

NUTRICIÓN Y ENFERMEDADES DEGENERATIVAS



María José Catalán.



Francisco Grandas.



Gurutz Linazasoro.

Con la colaboración de



I ENCUENTRO: PARKINSON

Sentarse a la mesa con temblores

→ Las alteraciones motoras y psíquicas que provoca el Parkinson, entre ellas la disfagia, el estreñimiento y la depresión que acarrea la falta de autonomía, traen consigo tanto la dificultad para alimentarse como la pérdi-

da del apetito, por lo que la cuestión tiende a relativizarse. Sin embargo, conviene analizar las implicaciones de una dieta acorde a cada estado evolutivo así como las posibles interacciones de los alimentos con la terapia.

■ Laura D. Ródenas

Hasta la fecha sólo el consumo de café, té negro y vitamina E han demostrado tener cierto efecto preventivo sobre el riesgo de contraer Parkinson, la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en España, con una prevalencia nacional de 20 diagnósticos nuevos por cada 100.000 habitantes al año. Su causa se desconoce. Y es que al igual que sucede con el Alzheimer existe cierto porcentaje de afectados que padecen una forma hereditaria; sin embargo, la mayoría de los casos son fruto de la interacción entre la genética y los factores ambientales todavía por descubrir. Esto no ha impedido a la epidemiología tratar de establecer conexiones entre los hábitos dietéticos y el posible desarrollo de la enfermedad.

Son muchas las investigaciones que se han realizado. Se ha dicho, entre otras cosas, que el consumo de productos lácteos en varones acarrea un mayor peligro. El curry salió a colación en algún estudio pero nunca más se supo, y lo mismo sucede con las grasas saturadas. Este es, brevemente, el repaso que hace Gurutz Linazasoro, director del Centro de Investigación de Parkinson de la Policlínica de San Sebastián, que ha participado en el primero de los debates sobre Nutrición y Enfermedades Neurodegenerativas celebrado por DIARIO MEDICO, con el patrocinio del Instituto Tomás Pascual. Junto a él, Francisco Grandas, neurólogo del Hospital madrileño Gregorio Marañón, y María José Catalán, neuróloga del Hospital Clínico San Carlos, también en Madrid.

El tema da para largo. Ya en 2007 Linazasoro le dedicó un capítulo en *No te comas el coco*, el libro que publicó junto al reconocido restaurador vasco Martín Berasategui a beneficio de la Asociación de Parkinson Guipúzcoa. En este compendio de conocimiento a



Gurutz Linazasoro, en primer término, con Francisco Grandas y María José Catalán.



Al tomar la levodopa junto con alimentos ricos en proteínas, ambas sustancias compiten para atravesar el intestino y se pierde la primera

caballo entre la ciencia médica y el arte culinario, Linazasoro aseguraba que "se ha comprobado que la ingestión de vitaminas B6, B12 y ácido fólico no tiene ninguna repercusión sobre este riesgo. Tampoco la vitamina C ni los carotenoides de las zanahorias y otros productos



Hay que saber dónde pisamos para no caer en problemas de pérdida de peso agravados por la inhibición del apetito propios de la depresión o la medicación

hortofrutícolas frescos. Por otra parte, la influencia de los ácidos omega-3 no está del todo clara, pero hay pruebas experimentales que les otorgan un papel protector debido a sus propiedades antioxidantes". Podría pensarse así que los suplementos vitamínicos antioxidan-



La aceleración al comer, además de ser paradójica en una enfermedad enlentecedora, lleva a la frustración y a que el paciente se atragante más

tes son de ayuda; sin embargo, su eficacia no está demostrada.

En el capítulo de alimentos y neuroprotección nos movemos, parece, en terreno fangoso. "Una dieta prudente, como la mediterránea, tiende a considerarse positiva; en cambio, es difícil

hablar del valor individual de un alimento por separado", señala Linazasoro. A título anecdótico la triada de expertos coincide en que las dietas hipocalóricas son beneficiosas para la neurogénesis, pero "hay que saber dónde pisamos para no caer en problemas de pérdida de

peso, agravados por la inhibición del apetito que pueden causar la depresión o la propia medicación, la ausencia de sentido gustativo o las simples dificultades para ejercitar el movimiento que lleva la cuchara de la mano a la boca", matiza Grandas.

Seguidamente, el neurólogo del Marañón puntualiza otro aspecto que ha dado que hablar: el de la concentración de levodopa en determinados alimentos. Es el caso de las habas, concretamente de las vainas. "Contienen esta sustancia, pero habría que tomarse sacos para sustituir a la pastilla", indica al respecto.

"Pero hay una cuestión todavía más importante -interviene Catalán-, y no es otra que la de la relación de este fármaco puntero dentro del arsenal dispuesto para tratar la enfermedad, con las proteínas". Antes de tomarse en dopamina la levodopa se sube al mismo autobús que las proteínas para llegar al cerebro. Esto significa que no se absorbe en el estómago sino en el intestino, por lo que, de acuerdo con Linazasoro, "si el paciente toma la levodopa junto con alimentos ricos en proteínas, éstas compiten con la levodopa para atravesar el intestino y el resultado es una importante pérdida de ésta". Otro factor limitante de su absorción es el estreñimiento, que afecta al 90 por ciento de los afectados por Parkinson y puede combatirse con una intensificación del consumo de agua, fibra, verduras y fruta.

Esto hace que, aunque en fases avanzadas sí pueda administrarse la levodopa después de comer, cuando se presupone que existe más tolerancia, en etapas avanzadas convenga tomarla media hora antes, así como dejar las proteínas para la cena, en lo que se conoce como "una redistribución proteica, que pasa por asumir una dieta baja en proteínas en los periodos del día que deseamos disfrutar de mayor movilidad", apunta Catalán.

¿POR QUÉ LA INGESTA ES INSUFICIENTE O INADECUADA?

Tragar y hasta manejar el tenedor pueden ser un verdadero calvario para los afectados por el *mal del tembleque*. La expresión hace referencia a los problemas motores de coordinación característicos del Parkinson, que limitan, junto con la característica rigidez y las temidas discinesias, ciertas actividades funcionales, entre las que se haya la deglución o la habilidad para comer de forma independiente. No obstante, esta enfermedad es mucho más que una alteración muscular, acarreado, por ejemplo, un importante desgaste a nivel anímico que puede redundar en cuadros de anorexia, desnutrición y malnutrición. "Muchos pacientes -advierte Grandas- pierden la atracción que sentían hacia la comida". La sensación de recompensa se esfuma y "la comida pasa a un segundo o tercer plano en el tratamiento del Parkinson, cuando está más que demostrado que su papel es determinante para surtir de energía al

organismo", añade Linazasoro. Así pues, ¿qué puede hacerse al respecto? La flexibilidad de horarios es un consejo habitual. "Permitir que el enfermo coma cuando realmente pueda comer, adaptándose a sus horarios, es necesario", según Grandas. Del mismo modo, "la supervisión del menú y procurarle alimentos de fácil masticación son medidas sencillas que pueden mejorar la calidad de vida", agrega Catalán. En este punto incide sobre la paradoja que representa en esta enfermedad típicamente enlentecedora el hecho de "con frecuencia los pacientes se aceleren a la hora de comer, incurriendo en un mayor número de atragantamientos y una mayor frustración". Para evitarlo, tanto Catalán como sus colegas recomiendan comer despacio y en pequeñas cantidades, sentarse en una postura correcta y utilizar cubiertos fáciles de sostener. Según la experta, "instruir al paciente en el arte de comer bien debe erigirse como pilar básico".