



Su guía esencial de la MSA

MISSION **MSA**[®]

Índice

2 ¿Qué es la AMS?

- 3 Tipos de AMS
- 4 ¿En qué medida es habitual la AMS y quién la contrae?
- 4 ¿A qué partes del cerebro afecta la AMS?
- 5 ¿Qué enfermedades son similares a la AMS?
- 6 ¿Cómo se diagnostica la AMS?

7 Estadios y síntomas

- 8 Estadios y síntomas de la AMS

12 Tratamiento y control

- 13 Equipo de atención
- 15 Planificación del futuro

17 Investigación y ensayos clínicos

19 Únase a la comunidad

21 Términos comunes

¿Qué es la AMS?

La atrofia multisistémica (AMS) es un trastorno neurológico poco frecuente y progresivo que puede causar una multitud de síntomas en cualquier combinación, incluidos alteraciones del equilibrio, dificultad para moverse, mala coordinación, disfunción vesical, trastornos del sueño y mal control de la presión arterial.



Tipos de AMS

Los síntomas varían entre las personas con AMS-P (parkinsoniana) y AMS-C (cerebelosa).

PARKINSONIANA

La AMS-P es el tipo más frecuente de atrofia multisistémica. Los síntomas más frecuentes observados en la AMS-P son los que se parecen a la enfermedad de Parkinson. Estos síntomas pueden incluir lentitud o dificultad para iniciar el movimiento, aumento de las caídas debido a problemas para caminar asociados a la marcha en pasos pequeños, temblores, rigidez muscular, habla arrastrada, cambios en la voz, babeo, dificultad para tragar y falta de expresión facial.

En los estadios iniciales, la AMS-P puede responder a los medicamentos utilizados para el Parkinson; sin embargo, la AMS-P progresa más rápidamente que el Parkinson y, finalmente, la mayoría de los pacientes ya no responden a esos medicamentos.

Otros síntomas frecuentes pueden incluir:

- Problemas de equilibrio y postura
- La caligrafía se vuelve pequeña y enmarañada
- Trastornos del sueño
- Dificultad para girarse en la cama

CEREBELOS

La AMS-C presenta síntomas que afectan a la parte del cerebro conocida como cerebelo, que coordina y regula la actividad muscular. Debido al papel del cerebelo en la sincronización de los movimientos motores, las personas con AMS-C suelen tener dificultades de coordinación en cuanto a caminar, los movimientos de las manos, el habla y los movimientos oculares.

Los síntomas frecuentes incluyen:

- Dejar caer cosas
- Dificultad para abrochar botones
- Sensación de inestabilidad o torpeza en público
- Incapaz de mantener el equilibrio sin apoyo
- Dificultad para escribir
- Habla arrastrada

¿En qué medida es habitual la AMS y quién la contrae?

La AMS es una enfermedad rara, lo que hace que el diagnóstico sea a menudo difícil y que requiera tiempo. Obtener un diagnóstico completo puede requerir varias visitas a un neurólogo u otros especialistas.

La gran mayoría de los casos de AMS son aislados, lo que significa que se producen al azar. La AMS afecta aproximadamente a 5 de cada 100 000 personas, incluidas personas de todos los orígenes raciales.

En la actualidad, se cree que no hay pruebas de que la AMS esté causada por factores genéticos ni ambientales. No se ha encontrado un vínculo genético fuerte para la AMS y, por tanto, no se cree que se transmita a los hijos. Habitualmente, los pacientes muestran síntomas entre los 40 y los 60 años, y no se ha observado en pacientes menores de 30 años.

¿A qué partes del cerebro afecta la AMS?

AMS significa atrofia (encogimiento y pérdida de células cerebrales) multisistémica (más de un sistema: estructuras cerebrales y sistemas nerviosos). Esto significa que las células del cerebro que controlan las funciones corporales están dañadas, normalmente los núcleos basales, el cerebelo y el tronco encefálico. Las células nerviosas de las áreas afectadas del cerebro se encogen (atrofia), lo que a veces se puede observar en una RM. Esto se debe al mal plegamiento y acumulación anómalos de la proteína alfa-sinucleína, y esto ocurre en las partes del cerebro que afectan al movimiento y al equilibrio, lo que provoca el daño de estas áreas y la falta resultante de dopamina, que causa la aparición de los síntomas.

¿Qué enfermedades son similares a la AMS?

La AMS pertenece a una familia de enfermedades denominadas “sinucleinopatías”.

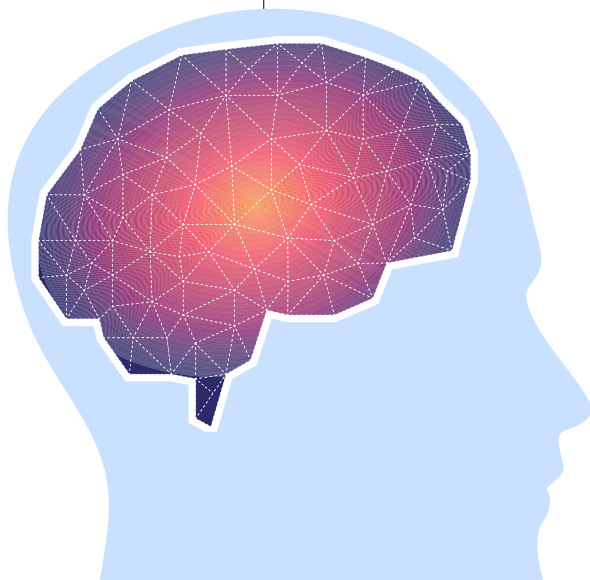
Además de mostrar síntomas similares, una característica distintiva de cada una de estas enfermedades es la acumulación de una proteína llamada alfa-sinucleína en las células cerebrales, que les da su nombre de sinucleinopatía. Las sinucleinopatías incluyen a la AMS, la enfermedad de Parkinson (EP) y la demencia con cuerpos de Lewy (DCL). En la AMS, la alfa-sinucleína se acumula en células especializadas denominadas oligodendrocitos, que respaldan principalmente el funcionamiento del cerebro y la médula espinal.

ATROFIA MULTISISTÉMICA (AMS-C)

ATROFIA MULTISISTÉMICA (AMS-P)

ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP)

DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY (DCL)



¿Cómo se diagnostica la AMS?

Es el neurólogo el que suele diagnosticar la AMS. Muchas afecciones neurológicas parecen similares a la AMS en los primeros estadios, por lo que deben descartarse otras afecciones antes de diagnosticar AMS.

Los síntomas frecuentes que pueden llevar a un diagnóstico de AMS incluyen:

- Aturdimiento, mareos, o desmayarse
- Apnea del sueño o ronquidos, recreación del sueño
- Cambios sutiles en el habla o la voz
- Disfunción eréctil en hombres/ disfunción sexual en mujeres
- Incontinencia urinaria u otros problemas vesicales
- Aumento de caídas
- Extremidades frías
- Dificultades para hablar y tragar
- Síntomas del Parkinson con progresión más rápida

La evaluación puede ser un proceso continuo a medida que los síntomas progresan y cambian. Es importante proporcionar al médico la información más precisa y completa sobre los síntomas y los antecedentes médicos, para garantizar una atención diagnóstica mejor y más precisa.

¿Qué pruebas realizarán los médicos?

Después de las evaluaciones clínicas, es probable que su médico solicite pruebas complementarias que puedan ayudar a hacer un diagnóstico. Se puede utilizar una RM para detectar cambios cerebrales, las biopsias cutáneas pueden confirmar la presencia de acumulación de sinucleína, y los análisis de sangre pueden descartar otros diagnósticos.



SU GUÍA ESENCIAL DE LA MSA

Estadios y síntomas

La AMS se presenta con una variedad diversa de síntomas y, aunque existen dos tipos diferentes de AMS, muchos síntomas se observan con frecuencia en ambos tipos.



Estadios y síntomas de la AMS

La atrofia multisistémica (AMS) tiene estadios, cada uno con síntomas variables entre los distintos pacientes.

Es el neurólogo el que suele diagnosticar la AMS. Muchas afecciones neurológicas parecen similares a la AMS en los primeros estadios, por lo que se deben descartar otras afecciones antes de diagnosticar la AMS.

SIGNOS/SÍNTOMAS TEMPRANOS

Los síntomas frecuentes que pueden llevar a un diagnóstico de AMS incluyen:

- Aturdimiento, mareos o desmayos
- Apnea del sueño o ronquidos, recreación del sueño
- Cambios sutiles en el habla o la voz
- Disfunción eréctil en hombres/disfunción sexual en mujeres
- Incontinencia urinaria u otros problemas vesicales
- Aumento de caídas
- Extremidades frías
- Dificultades para hablar y tragar
- Síntomas del Parkinson con progresión más rápida
- Mala respuesta a los medicamentos para la enfermedad de Parkinson

La evaluación puede ser un proceso continuo a medida que los síntomas progresan y cambian. Es importante proporcionar al médico la información más precisa y completa sobre los síntomas y los antecedentes médicos, para garantizar la atención diagnóstica mejor y más precisa.



Año 0

La AMS se presenta con una variedad diversa de síntomas y, aunque existen dos tipos diferentes de AMS, se observan muchos síntomas con frecuencia en ambos tipos.

• Síntomas de Parkinson

En los primeros estadios de la AMS, algunos pacientes pueden observar que muestran síntomas clásicos de la enfermedad de Parkinson. Estos síntomas pueden incluir temblor, rigidez o rigidez muscular y lentitud de movimiento. A menudo, estos síntomas pueden causar problemas para caminar, haciendo que el paciente arrastre los pies, o incluso se detenga y sienta que los pies están pegados al suelo. Otros síntomas pueden ser caligrafía pequeña y enmarañada (micrografía) o habla más lenta, más baja y/o arrastrada.

• Síntomas cerebelosos

Los pacientes con síntomas cerebelosos tienen dificultades principalmente con la coordinación y el movimiento. Estos síntomas pueden incluir sensación de torpeza al caminar o hablar, sensación de desequilibrio o inestabilidad, o sensación de descoordinación al intentar realizar tareas complejas como abrochar botones.

• Síntomas autonómicos

La disautonomía, que afecta al sistema nervioso autónomo, es una característica distintiva de la AMS. Como resultado de problemas con la regulación de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la respiración y la digestión, la disautonomía puede conllevar mareos, desmayos al pasar de estar tumbado a estar de pie (hipotensión ortostática neurogénica) o después de comidas con un nivel alto de azúcar o hidratos de carbono (hipotensión posprandial). A veces, los pacientes tienen la presión arterial alta al estar tumbados (hipertensión en decúbito supino).

• Disfagia

La disfagia, o dificultad para tragar, puede conllevar problemas al comer y beber, lo que aumenta el riesgo de atragantamiento y neumonía por aspiración. A medida que progresa la AMS, el debilitamiento de los músculos que intervienen en la deglución puede convertir la hora de comer en una experiencia difícil y potencialmente peligrosa. El manejo de la disfagia en la AMS a menudo requiere un enfoque multidisciplinar, que implique a fonoatras y modificaciones en la dieta, para garantizar la seguridad y comodidad al comer y beber para las personas que viven con esta afección.



- **Dificultades para dormir**

Los trastornos del sueño son un aspecto prevalente y difícil de la enfermedad. Un síntoma temprano de la AMS es el trastorno de conducta durante el sueño REM (TCSR), que causa que una persona represente sus sueños, lo que a menudo conlleva gritos o sacudidas mientras el paciente está completamente dormido y sin ser consciente de sus acciones. Las personas con AMS también sufren a menudo respiración irregular por la noche, lo que puede provocar trastornos como apnea del sueño, ronquidos, estridor y somnolencia diurna excesiva. Estas alteraciones no sólo perturban la calidad del sueño, sino que también contribuyen a la sensación de fatiga y letargo durante el día, lo que repercute aún más en el bienestar general de los afectados.

- **Deterioro cognitivo**

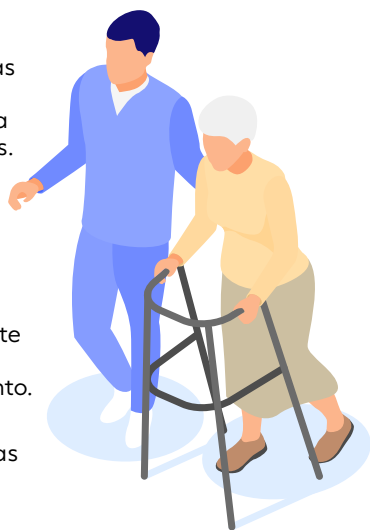
Hasta el 75 % de los pacientes con AMS pueden tener diversos problemas cognitivos, como dificultades con la memoria, la atención, la resolución de problemas y el control emocional. Este deterioro cognitivo a menudo requiere más tiempo y esfuerzo para concentrarse en las tareas, ya que la fatiga, otro síntoma frecuente de la AMS, puede afectar aún más a las capacidades cognitivas. El bienestar emocional también puede verse afectado, con altas tasas de depresión, ansiedad, ataques de pánico e incluso pensamientos suicidas entre los pacientes. Aunque la demencia se considera poco frecuente en la AMS, puede afectar al 12-18 % de estas personas, lo que enfatiza la necesidad de una atención y apoyo integrales al tratar los aspectos cognitivos de esta compleja afección.

- **Síntomas urinarios**

El control vesical es a menudo un síntoma temprano de la AMS, y hasta el 96 % de estas personas experimentan síntomas urinarios. Estos síntomas incluyen necesidad imperiosa de orinar, frecuencia, incontinencia y/o fugas. A menudo, estas personas no esperan que sus síntomas urinarios tengan un problema subyacente, y estos pueden progresar a una infección de las vías urinarias. El diagnóstico y el control los problemas urinarios a menudo requieren un enfoque multidisciplinar, que normalmente implica a un urólogo, que puede hacer pruebas para determinar el mejor tratamiento.

- **Síntomas adicionales**

Los pacientes suelen experimentar problemas adicionales, como disfunción eréctil y estreñimiento.



PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS TERMINALES

En algún momento de su recorrido en la AMS, necesitará ayuda con sus necesidades diarias. Tanto si cuenta con un ser querido que pueda actuar como cuidador, como si contrata a un profesional sanitario, es esencial que tenga preparado un equipo de atención para ayudarle a usted y/o a su familia.

La AMS es una enfermedad terminal con una supervivencia media del paciente de 6 a 10 años después de la aparición de los síntomas. Los pacientes y sus familias deben comenzar a hablar y tomar decisiones sobre cuidados paliativos, voluntades anticipadas, situación económica, centro de cuidados paliativos y la posibilidad de donación del cerebro, si así lo desean.

Los cuidados paliativos pueden ayudar a mantener la calidad de vida y aliviar el dolor. Sería útil familiarizarse pronto con diferentes agencias de su área, para que pueda tomar una decisión fundamentada. Profesionales sanitarios como trabajadores sociales pueden ayudar a proporcionar información o a encontrarla.

Existen centros de cuidados paliativos que ofrecen cuidados terminales, normalmente cuando se espera que un paciente sobreviva menos de seis meses. Cuando el paciente esté inscrito en un programa de cuidados paliativos, la agencia cubrirá todo lo relacionado con la enfermedad terminal, incluidos medicamentos, equipos médicos, control de síntomas, servicios de asistencia sanitaria a domicilio y servicios de atención espiritual. Muchas agencias de cuidados paliativos trabajan con Medicare y seguros privados. Los trabajadores sociales también pueden proporcionar información y apoyo al decidir sobre programas de cuidados paliativos.



Tratamiento y control

Debido a la naturaleza infrecuente de esta enfermedad y a la complejidad de sus síntomas, muchos pacientes con AMS acuden a muchos profesionales sanitarios antes de recibir un diagnóstico. Es imprescindible que el equipo de atención al paciente proporcione atención médica oportuna e informativa de su equipo multidisciplinar a los pacientes con AMS y a sus cuidadores a la hora de tratar y controlar los síntomas.



Equipo de atención

Se necesitan varios especialistas para desarrollar el mejor plan de tratamiento.

Necesitará el apoyo de varios médicos/terapeutas que le ayudarán a conformar su equipo de atención.

Estos son los posibles miembros de su equipo de atención y lo que pueden recomendarle o hacer por usted, pero sus necesidades exactas variarán.



FISIOTERAPEUTAS

Los fisioterapeutas pueden ayudar con nuestro movimiento. Su fisio puede darle ejercicios específicos que pueden ayudar a prevenir caídas y mantener la movilidad.



TERAPEUTAS OCUPACIONALES

Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a proporcionar asesoramiento y equipos para ayudarle a moverse de forma segura, incluido dónde puede instalar el equipo para ayudarle en casa.



URÓLOGOS Y ESPECIALISTAS EN CONTINENCIA

Los urólogos y los especialistas en continencia pueden ayudar a recomendar el tratamiento de problemas vesicales, como no poder vaciar completamente la vejiga; el sondaje puede ayudar.

Los urólogos también pueden asesorar sobre problemas de disfunción sexual. Los hombres a menudo toman medicamentos para este problema, pero estos medicamentos pueden empeorar el control de la presión arterial, lo que puede ser malo para las personas con AMS.



FONIATRAS

Los foniatras pueden evaluar su deglución para evitar que los alimentos entren en los pulmones al toser.

MISSION MSA®



DIETISTAS

Los dietistas pueden aconsejar un dieta equilibrada para ayudar a aliviar síntomas, prevenir el atragantamiento y evitar el estreñimiento.



MSA CENTERS OF EXCELLENCE

MSA Centers of Excellence son un recurso integral, ya que proporcionan la experiencia necesaria de una serie de profesionales, incluidos los enumerados anteriormente, para garantizar que los afectados por la AMS reciban un cuidado continuo integral de referencia.

NEURÓLOGO DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O PROFESIONAL SANITARIO SUPERIOR (ENFERMERO/ASOCIADO MÉDICO)

El neurólogo especializado en trastornos del movimiento o profesional sanitario superior (enfermero/asociado médico) se encargará de la mayor parte de la atención relacionada con su AMS y derivará a los pacientes a cualquier otro miembro del equipo multidisciplinar.



TERAPEUTAS O ASESORES

Los terapeutas o asesores pueden ayudarle a hacer frente a su diagnóstico y puede que le resulte beneficioso interactuar con un grupo de apoyo, ya sea virtualmente o en persona, para conectar con otras personas que se enfrenten a desafíos similares.



TRABAJADORES SOCIALES

Los trabajadores sociales también pueden ayudarle a encontrar apoyo para usted o su familia. Esto puede hacerse a través de un grupo de apoyo, ayudándole con los documentos para la invalidez o el seguro, o ayudándole a planificar cuidados terminales.

Planificar el futuro

¿Cómo debo planificar el futuro?

En algún momento de su recorrido en la AMS, necesitará ayuda con sus necesidades diarias. Tanto si cuenta con un ser querido que pueda actuar como cuidador, como si contrata a un profesional sanitario, es esencial que tenga preparado un equipo de atención para ayudarle a usted y/o a su familia.

La AMS es una enfermedad terminal con una supervivencia media del paciente de 6 a 10 años después de la aparición de los síntomas. Los pacientes y sus familias deben comenzar a hablar y tomar decisiones sobre cuidados paliativos, voluntades anticipadas, situación económica, centro de cuidados paliativos y la posibilidad de donación del cerebro, si así lo desean.

Los cuidados paliativos pueden ayudar a mantener la calidad de vida y aliviar el dolor. Sería útil familiarizarse pronto con las distintas agencias de su zona, para poder tomar una decisión fundamentada. Los profesionales sanitarios, como los trabajadores sociales, pueden ayudar a proporcionar esta información.

Existen **centros de cuidados paliativos** que ofrecen cuidados terminales, normalmente cuando se espera que un paciente sobreviva menos de seis meses. Cuando el paciente esté inscrito en un programa de cuidados paliativos, la agencia cubrirá todo lo relacionado con la enfermedad terminal, incluidos medicamentos, equipos médicos, control de síntomas, servicios de asistencia sanitaria a domicilio y servicios de atención espiritual. Muchas agencias de cuidados paliativos trabajan con Medicare y seguros privados. Los trabajadores sociales también pueden proporcionar información y apoyo al decidir sobre programas de cuidados paliativos.

¿Qué documentos legales debo cumplimentar?

Es importante crear voluntades anticipadas, que incluyan un testamento vital y/o la designación de un poder notarial para la atención sanitaria. Estos documentos permiten al paciente decidir sus opciones de tratamiento, como si desea que le pongan un respirador, someterse a RCP si se le para el corazón o tener una orden de no reanimar.

Un poder notarial para la atención sanitaria permite a un amigo o familiar tomar decisiones médicas si el paciente no puede hacerlo. Si designa un poder notarial, asegúrese de que entiendan sus deseos de forma explícita. Un poder notarial para la atención sanitaria es independiente de un poder notarial financiero, que solo puede tomar decisiones financieras en nombre del paciente. Asegúrese de hacer ambos si desea designar estas responsabilidades.

¿Tengo derecho a recibir beneficios por discapacidad de la Seguridad Social?

- En virtud de la legislación federal vigente, las personas tienen derecho a prestaciones por incapacidad de la Seguridad Social (SSDI) si:
 - están discapacitados debido a una afección médica que se espera que dure al menos un año o conlleve la muerte.
 - cumplen ciertos requisitos del historial laboral (como pagar los impuestos de la Seguridad Social por sus ingresos).
- La atrofia multisistémica se encuentra en la lista de Subsidios Compasivos, que agiliza el proceso de solicitud de SSDI y reduce el tiempo de espera estándar para una decisión, que puede tardar meses.



SU GUÍA ESENCIAL DE LA MSA

Investigación y ensayos clínicos

Bajo la dirección de investigadores y médicos expertos en la AMS, Mission MSA financia investigaciones prometedoras directamente aplicables a la identificación de:

- Una causa clara de AMS
- Métodos mejorados que conduzcan a un diagnóstico más temprano y preciso
- Mejores tratamientos para aliviar los síntomas de la AMS y mejorar la calidad de vida
- Intervenciones que ralenticen, detengan o reviertan la progresión de la AMS
- Una cura para la AMS

¿Qué puedo hacer para ayudar en la investigación?

Cada vez hay más oportunidades fuera de Mission MSA de ser reclutado como voluntario en ensayos de investigación. Esto puede implicar rellenar cuestionarios, someterse a exploraciones, extracción de muestras de sangre o participar en ensayos con fármacos. Debido al reducido número de personas con AMS en un mismo centro, algunos ensayos se organizan en varios centros de todo el país.

¿Debo donar mi cuerpo a la ciencia?

Es posible que desee donar su cerebro a la investigación de la AMS una vez que fallezca, ya que esta investigación es valiosa para ayudar a encontrar un camino más directo y preciso hacia el diagnóstico precoz, desarrollar posibles tratamientos y, en última instancia, una cura. Debido a la naturaleza rara de la AMS, una autopsia cerebral es actualmente la única forma de confirmar por completo el diagnóstico.

La donación cerebral requiere un protocolo específico para la conservación del cerebro hasta que se extrae el tejido. Este es un proceso detallado que debe realizarse en un plazo de 24 a 48 horas después de la muerte. Dado que ha de hacerse en el momento oportuno, los preparativos para la donación y análisis del cerebro deben realizarse antes de que el paciente esté cerca de la muerte.

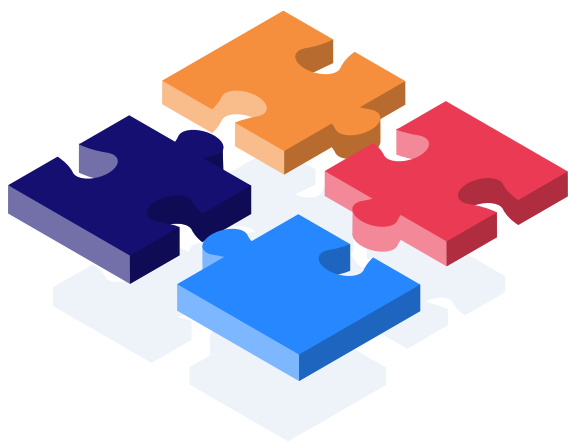
Nuestra organización asociada, The Brain Support Network, puede ayudar a las familias a hacer planes para la donación cerebral, identificando un laboratorio para realizar la autopsia y buscando a un patólogo u otra persona cualificada para la extracción de tejido.



SU GUÍA ESENCIAL DE LA MSA

Únase a la comunidad

Vivir con atrofia multisistémica (AMS) requiere encontrar el apoyo adecuado para el difícil camino que se tiene por delante. Mission MSA está preparada con una amplia gama de servicios, recursos y materiales educativos adaptados para pacientes con AMS, cuidadores, tanto familiares como miembros de la comunidad.



MISSION MSA®

Mission MSA existe para proporcionar apoyo, información y esperanza a las personas afectadas y sus familias, financiar investigación y educar a profesionales sanitarios. A través de Mission MSA, puede conectar con otros pacientes con AMS y cuidadores mediante nuestros grupos de apoyo en línea o en persona.

Si desea apoyar a Mission MSA, puede hacer directamente una donación deducible de impuestos o iniciar una recaudación de fondos en persona o en línea para conseguir más dinero y concienciación. Su empresa también puede tener un programa de donaciones complementarias, o usted puede planificar una donación a largo plazo, como nombrar Mission MSA en su testamento o como beneficiario de un fondo de jubilación.

También puede ofrecerse voluntario a Mission MSA de muchas formas, incluida la recaudación de fondos, la defensa, unirse a la Junta Directiva, contribuir a nuestro blog, ayudar a dirigir grupos de apoyo o crear contenido educativo.

Mission MSA se compromete a defender y avanzar en cuestiones legislativas clave que afectan a la comunidad de la atrofia multisistema. Al utilizar nuestra posición única como voz del paciente con AMS, del cuidador y del investigador, nuestros objetivos son informar, influir e impactar positivamente en la legislación que promueve nuestra misión y visión. Nos centramos en eliminar barreras para el acceso a Medicare y beneficios federales, proporcionar apoyo a cuidadores, proporcionar financiación para la investigación sobre la AMS y ayudar a mejorar el acceso a la atención. Esperamos que se una a nosotros en la defensa y el aumento de la concienciación también dentro de sus redes individuales.



MSA CONNECT

An online community for those affected by MSA

[Haga clic aquí para obtener más información](#)

MSA Connect es una comunidad en línea en la que las personas afectadas por la AMS pueden reunirse, comunicarse, aprender y compartir investigación en un espacio fácil de usar. Únase a la conversación sobre la atrofia multisistémica y conéctese con una red de apoyo de personas que saben exactamente por lo que está pasando.

SU GUÍA ESENCIAL DE LA MSA

Términos comunes

Estos son algunos de los términos más comunes que se utilizan en esta guía y en la comunidad de la AMS:



Síntomas

Acinesia Incapacidad para moverse ("bloqueo motor") o dificultad para comenzar o mantener el movimiento corporal

Ataxia Afección de deterioro de la movilidad caracterizada por pérdida del equilibrio y disminución de la coordinación

Bradicinesia La ralentización y pérdida de movimientos espontáneos y voluntarios

Rigidez en rueda dentada Tipo de rigidez en la que el músculo responde con sacudidas en forma de rueda dentada cuando dicho músculo se estira o la extremidad se dobla.

Disartria Habla arrastrada u otra alteración del habla

Desequilibrio Problemas de inestabilidad o equilibrio

Discinesias Movimiento involuntario, incontrolable y, a menudo, excesivo. Estos movimientos pueden ser tambaleantes, parecidos a bailes o bruscos, y son distintos del temblor rítmico que se asocia con frecuencia a la enfermedad de Parkinson. Un efecto secundario frecuente de muchos fármacos utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson.

Disfagia Dificultad para tragar

Distonía Postura anómala y torpe o movimientos sostenidos de una mano, pie u otra parte del cuerpo; puede ir acompañada de rigidez y torsión

Festinación Aceleración de los pasos y arrastrar los pies después de empezar a caminar

Bloqueo motor Incapacidad abrupta y temporal de un paciente para mover los pies que se produce con frecuencia en un límite, como un marco de puerta que conduce a otra sala

Hipomimia Rostro inmóvil, sin expresión con parpadeo reducido

Síntomas continuos

Micrografía Caligrafía pequeña y apretada que es un síntoma de muchos pacientes con Parkinson

Hipotensión ortostática Disminución repentina de la presión arterial (>20 mm Hg sistólica) al ponerse de pie y acompañada de síntomas como mareos, fatiga, y síncope.

Rodamiento de píldora Uno de los temblores más lentos característicos en los dedos de los pacientes con Parkinson; los movimientos alternantes del pulgar y el índice dan la apariencia de hacer rodar un objeto pequeño entre los dedos

Rigidez Firmeza anómala en una extremidad u otra parte del cuerpo. Es más evidente cuando un examinador mueve la extremidad de un paciente, como en la rueda dentada.

Temblores Movimientos rítmicos no deseados (pueden ser rápidos o lentos) que pueden afectar a las manos, la cabeza, la voz u otras partes del cuerpo.



Terminología médica

Agonista Fármaco que imita un neurotransmisor. Los agonistas de la dopamina son fármacos que imitan las acciones de la dopamina.

Anticolinérgico Fármaco que bloquea la acción de la acetilcolina, un neurotransmisor del cerebro. Los fármacos anticolinérgicos suelen ser eficaces para reducir el temblor de la enfermedad de Parkinson.

Fármacos inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) que potencian el efecto de la dopamina al evitar que las enzimas las descompongan

Trastornos del movimiento Se refieren a varias afecciones, muchas de ellas neurodegenerativas, que impiden el movimiento normal. Algunos se caracterizan por la falta de movimiento (bradicinesia, hipocinesia, etc.) o el movimiento excesivo (corea, atetosis, distonía, temblor). Además de la enfermedad de Parkinson, otras afecciones a menudo definidas como trastornos del movimiento incluyen temblor esencial, atrofia multisistémica, parálisis supranuclear progresiva, enfermedad de Huntington, síndrome de Tourette y parálisis cerebral.

Neurodegenerativo Se refiere a afecciones como el Parkinson, que se caracterizan por la pérdida de células del sistema nervioso central

Fenómeno “On-Off” Pérdida repentina de actividad de la levodopa que dura de minutos a horas después de un breve periodo de efectividad. El término también se refiere a una respuesta cíclica a la medicación, en que el paciente puede funcionar adecuadamente en ocasiones, pero está demasiado rígido e inmóvil para funcionar en otros momentos.

Parkinsonismo Término genérico que hace referencia a problemas de lentitud y movilidad similares a los de la enfermedad de Parkinson. Varias afecciones, como la atrofia multisistémica y la parálisis supranuclear progresiva, y una serie de medicamentos producen esta aparición.

Evento desencadenante Un factor externo o ambiental como traumatismo craneal, exposición a una toxina o estrés que contribuye al desarrollo de una afección o enfermedad.

Esfumación de la respuesta Pérdida de efectividad de los medicamentos para la enfermedad de Parkinson entre dosis. Si la eficacia de un medicamento no dura hasta que se debe administrar la siguiente dosis, “la respuesta se esfuma”.

Anatomía

Núcleos basales Grupos grandes de neuronas situadas en estructuras encefálicas profundas que son responsables de movimientos voluntarios, como la marcha y la coordinación de movimientos. Incluye el estriado, el núcleo subtalámico y la sustancia negra.

Globo pálido Estructura (grupo de neuronas) encefálica profunda que afecta al movimiento, al equilibrio y a la marcha.

Estriado También llamado cuerpo estriado, es el componente más grande de los núcleos basales del cerebro y controla el movimiento, el equilibrio y la marcha

Sustancia negra Parte de los núcleos basales, situados en el mesencéfalo, que es rica en neuronas productoras de dopamina y en la neuromelanina pigmentaria negra (de ahí su nombre). En el Parkinson, la pérdida de neuronas de esta región conlleva un déficit de dopamina y, posteriormente, síntomas del Parkinson.

Núcleo subtalámico (NST) Un centro nervioso cerca de la sustancia negra. El NST puede ser el objetivo de la estimulación cerebral profunda (ECP) para reducir los síntomas de Parkinson

Tálamo Masa de sustancia gris (neuronas) situada en la parte profunda del cerebro, que es responsable del control motor y sirve como centro de relevos para las señales sensoriales.

Pruebas

Tomografía axial computarizada (TAC) Una técnica que utiliza una serie de rayos X para crear "cortes", imágenes del cuerpo, desde diferentes orientaciones, para crear una imagen bidimensional del cuerpo. El término TAC (tomografía axial computarizada) hace referencia a una orientación específica de las imágenes.

RM (resonancia magnética) Imágenes tridimensionales del cerebro obtenidas en un escáner utilizando un imán potente

TEP Acrónimo de "tomografía por emisión de positrones", una técnica de imagen utilizada para monitorizar y producir imágenes de la actividad metabólica o bioquímica en el cerebro

MISSION **MSA**[®]

info@missionmsa.org
866.737.4999

Patient Support Line: 866.737.5999

[MissionMSA.org](https://www.MissionMSA.org)



@missionmsaorg



@ mission.msa



@Mission MSA



@missionmsa



@MissionMSA