

Invest. Medicoquir 2020 (enero-abril); 12 (1)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Prevalencia del dolor en la enfermedad de Parkinson. Relación con otros síntomas no motores

Prevalence of pain in Parkinson's disease. Relationship with other non-motor symptoms

Anelys Sánchez López,¹Arnoldo Padrón Sánchez,¹ Aracne Bernis Laestre,¹ Alba E.Pérez Pérez.¹

I Centro Internacional de Restauración Neurológica La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción:El dolor es un síntoma no motor muy frecuente en la enfermedad de Parkinson, aunque infravalorado.Se analiza la prevalencia del dolor, características, factores asociados y su repercusión sobre la calidad de vida y autonomía del paciente en una serie consecutiva de pacientes con enfermedad de Parkinson.Se realizaron búsquedas electrónicas y en bibliotecas de revistas médicas nacionales y extranjeras indexadas en Scielo, Imbiomed y Pubmed; en un horizonte de 10 años en idioma español e inglés, así como revisiones de tesis de terminación de estudios y libros de textos con información relacionada con el dolor en la enfermedad de Parkinson.Se demostró que existe una elevada prevalencia de pacientes con enfermedad de Parkinson que sufren de dolor, como una de las complicaciones no motoras propias de la enfermedad y lamentablemente este síntoma queda infradiagnosticado e infratratado. Pretendemos proponer una evaluación diagnóstica del dolor y trazar una estrategia diagnóstica y terapéutica definida inmediata en función de la mejoría la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: calidad de vida,dolor, enfermedad de Parkinson.síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson.

ABSTRACT

Introduction: Pain is a very common non-motor symptom in Parkinson's disease, although undervalued. We analyze the prevalence of pain, characteristics, associated factors and its impact on the patient's quality of life and autonomy in a consecutive series of patients with Parkinson's disease. Electronic searches and libraries of national and foreign medical journals indexed in Scielo, Imbiomed and Pubmed; in a horizon of 10 years in Spanish and English, as well as reviews of thesis of completion of studies and textbooks with information related to pain in Parkinson's disease. It was demonstrated that there is a high prevalence of patients with Parkinson's disease who suffer from pain, as one of the non-motor complications of the disease. Unfortunately, this symptom is underdiagnosed and under-treated. We intend to propose a diagnostic evaluation of pain and draw up an immediate defined diagnostic and therapeutic strategy based on the improvement of the quality of life of our patients.

Keywords: quality of life. pain, Parkinson's disease, non-motor symptoms of Parkinson's disease.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP), con una incidencia de 5 a 24 por cada 100 000 habitantes, es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. Es más común en pacientes con edades medias o avanzadas de la vida.¹

La población mundial en sentido general va en tendencia al envejecimiento poblacional, por lo que se puede predecir que la prevalencia de la enfermedad de Parkinson irá en aumento en la próxima década. Según cálculos del Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas para el 2025, Cuba será el país más longevo de América Latina, con 2,9 millones de personas por encima de 60 años, llegando a representar el grupo de la tercera edad un 26% de la población. Sin embargo, esta es una enfermedad singular

pues es la única enfermedad neurodegenerativa que cuenta con un amplio arsenal terapéutico efectivo y específico para cada problema y en cada etapa.¹

Fue el británico James Parkinson quién describe por primera vez la enfermedad, a la que llamó “parálisis agitante”, describiéndola como “movimientos involuntarios de carácter tembloroso, con disminución de la fuerza muscular que afectan a las partes que están en reposo y que incluso provocan una tendencia a la inclinación del cuerpo hacia delante y una forma de caminar con pasos cortos y rápidos. Los sentidos y el intelecto permanecen inalterados”. Esta definición detallada queda recogida en un tratado llamado “Ensayo sobre la parálisis agitante” (“*Anessayontheshakingpalsy*” en el idioma original), publicado en Londres en el año 1817.²

Durante muchos años se describió la enfermedad de Parkinson (EP) como una enfermedad motora, caracterizada por unos signos clínicos cardinales que la identifican: bradicinesia, rigidez, temblor y alteración de los reflejos posturales, exigiendo al menos tres de estos cuatro síntomas para establecer el diagnóstico de la enfermedad.³

Existen factores de riesgo asociados a un aumento de probabilidades de enfermar, y algunos factores llamados protectores que pueden disminuir la probabilidad de padecer la enfermedad. La mejor estrategia para enfrentar un problema de salud como la enfermedad de Parkinson, es prevenirlo.

¿Cuáles son los factores que modifican el riesgo de desarrollar la EP? Los resultados se dividen en dependencia de la categoría de los factores determinantes: factores genéticos, factores constitucionales y factores ambientales

Interacción entre factores genéticos ambientales.

Dentro de cada categoría se encuentran factores que aumentan el riesgo y otros que los disminuyen, también llamados protectores.¹

La EP posee un carácter lentamente progresivo, que afecta fundamentalmente a las neuronas dopaminérgicas de la *pars compacta* de la sustancia negra, lo que produce una depleción de dopamina de los ganglios basales.

Se describe en la actualidad como una sinucleopatía, una enfermedad multisistémica que afecta a un determinado tipo de células predispuestas y que avanza de un modo específico y con una secuencia topográficamente determinada. En este avance, determinado o programado, los componentes de los sistemas autonómico, límbico y somatomotor se van dañando progresivamente. La afectación en la EP comienza a nivel de las neuronas del bulbo olfatorio y plexos entéricos y que, vía ascendente por las fibras amielínicas vísceromotoras alcanzarían el núcleo dorsal del vago y ulteriormente el sistema nervioso central (SNC). Se establecen así unos estadios anatomopatológicos de afectación con su correspondiente correlato clínico.⁴⁻⁶

Muchos pacientes con EP experimentan dolor en algún momento de su enfermedad. Esta queja suele pasarse por alto debido a que la EP es primordialmente un trastorno motor; sin embargo, para una minoría de los pacientes, el dolor y la incomodidad pueden ser tan debilitantes que dominan el panorama clínico. Por lo tanto, es importante que los individuos que experimentan dolor discutan el problema con sus neurólogos. Una revisión cuidadosa de la historia y examen clínico, incluyendo, en algunos casos, pruebas adicionales de diagnóstico puede ayudar a determinar la causa del dolor. Dependiendo de la categoría del síntoma doloroso musculoesquelético, dolor de los nervios o las raíces nerviosas, espasmos musculares diatónicos, acatisia o dolor central, suele ser posible para el médico diseñar un plan eficaz de tratamiento.⁷

Después de toda una búsqueda exhaustiva en la literatura precedente, revisando artículos de varias revistas médicas nacionales y extranjeras y en bibliotecas de revistas indexadas en Scielo, Imbiomed y Pubmed; en un horizonte de 10 años en idioma español e inglés, así como revisiones de tesis de terminación de estudios y libros de textos con información relacionada con la presencia de dolor en la enfermedad de Parkinson, su incidencia, prevalencia, diagnóstico y tratamiento;

pudimos observar que existe aún la necesidad de continuar aportando en el tema nuevas investigaciones que permitan conocer más sobre la problemática de salud que esto representa en estos pacientes, y así colaborar de cierta forma con la solución de este problema.

DESARROLLO

La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. Es un desorden neurodegenerativo progresivo con efectos acumulados sobre los pacientes, sus familias y los sistemas sanitario y social.

Los síntomas no motores (SNM) en los pacientes con EP son frecuentes, pueden preceder o aparecer al inicio de la enfermedad, y en muchos casos condicionar la calidad de vida y autonomía del paciente. En concreto, el dolor es un SNM muy frecuente en pacientes con EP que puede afectar de una forma muy considerable a su calidad de vida, pero que está claramente infradiagnosticado.

Diagnostico

El diagnóstico de la EP es fundamentalmente clínico, basado en los síntomas característicos citados con anterioridad; no obstante, el diagnóstico de la disfunción autonómica precisa de una exploración objetiva que la determine. El diagnóstico precoz de la afectación autonómica en el Parkinson es de gran importancia, ya que el pronto inicio del tratamiento ayuda a reducir la morbimortalidad de estos enfermos.^{8,9}

Por otra parte, la afectación del sistema nervioso autónomo (SNA) es muy compleja y difusa, tanto desde el punto de vista anatómico como funcional, llevando esto a un conocimiento superficial del mismo y olvidando la gran importancia de su papel como regulador de gran parte de las funciones orgánicas y en el mantenimiento de la homeostasis.

- Los pacientes con EP presentan una alteración del SNA, tanto de su división simpática como parasimpática.

- La alteración del SNA en los pacientes con EP puede aparecer en fases precoces de la enfermedad, independientemente de que estos presenten sintomatología clínica de disautonomía.
- Existe una correlación positiva entre el tiempo de evolución y severidad de la enfermedad con la afectación autonómica que presentan los pacientes con EP.
- El tratamiento con L-dopa contribuye a la estabilización del funcionamiento del SNA.

Los circuitos dopaminérgicos cerebrales son clave en la toma de decisiones. La medicación dopaminérgica produce cambios en la toma de decisiones, tanto en sujetos con EP, como en controles sanos. En consecuencia, la aparición de enfermedades intercurrentes y comorbilidades neuropsiquiátricas resulta frecuente en estos pacientes.¹⁰ Además de la clásica asociación de manifestaciones motoras cardinales, los tratamientos farmacológicos de las mismas llevan implícitos diversas alteraciones en otros ámbitos o esferas, no exclusivos del perfil motor de la enfermedad, y se presentan síntomas sensoriales y autonómicos, siendo necesario dar una respuesta integral a la entidad nosológica en su conjunto, mediante un abordaje interdisciplinar de la enfermedad, que contribuya a mejorar el manejo de los pacientes con EP.^{11,12}

Los síndromes dolorosos y molestos en el Parkinson por lo general surgen de una de estas cinco causas:⁷

1 Un problema musculoesquelético relacionado con la mala postura, la inadecuada función mecánica o el desgaste o desgarramiento físico,

2 El dolor en los nervios o las raíces nerviosas, por lo general relacionado con la artritis en el cuello o la espalda;

3 El dolor por distonía, torsión constante de un grupo de músculos o parte del cuerpo en una postura forzada;

4 La incomodidad debida a la inquietud extrema

5. Un raro síndrome doloroso conocido como dolor “primario” o “central” que surge del cerebro.

De los muchos síntomas de la enfermedad de Parkinson que pueden ser incapacitantes, el dolor puede ser uno de los más graves. No sólo el dolor por lo general no se reconoce como una manifestación de la EP, lo que resulta en evaluaciones y pruebas tediosas, extensas y con frecuencia infructuosas para identificar el origen, pero una vez identificado como relacionado con la enfermedad, un tratamiento eficaz puede ser difícil de alcanzar.

Se estima que aproximadamente el 10 % de las personas con enfermedad de Parkinson tiene el dolor como síntoma inicial de exordio, anterior a cualquier trastorno del movimiento. Además, los datos publicados recientes sugieren que hasta 50% de los pacientes manifiestan sensaciones dolorosas significativas durante el curso de la enfermedad.¹³

El reto para los médicos y pacientes es reconocer cuándo estas molestias representan un componente de otra enfermedad grave y cuándo pueden ser síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson. Esto es especialmente difícil debido a que los síntomas dolorosos pueden parecerse a otras condiciones dolorosas tales como: dolor de espalda, ciática, dolores articulares, dolor dental, dolor ginecológico y malestar abdominal.

Se requiere habilidad y experiencia clínica para diagnosticar y determinar la causa del dolor en alguien con EP. La herramienta de diagnóstico más importante es la historia clínica del paciente.

Existen preguntas obligadas que se deben hacer a un paciente con dolor que padece enfermedad de Parkinson.

¿Cuánto tiempo lleva con dolor?

¿Tenía usted ya dolor antes de que le diagnosticasen la enfermedad?

¿Dónde está localizado el dolor o los dolores que usted presenta?

¿Cómo usted describiría el dolor? (Punzante, quemante, adormecimiento, entumecimiento, opresivo, punzante, tirante, como una electricidad, como calor, como frialdad, difuso u otro tipo que usted pueda describir).

¿Este dolor se irradia a alguna otra parte?

Cuando tiene dolor, ¿es en la parte del cuerpo que tiene más rígida y torpe debido a su enfermedad?

¿En qué momento del día o la noche se presenta el dolor?

¿Tiene usted dolor continuo o solo a ciertas horas?

¿Ocurre el dolor en relación con alguna actividad en particular?

El dolor que tiene, ¿disminuye o mejora con algo concreto (situación, movimiento, maniobra, etc.) ¿Que usted hace para aliviar el dolor?

¿Toma algún medicamento para aliviar el dolor? ¿Cuál?

¿Qué empeora o desencadena el dolor?

¿Piensa usted que su medicación anti parkinsoniana le alivia el dolor?

¿Tiene episodios en los cuales se le mueve alguna o varias partes del cuerpo de forma involuntaria que no puede controlar (discinesias)?

Si tiene estos episodios (discinesias), ¿tiene dolor coincidiendo con ellos?

¿Hace rehabilitación o fisioterapia?

Si usted hace rehabilitación o fisioterapia, ¿le mejora el dolor?

¿Padece usted alguna enfermedad, como por ejemplo: artritis reumatoide, fibromialgia, hernia discal, enfermedad degenerativa discal, escoliosis, osteoartritis, lesión medular traumática, u otra?

Teniendo en cuenta el impacto del dolor en la calidad de vida, el National Young Onset Center de la American Parkinson Disease Association (APDA) llevó a cabo una encuesta informal, en línea, que, aunque no científica, apoya la idea de que existe una alta prevalencia del dolor en los pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson.

En general, la encuesta describe que la gran mayoría de los encuestados (82%) experimentaron dolor con su enfermedad y el dolor que experimentaban a menudo era grave. Curiosamente, para los pacientes más jóvenes (menores de 60 años), las áreas citadas con mayor frecuencia de dolor eran el hombro y el pie (65% y 53%), respectivamente. Para los mayores de 60 años, fue el cuello y / o la parte posterior (ambos de los cuales fueron citados por aproximadamente 50% de los encuestados).

De los 247 encuestados totales, el 77% informó que ellos (y / o sus médicos) creen que su dolor es debido al padecimiento de su enfermedad de Parkinson. No es sorprendente que un porcentaje mucho mayor de pacientes más jóvenes (84%) atribuyen su dolor a su EP que aquellos en el grupo de mayor edad (62%). Además, los pacientes con EP suelen tener múltiples fuentes para su dolor. Esto también se demostró que varía según la edad, con diagnóstico común de distonía en pacientes más jóvenes (54 %) y artritis en los pacientes de más edad (64%).¹³

La mayoría de los encuestados (80%) refirió que su dolor a menudo se correlacionaba con su estado motor. Si un patrón de sensación dolorosa surge que se correlaciona con los episodios "off" o si el dolor se alivia con la medicación dopaminérgica, más credibilidad se puede dar al hecho de que el dolor está relacionado la enfermedad de Parkinson. A menudo, estos casos no requieren una evaluación médica completa para descartar otras causas graves. Los médicos que atienden a pacientes con EP deben ser conscientes de la alta prevalencia del dolor como parte de la EP, así como posibles opciones de tratamiento.¹³

Dentro de los síntomas no motores, el dolor es uno de los que se observa frecuentemente en pacientes parkinsonianos y en muchos casos interfiere en su

rutina diaria, aumenta su grado de limitación y discapacidad, e impide una mejor evolución del enfermo. En años más recientes se han hecho diversos estudios que corroboran esta afirmación.^{3, 7, 14, - 16}

El dolor es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera.

Clasificación del dolor

Después de un amplio estudio de la casuística y bibliografía consultada, se pueden determinar tres tipos de dolor predominantes en la enfermedad de Parkinson: dolor musculoesquelético, dolor radicular neuropático y dolor distónico.

Dolor musculo esquelético

La rigidez, la falta de movimiento espontáneo, las anomalías en la postura y las tensiones mecánicas inadecuadas, contribuyen al dolor musculo esquelético en la Enfermedad de Parkinson.

La sintomatología dolorosa musculo esquelética más común es el dolor en alguno de los hombros, algunas veces llamado “hombro congelado” o *frozen shoulder* en inglés (este de hecho puede ser el primer signo de la EP). El dolor de cadera, el dolor de espalda y el dolor de cuello son todos dolores comunes en la EP. Con la inmovilidad prolongada de una de las extremidades, pueden ocasionalmente desarrollarse tendones en forma de bandas, denominados contracturas.

Un diagnóstico preciso de dolor musculo esquelético se basa en la revisión cuidadosa de la historia clínica y un examen físico que tenga en cuenta la postura, la rigidez de las extremidades y el tronco, así como la marcha del paciente parkinsoniano. Ocasionalmente, se requieren exámenes complementarios tales

como radiografías, ecografías, tomografía axial computarizada, así como estudios reumatológicos u ortopédicos.

El tratamiento adecuado para el dolor musculo esquelético en la EP depende de la causa del dolor. Si el dolor es el resultado de la excesiva inmovilidad o rigidez, el médico podría recetar terapia dopaminérgica, fisioterapia con programa de ejercicios específico, en dependencia de la localización del dolor del paciente, asociado al tratamiento con medios físicos. Si el tratamiento tiene éxito, los pacientes deben continuar con un programa de ejercicios que haga fuerte énfasis en el rango de movimiento, para prevenir el desarrollo de problemas musculo esqueléticos en el futuro.

Según nuestra experiencia en el campo de la rehabilitación, hemos utilizado con buenos resultados los agentes físicos y naturales con fines analgésicos y antiinflamatorios; dentro de ellos: el campo magnético, el ultrasonido terapéutico, laserterapia, las corrientes analgésicas, el Deep oscillation y la hidroterapia, fundamentalmente.

Dolor radicular neuropático.

El dolor que se siente cerca de un nervio o a una raíz nerviosa, se describe como dolor neuropático y radicular. Se requiere una cuidadosa evaluación neurológica para confirmar la ubicación del nervio o raíz nerviosa involucrado, y para determinar la causa del problema.

El dolor radicular suele tratarse con éxito con programas específicos de ejercicios fisioterapéuticos, además de la prescripción dosificada y controlada de los agentes físicos con dosis analgésicas y antiinflamatorias. Además, es posible apoyarse para el alivio del dolor con medicamentos (analgésicos), rara vez requiere cirugía.¹⁷

Recientemente ha ido en aumento la incursión en el campo de los procedimientos mínimamente invasivos (intervencionismo) para el alivio de los dolores radiculares.

Dolor distónico.

Los espasmos distónicos están entre los síntomas más dolorosos que una persona con EP puede experimentar. El dolor surge de los continuos movimientos severos y con fuerza, de retorcimiento o torsión, así como de las posturas a las que se denominan distonía. Este tipo de espasmos musculares son muy diferentes de los movimientos repetitivos y oscilatorios, descritos como discinecias, los cuales no son dolorosos. La distonía en la EP puede afectar las extremidades, el tronco, el cuello, la lengua, la quijada los músculos deglutorios (que ayudan a tragar) y las cuerdas vocales. Una forma común de distonía en la EP involucra los pies y los dedos de los pies, los cuales se pueden crisar o enroscar dolorosamente. La distonía también puede hacer que el brazo se contraiga detrás de la espalda o hacer que la cabeza avance hacia el pecho. El paso más importante en la evaluación de la distonía dolorosa es establecer su relación con la medicación dopaminérgica. ¿Se presenta la distonía cuando el medicamento está en su efecto máximo? ¿O se presenta como un fenómeno de “wearingoff”, cuando empiezan a desvanecerse los efectos del medicamento al final de la dosis? Las respuestas a estas preguntas por lo general clarificarán la naturaleza y el momento de la distonía, y determinarán su tratamiento. La distonía más dolorosa representa un fenómeno parkinsoniano de “off”, y se presenta temprano en la mañana o durante las crisis de agotamiento del medicamento. En caso de incertidumbre, el neurólogo debe observar al paciente en el consultorio durante un período de siete horas para poder apreciar la relación entre la distonía y el ciclo del medicamento. En términos del tratamiento, la distonía del despertar suele aliviarse con la actividad física, o con la primera dosis de la medicación dopaminérgica, bien sea de levodopa (Sinemet®) o de un agonista de la dopamina. Cuando la distonía ocurre a causa del agotamiento del efecto de la medicación (fin de dosis), el problema puede corregirse acortando el período de “off”. En algunos pacientes, la distonía es tan severa que puede requerirse una inyección subcutánea de apomorfina, que hace efecto en minutos. Los individuos con una distonía intratable podrían beneficiarse de una estimulación cerebral profunda, un procedimiento neuroquirúrgico que involucra la implantación y activación de electrodos en el cerebro.

Pocos pacientes experimentan espasmos distónicos como resultado de la medicación. Cuando toman levodopa, estos pacientes experimentan muecas faciales de tipo distónico o incómodas posturas en las extremidades, superiores e inferiores. La estrategia estándar de tratamiento para estos individuos es reducir la cantidad de dopamina, y algunas veces sustituirla por un agente menos potente, o agregar alguna medicación para la distonía, como la amantadina.^{7, 17}

Asociación del dolor con otros síntomas no motores

La prevalencia de otros SNM está en consonancia con estudios previos, siendo los más frecuentes, aparte de dolor y depresión: ansiedad, insomnio, constipación, disfagia, sialorrea y síntomas urinarios.

En estudios revisados se considera la importancia clínica de la disfagia dentro de los SNM de la EP, debido al aumento del riesgo de desnutrición, deshidratación y broncoaspiración del alimento; los mecanismos fisiopatológicos de esta alteración tienen origen en la rigidez y la bradicinesia, que involucran los músculos propios de la masticación. La gastroparesia o vaciamiento gástrico tardío, se produce a partir de una diversidad de condiciones de déficit autonómico y se traduce en distensión abdominal, saciedad temprana, vómitos y náuseas, que conducen a la pérdida de peso y a la desnutrición en el paciente con EP. Otro síntoma digestivo asociado es la sialorrea, la cual puede estar presente en diferentes procesos neurológicos que ocasionan dificultad para tragar, ya sea por disfunción neuromuscular, hipersecreción, postura anormal, rigidez y bradicinesia de los músculos de la deglución.¹⁸

Sin embargo, son pocos los estudios que tratan sobre la incidencia elevada y muchas veces inadvertida del dolor como SNM evidente de la EP, ya sea como forma premonitoria, o como acompañante del proceso de la enfermedad in situ.

La relación del dolor con otros SNM no se ha analizado previamente.¹⁹

Es importante destacar que la presencia de dolor se encuentra asociada a una peor situación funcional, mayor grado de stress y se comporta como un predictor independiente de peor calidad de vida y autonomía del paciente.

Tratamiento del dolor en la EP.

El tratamiento del dolor está condicionado a su asociación o no con la EP

Dolor asociado a la EP

a.-Terapia dopaminérgica. Dolor del período *off*:terapia dopaminérgica (IMAO-B, ICOMT, fundamentalmente, levodopa y agonistas dopaminérgicos), dolor distónico: terapia dopaminérgica y dolor de pico de dosis (discinesias dolorosas): reducir tratamiento dopaminérgico

b.- Asociar antidepresivos tricíclicos si no hay mejoría

c.- Asociar antiepilépticos si no hay mejoría (gabapentina, pregabalina)

d.-Asociar opiáceos si no hay mejoría

e. Considerar la toxina botulínica en distonía dolorosa grave

Dolor no claramente asociado de forma directa a la EP

Dolor radicular neuropático (tratamiento del dolor neuropático).Primera línea: amitriptilina, gabapentina, pregabalina, carbamacepina. Segunda línea: parche de lidocaína, oxcarbacepina, duloxetina, metadona, venlafaxina.Tercera línea: tramadol, opiáceos de liberación, antagonistas NMDA.Cuarta línea: lamotrigina, topiramato, otros

Dolor musculoesquelético. No opioides: (ácido acetilsalicílico, paracetamol, metamizol, AINE) ± coadyudantes.Opioides menores b + no opioides ± coadyudantes. . Opioides mayores c + no opioides ± coadyudantes. Tratamientos invasivos del dolor.Considerar la cirugía en los casos con dolor intenso y refractario

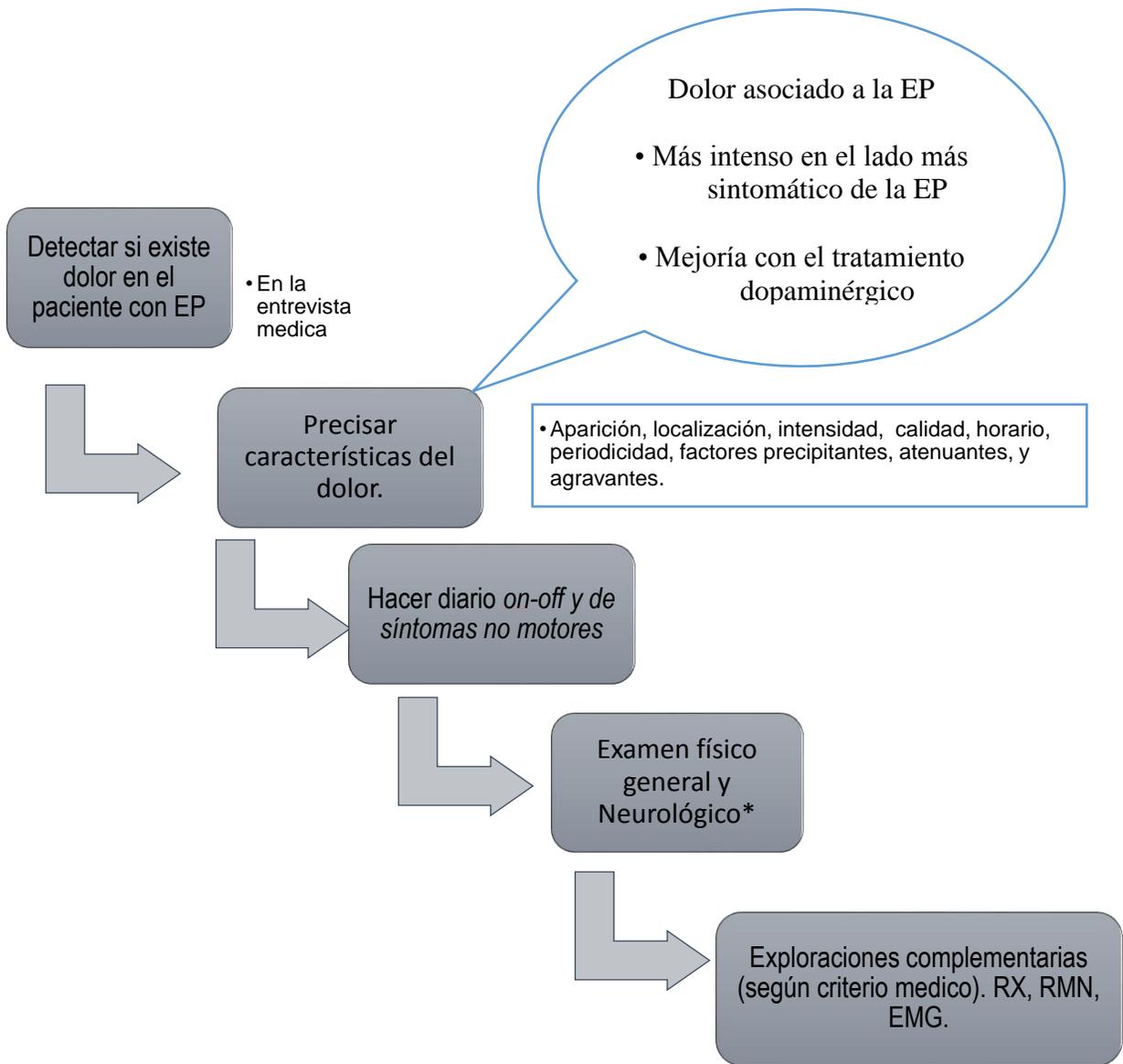


Figura 1. Algoritmo del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson

CONCLUSIONES

El dolor es un síndrome no motor muy frecuente en la EP, que se asocia a la presencia de depresión y que predice una peor calidad de vida y autonomía por parte del paciente. El porcentaje de pacientes con EP que presentan algún tipo de dolor que llega a ser diagnosticado y reciben tratamiento es muy bajo. Por tanto, es un síntoma infra diagnosticado e infravalorado. Es muy importante su identificación, clasificación y tipificación para un correcto tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Álvarez Sánchez, Mario. Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia. Enfermedad de Parkinson. Editorial Ciencias Médicas. ECIMED. La Habana, 2011.
- 2.- Parkinson J. An essay on the shaking palsy. 1817. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002; 14(2):22336.
- 3.- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid, Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS; 2006. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/1.
- 4.- Rodríguez Oroz MC, Jahanshahi M, Krack P, Litvan I, Macias R, Bezard E, et al. Initial clinical manifestations of Parkinson's disease: features and pathophysiological mechanisms. *Lancet Neurol.* 2009;8(12):112839.
- 5.- Juri C, Rodríguez Oroz M, Obeso JA. The pathophysiological basis of sensory disturbances in Parkinson's disease. *J Neurol Sci.* 2010;289(12):605.
- 6.- Biundo R, Calabrese M, Weis L, Facchini S, Ricchieri G, Gallo P, et al. Anatomical correlates of cognitive functions in early Parkinson's disease patients. *PLoS ONE.* 2013;8(5):e64222.
- 7.- Parkinson's Disease Foundation 2013 • 1359 Broadway, Suite 1509 • New York, NY 10018 (212) 923-4700 • (800) 457-6676 • Fax (212) 923-4778 • info@pdf.org • www.pdf.org

- 8.- Sauerbier A, Ray CK. Nonmotor symptoms: the core of multimorbid Parkinson's disease. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2014;75(1):1824.
- 9.- Kremens D, Hauser RA, Dorsey ER. An update on Parkinson's disease: improving patient outcomes. *Am J Med*. 2014;127(1):S3.
- 10.- Hanagasi HA, Emre M. Treatment of behavioural symptoms and dementia in Parkinson's disease. *FundamClinPharmacol*. 2005;19(2):13346.
- 11.- Aminoff MJ, Christine CW, Friedman JH, Chou KL, Lyons KE, Pahwa R, et al. Management of the hospitalized patient with Parkinson's disease: current state of the field and need for guidelines. *Parkinsonism RelatDisord*. 2011;17(3):13945.
- 12.- Peters C, Currin M, Tyson S, Rogers A, Healy S, McPhail S, et al. A randomized controlled trial of an enhanced interdisciplinary community based group program for people with Parkinson's disease: study rationale and protocol. *Neurol.Int*.2012;4(1):e3.
- 13.- Rezak, Michael. ¿Es el dolor un síntoma de la enfermedad de Parkinson? Unidos contra el Parkinson. Artículo en internet. (Actualizado el 10 de mayo de 2016. Consultado el 16 de junio de 2016). Disponible en: <http://portal.unidoscontraelparkinson.com/tratamientos-parkinson.html>
- 14.-Santos-García D., Abella-Corral, J., Aneiros-Díaz A., Santos-Canelles, H., Llaneza-González M.A., Macías-Arribi, M. Dolor en la enfermedad de Parkinson: prevalencia, características, factores asociados y relación con otros síntomas no motores, calidad de vida, autonomía y sobrecarga del cuidador. *Revista Neurología*. [REV NEUROL 2011;52:385-393] PMID: 21425107 - Original - Fecha de publicación: 01/04/2011
- 15.- Boletín INFAC. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Colectivo de Autores. Enfermedad de Parkinson. Aspectos prácticos. 18 LIBURUKIA • 10 Zk • 2010. Volumen 18 • Nº 10 • 2010. <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>. Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.net>
- 16.- Jorge Michel Rodríguez Pupo, Yuna Viviana Díaz Rojas, Yesenia RojasRodríguez, Yuniel Ricardo Rodríguez, Raúl Aguilera Rodríguez. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática.

Update on Idiopathic Parkinson's disease. Artículo de revisión. Revista Cubana. Rev Neurol. 2013; 55 (Supl 6): S33-40.

17.-C.B. Moreno, N. Hernández-Beltrán, D. Munévar, A.M. Gutiérrez-Alvarez. Revista de Neurología de la Sociedad Española de Neurología. Volumen 27, Issue 8, October 2012, p500–503

18.-Kulisevsky, J., et al. 2013 Advanced Parkinson's disease: clinical characteristics and treatment. Part II. Neurología 28(9):558-83.

19.- Barone P, Antonini A, Colosimo C, Marconi R, Morgante L, Avarello TP, et al; PRIAMO Study Group. Th PRIAMO study: a multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. Mov Disord 2009; 24: 16,41-9.

Recibido 21 de enero 2020 **Aceptado**. 18 de marzo de 2020

Anelys Sánchez López Centro Internacional de Restauración Neurológica La Habana. Cuba.

Correo electrónico: asanchez@neuro.ciren.cu, anelysanchez@infomed.sld.cu

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.