos e os braços estendidos ou beber um copo de água/solicitar que o paciente despeje água num copo. Um tremor (simétrico) postural ou em determinados movimentos condiz com tremor essencial;
- marcha: uma marcha com inclinação anterior lenta e arrastada, diminuição dos movimentos dos braços (assimétrica) são típicos do mal de Parkinson. Uma marcha alargada pode ser sinal (atípico) de parkinsonismo;
- exame motor: solicitar que o paciente com as duas mãos ao mesmo tempo batuque com o polegar e o indicador sobre a mesa, ou pronacão e supinação do antebraço alternadamente (diferença entre esquerda e direita em velocidade, amplitude e frequência, tempo até o cansaço?). Pedir para que escreva uma frase. Micrografia, um padrão irregular durante a escrita e movimentos espontâneos, como ‘contar dinheiro’ (com os dedos) condizem com a doença de Parkinson;
- tônus muscular (rigidez) e força dos músculos dos braços ou pernas em movimentos passivos e ativos. Aumento do tônus e fenômeno da roda denteada são típicos da doença de Parkinson;
- postura (inclinado anteriormente?) e expressão facial (máscara facial?).

Avaliação

Considere o diagnóstico de doença de Parkinson em:

- movimentos lentos (bradicinesia) e
- pelo menos um dos seguintes sintomas:
 - tremor de repouso;
 - rigidez;
 - instabilidade postural (sem evidência de disfunção visual, vestibular, cerebelar ou proprioceptiva).

Características que suportam o diagnóstico:

- início unilateral e assimetria persistente em detrimento do lado onde a doença começou;
- curso progressivo;
- falta de evidência de outras causas de uma síndrome rígido-hipocinética (ver diagnóstico diferencial).

Devem fazer parte do diagnóstico diferencial:

- parkinsonismo relacionado a medicação, parkinsonismo vascular ou outras causas (raras);
- tremor em tremor essencial¹, efeito adverso de medicação (lítio, levotiroxina, valproato de sódio, broncodilatadores, antidepressivos), agravamento de tremor fisiológico (sintomas de abstinência, hipertireoidismo, hipoglicemia, tabagismo, uso excessivo de bebidas com cafeína), tremor de intenção (cerebelopatias).

Conduta

Conduta na suspeita de doença de Parkinson ou parkinsonismo

- Parar ou alterar a medicação se possível, na suspeita de parkinsonismo relacionado a uma substância. Consultar, se necessário, o neurologista ou especialista envolvido.
- Encaminhar a um neurologista para diagnóstico e tratamento dentro de seis semanas, em suspeita de doença de Parkinson ou parkinsonismo não relacionado a medicações.

Conduta durante o curso da doença de Parkinson

O tratamento ocorre em uma parceria entre o médico de família e comunidade, neurologista e enfermeira de Parkinson. Controles em pacientes com mal de Parkinson, devem ocorrer pelo menos uma vez por ano. Informar o neurologista ou enfermeira de Parkinson em encaminhamentos associados aos sintomas da doença de Parkinson.²

O papel do médico de família e comunidade

- Sinalização de efeitos colaterais e mudanças na eficiência ou no uso do medicamento.
- Identificar, diagnosticar e tratar sintomas ou condições novos relacionados ao mal de Parkinson.
 - sintomas depressivos:
 - avaliar o paciente na *on-fase*³;
 - pode ser necessário que o neurologista ajuste a medicação ou inicie agentes dopaminérgicos;

- em (grave) depressão, possivelmente prescrever antidepressivos tricíclicos ou ISRS, preferencialmente não prescrever ISRS de efeito prolongado ou em comprometimento cognitivo não prescrever antidepressivos tricíclicos.
- demência:
 - encaminhar em dúvidas envolvendo comprometimento cognitivo para exame neuropsicológico (MMSE⁴ provavelmente menos sensível);
 - não é recomendado que o médico de família e comunidade inicie o tratamento com inibidores da colinesterase.
- Sintomas psicóticos:
 - realizar investigação sobre possíveis causas de delirium (por exemplo, infecção do trato urinário, pneumonia, desidratação, desequilíbrio eletrolítico ou hipoglicemia) e tratá-las;
 - consultar o neurologista na adaptação da medicação parkinsoniana ou o uso de clozapina;
 - olanzapina, risperidona e antipsicóticos típicos (como o haloperidol) são contra-indicados.
- Distúrbios do Sono:
 - Pensar em causas como efeitos colaterais ou diminuição da eficácia dos medicamentos, causas neuropsiquiátricas (depressão, demência), noctúria e distúrbios do sono específicos, tais como distúrbio do sono REM ou síndrome das pernas inquietas;
 - iniciar com conselhos de higiene do sono;
 - em problemas de sono por deficiências motoras pode ser eficaz a adaptação da medicação parkinsoniana, fisioterapia ou terapia ocupacional;
 - encaminhar a um centro do sono se a queixas persistirem.
- Quedas:
 - inventário de fatores de risco para quedas: quedas anteriores, problemas motores, postural e de equilíbrio, hipotensão ortostática, medicação (sedativos);
 - consultar diretrizes vigentes, para o aconselhamento sobre a prevenção de quedas em idosos.⁵

- Dificuldade de deglutição e salivação excessiva, perda de peso, constipação, disfunção miccional, disfunção sexual, hipotensão ortostática ou transpiração excessiva (ver explicação texto NHG integral).
- Intensificar e coordenar os cuidados para os pacientes que estão em fase avançada ou fase paliativa: se necessário, consulte um médico especializado em cuidados geriátricos ou medicina paliativa, uma equipe paliativa regional ou um neurologista.
- Identificar e discutir problemas psicossociais (aceitação da doença, aspectos relacionais, possibilidades do cônjuge ou cuidador):
 - alertar paciente sobre a existência de uma associação de pacientes de Parkinson;
 - aconselhar uma consulta ao médico da empresa⁶, no que diz respeito a problemas relacionados ao trabalho;
 - se necessário, encaminhar a um psicólogo ou assistente social

Notas do tradutor

1. Nesse ponto é feita referência a uma outra diretriz nacional voltada ao *tremor essencial*.
2. O site www.parkinsonnet.nl é sugerido, para a busca de profissionais especializados em Parkinson na região domiciliar do paciente.
3. A fase em que o paciente sente que o medicamento para a doença de Parkinson funciona de forma satisfatória é chamada de *on-fase*, enquanto que a fase em que o efeito do medicamento é insuficiente ou mesmo não funciona é chamada *off-fase*. É aconselhável examinar a presença de depressão da on-fase, devido à sobreposição de sintomas do mal de Parkinson na off-fase.
4. Mini-Mental State Examination (inglês): Mini exame do estado mental
5. Frase adaptada para atender melhor a um contexto não-holandês. O texto original refere-se a uma outra diretriz nacional holandesa.
6. Especialidade médica comum na Holanda, onde todo empregador é obrigado a vincular-se a uma empresa de *Medicina do Trabalho*.