

II JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN NEUROLOGIA

Síntomes no motors a la malaltia de Parkinson

Dr. Joan Massons



A 78-year-old man presented with a 15-year history of chronic constipation. At age 68, he experienced a near-complete loss of his sense of smell. Recently, he has developed an unusual sleep disorder, characterized by abrupt and at times combative behavior during the night that has resulted in injury to his spouse on two separate occasions; he is referred to a sleep disorders clinic.



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

POINTS OF VIEW

The Parkinson's Complex: Parkinsonism Is Just the Tip of the Iceberg

J. William Langston, MD

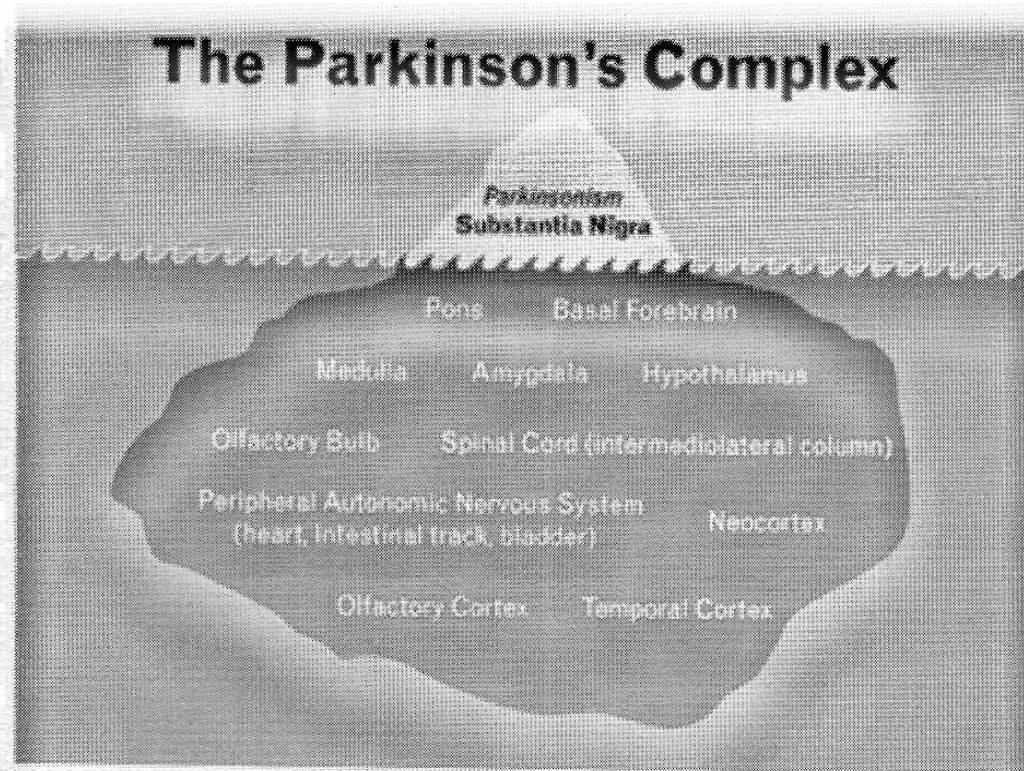
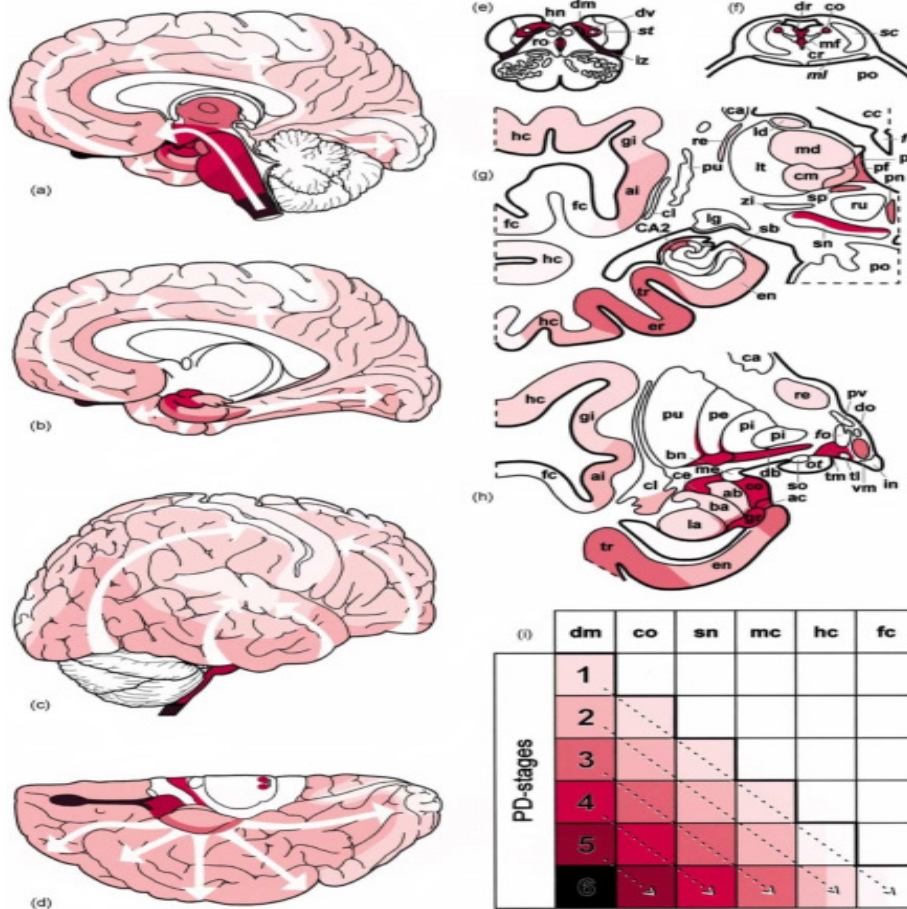
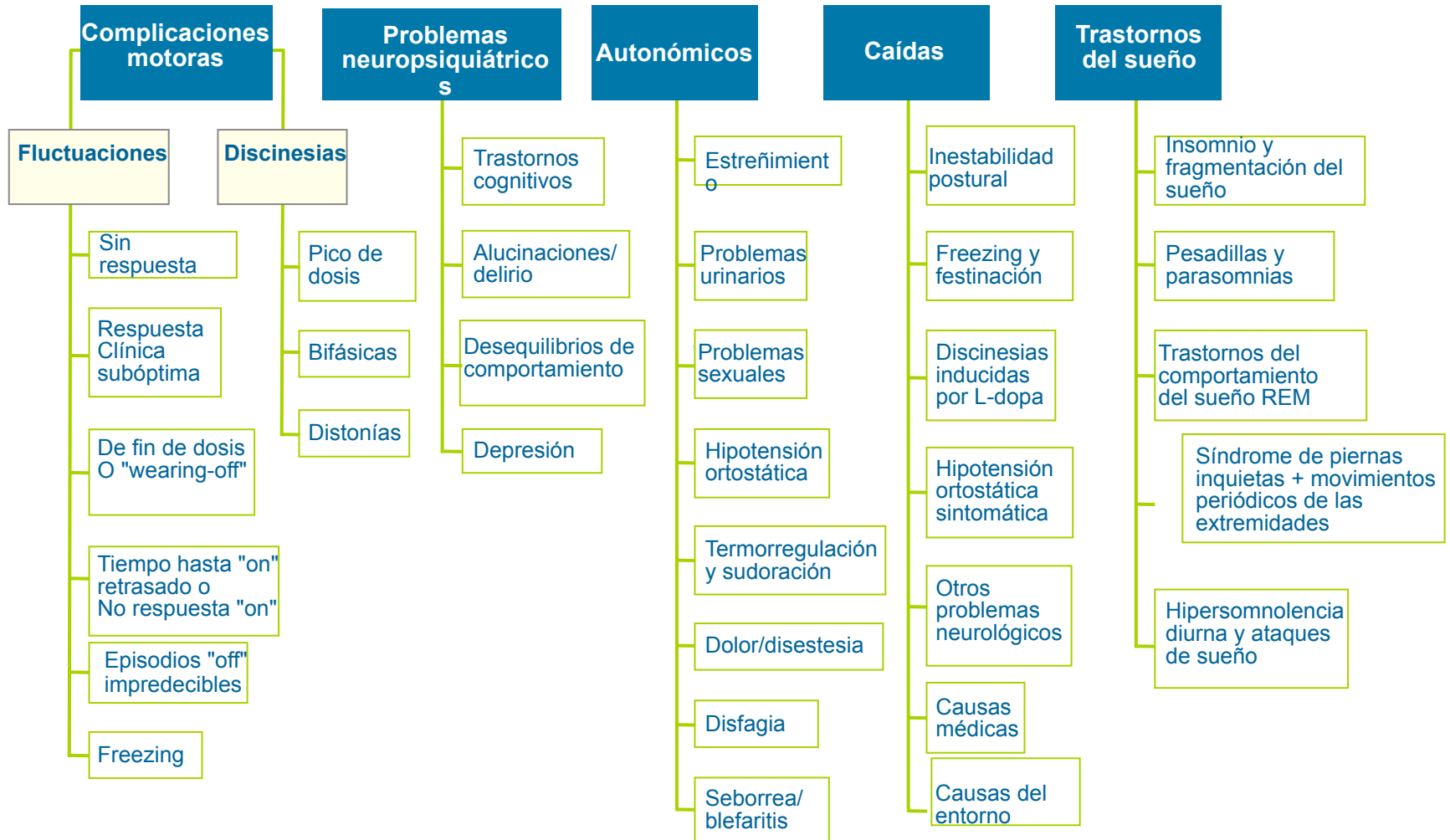


Fig 1. Parkinson's disease as typically viewed by both clinicians and researchers (the tip of the iceberg). However, the disease process as measured by neuronal degeneration and Lewy body and neuritic pathology is widespread in the central and peripheral nervous systems (the body of the iceberg). There is increasing recognition that many of these nonnigral sites also produce clinical signs and symptoms.

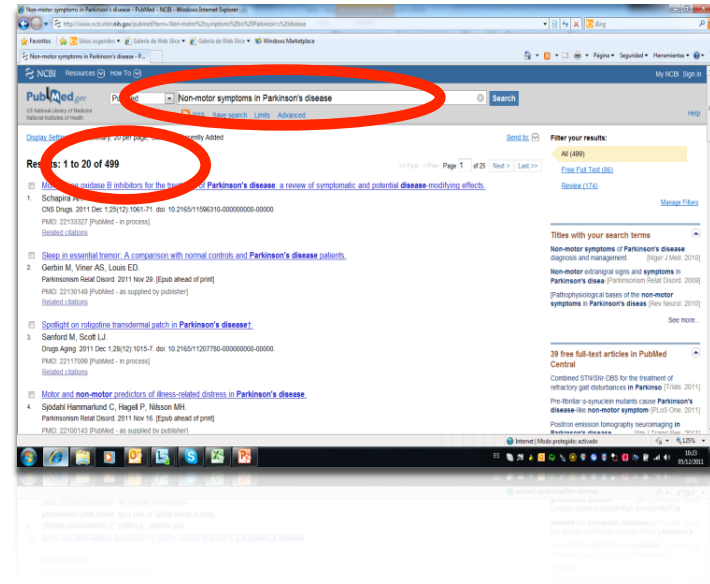
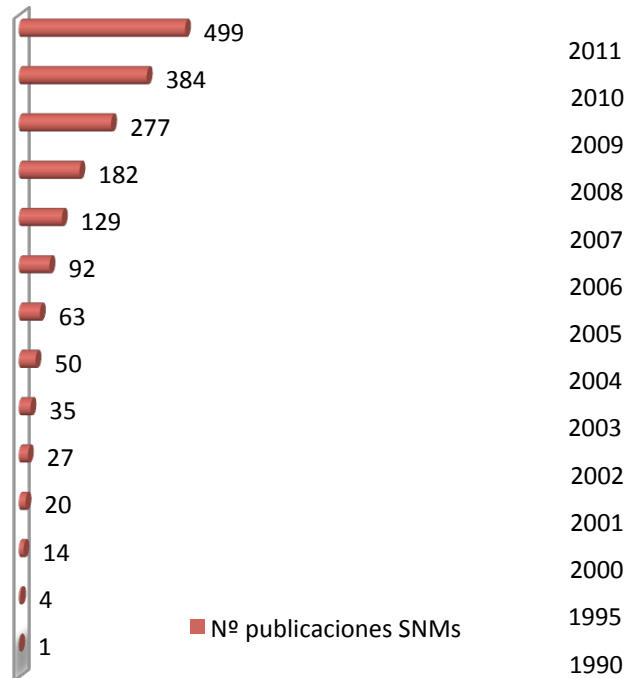
Progression of PD-related intraneuronal pathology



Problemas asociados a la Enfermedad de Parkinson (estadios avanzados)



Nº de publicaciones desde 1990



Ronald Postuma, Christos Galatas

A **Guide** to the
Non-Motor Symptoms
of
**Parkinson's
Disease**



A patient-friendly booklet for:

*This booklet is to help you understand Parkinson's
Disease and prepare for the treatments ahead.
Please review it with your family.
Bring it with you to your clinic appointments.*



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

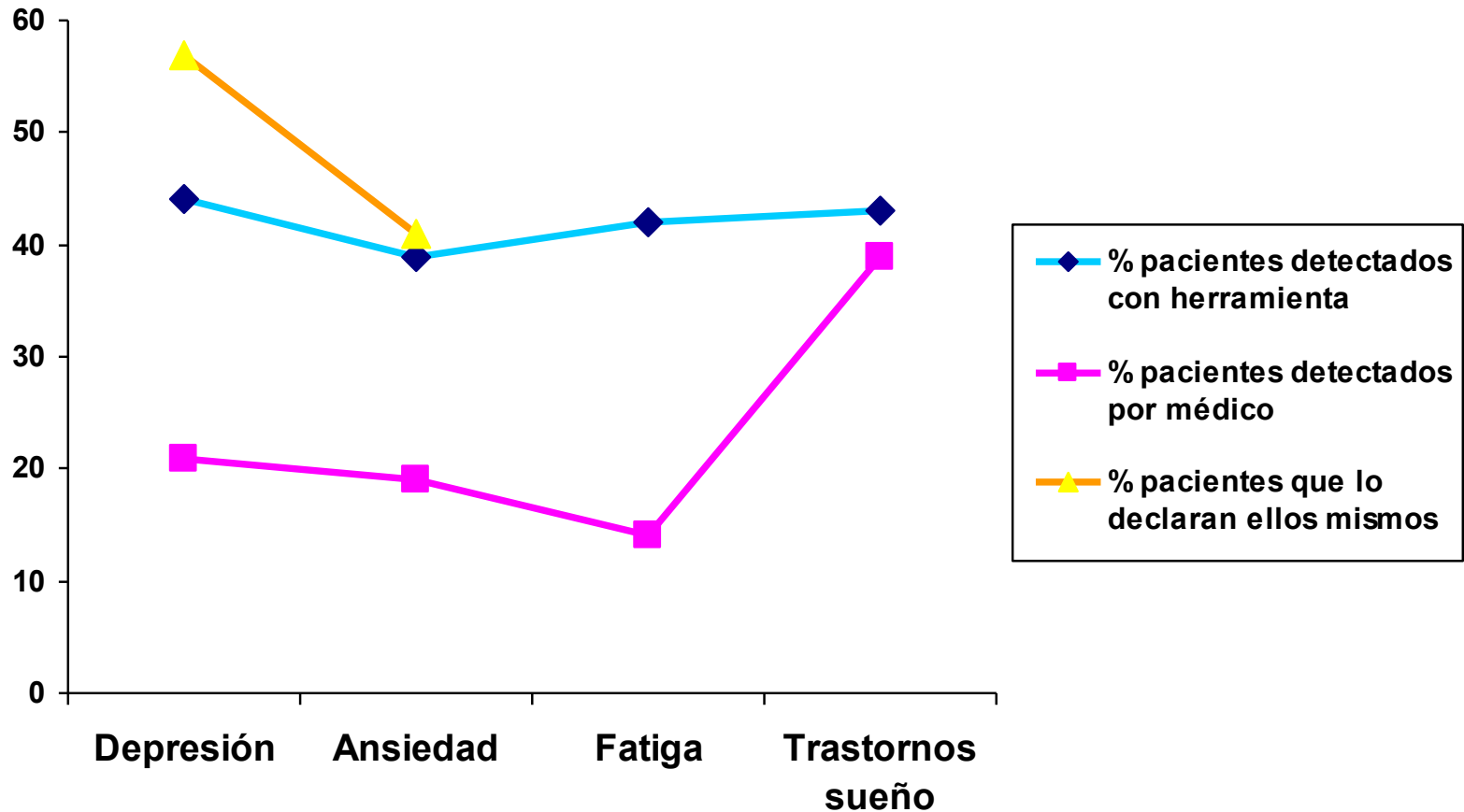
Physician Guide

Non-motor symptoms of Parkinson's Disease

R. Postuma MD, S. Rios Romenets MD, R. Rakheja



Valoración de los SNMs en la consulta



A no ser que no se utilice una herramienta específica, la gran mayoría de ellos no se evalúa en la consulta diaria.

PD NMS QUESTIONNAIRE

Name: Date: Age:

Centre ID: Male Female

NON-MOVEMENT PROBLEMS IN PARKINSON'S

The movement symptoms of Parkinson's are well known. However, other problems can sometimes occur as part of the condition or its treatment. It is important that the doctor knows about these, particularly if they are troublesome for you.

A range of problems is listed below. Please tick the box 'Yes' if you have experienced it **during the past month**. The doctor or nurse may ask you some questions to help decide. If you have **not** experienced the problem in the past month tick the 'No' box. You should answer 'No' even if you have had the problem in the past but not in the past month.

Have you experienced any of the following in the last month?

- | | Yes | No | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dribbling of saliva during the daytime | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Feeling sad, 'low' or 'blue' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Loss or change in your ability to taste or smell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Feeling anxious, frightened or panicky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Difficulty swallowing food or drink or problems with choking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Feeling less interested in sex or more interested in sex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vomiting or feelings of sickness (nausea) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Finding it difficult to have sex when you try | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Constipation (less than 3 bowel movements a week) or having to strain to pass a stool (faeces) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Feeling light headed, dizzy or weak standing from sitting or lying | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bowel (fecal) incontinence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Falling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Feeling that your bowel emptying is incomplete after having been to the toilet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Finding it difficult to stay awake during activities such as working, driving or eating | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. A sense of urgency to pass urine makes you rush to the toilet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Difficulty getting to sleep at night or staying asleep at night | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Getting up regularly at night to pass urine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Intense, vivid dreams or frightening dreams | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Unexplained pains (not due to known conditions such as arthritis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Talking or moving about in your sleep as if you are 'acting' out a dream | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Unexplained change in weight (not due to change in diet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Unpleasant sensations in your legs at night or while resting, and a feeling that you need to move ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Problems remembering things that have happened recently or forgetting to do things | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Swelling of your legs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Loss of interest in what is happening around you or doing things | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Excessive sweating | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Seeing or hearing things that you know or are told are not there | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Double vision | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Difficulty concentrating or staying focussed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Believing things are happening to you that people say are not true | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

All the information you supply through this form will be treated with confidence and will only be used for the purpose for which it has been collected. Information supplied will be used for monitoring purposes. Your personal data will be processed and held in accordance with the Data Protection Act 1998.

Developed and validated by the International PD Non Motor Group
For information contact: susanne.tluk@uhl.nhs.uk or alison.forbes@uhl.nhs.uk

PREVALENCIA SINTOMAS NO MOTORES EN LA EP

Movement Disorders

Vol. 24, No. 11, 2009, pp. 1641–1649

© 2009 Movement Disorder Society

The Priamo Study: A Multicenter Assessment of Nonmotor Symptoms and Their Impact on Quality of Life in Parkinson's Disease

Paolo Barone, MD,¹ Angelo Antonini, MD,^{2*} Carlo Colosimo, MD,³ Roberto Marconi, MD,⁴
Letterio Morgante, MD,⁵ Tania P. Avarello, MD,⁶ Eugenio Bottacchi, MD,⁷ Antonino Cannas, MD,⁸
Gabiella Ceravolo, MD,⁹ Roberto Ceravolo, MD,¹⁰ Giulio Cicarelli, MD,¹¹ Roberto M. Gaglio, MD,¹²
Rosa M. Giglia, MD,¹³ Francesco Iemolo, MD,¹⁴ Michela Manfredi, MD,¹⁵ Giuseppe Meco, MD,³
Alessandra Nicoletti, MD,¹⁶ Massimo Pederzoli, MD,¹⁷ Alfredo Petrone, MD,¹⁸ Antonio Pisani, MD,¹⁹
Francesco E. Pontieri, MD,²⁰ Rocco Quatrala, MD,²¹ Silvia Ramat, MD,²² Rosanna Scala, MD,²³
Giuseppe Volpe, MD,²⁴ Salvatore Zappulla, MD,²⁵ Anna Rita Bentivoglio, MD,²⁶ Fabrizio Stocchi, MD,²⁷
Giorgio Trianni, MD,²⁸ and Paolo Del Dotto, MD²⁹ on behalf of the PRIAMO study group

TABLE 1. *Sample characteristics at baseline*

	Total N = 1,072
Men, N (%)	647 (60.4)
Age (yr), mean (SD)	67.4 (9.4)
Disease onset age (yr), mean (SD)	61.0 (10.6)
Disease duration (yr), median (IQR)	5.1 (2.8–9.1)
UPDRS-III score, mean (SD)	24.2 (13.1)
Hoehn & Yahr stage, median (IQR)	2 (1.5–2.5)



PREVALENCIA SNM

- El 98.6% presentan SNM..
- Los síntomas más frecuentes:
 - 55.8% Fatiga
 - 37.9% Dolor
 - 36.9% Insomnio
 - 35% Urgencia miccional y nicturia.
 - 31% Caída saliva y dificultades para mantener la concentración.

TABLE 2. Prevalence of NMS

Domain (Number of symptoms per domain)	Symptoms	N = 1,072 (%)
Gastrointestinal (7)	Drooling of saliva	333 (31.1)
	Difficulty in swallowing	173 (16.1)
	Nausea/vomiting	104 (9.7)
	Constipation	295 (27.5)
	Lowered number of evacuations (<3 times/week)	264 (24.6)
Pain (5)	Incomplete bowel emptying	122 (11.4)
	Incontinence	8 (0.8)
	Undefined pain	223 (20.8)
	Leg Pain	406 (37.9)
	Abdominal pain	61 (5.7)
Urinary (3)	Pain related to intake of drugs (e.g., levodopa)	11 (1.0)
	Shoulder pain	205 (19.1)
	Urgency	375 (35.0)
Cardiovascular (2)	Frequency (voiding every 2 hrs)	279 (26.0)
	Nocturia	371 (34.6)
Sleep (4)	Lightheadness/dizziness during the postural changes	152 (14.2)
	Fall because of syncope	11 (1.0)
	Behavioral sleep disturbances (REM)	317 (29.6)
	Insomnia	395 (36.9)
Fatigue (1)	Excessive day time sleepiness	227 (21.2)
	Restless legs	163 (15.2)
Apathy (3)	Fatigue limiting the patient's day activities	623 (58.1)
	Loss of interest in surrounding matters	209 (19.5)
Attention/memory (3)	Loss of interest in activities of daily living	225 (21.0)
	Awareness deficit	44 (4.1)
	Difficulties to maintain concentration	337 (31.4)
Skin (2)	Short-term memory problems	269 (25.1)
	Forget to do daily things	93 (8.7)
Psychiatric symptoms (10)	Seborrhea	176 (16.4)
	Hyperhidrosis	135 (12.6)
	Anhedonia	114 (10.6)
	Anxiety	598 (55.8)
	Panic attacks	45 (4.2)
	Aggressive behavior	38 (3.5)
	Suicidal ideas	16 (1.5)
	Nervousness	192 (17.9)
	Frightened without reason	58 (5.4)
	Sadness/depression	241 (22.5)
Respiratory (3)	Delirium	17 (1.6)
	Hallucinations	39 (3.6)
	Dyspnea	123 (11.5)
Miscellaneous (5)	Cough	82 (7.7)
	Stridor	15 (1.4)
	Olfactory dysfunction	288 (26.9)
	Dysgeusia	84 (7.8)
	Diplopia	74 (6.9)
	Weight change	103 (9.6)
	Sexual dysfunction	210 (19.6)

PREVALENCIA SINTOMAS NO MOTORES EN LA EP

NONMOTOR SYMPTOMS IN PD

1645

TABLE 3. Prevalence of NMS domains and disease stage

NMS domains	All N = 1,072 (%)	Disease Stage (Hoehn and Yahr scale)			
		1 N = 167 (%)	1.5–2 N = 515 (%)	2.5–3 N = 325 (%)	4–5 N = 49 (%)
Gastrointestinal	654 (61.0)	76 (45.5)	280 (54.4)	250 (76.9)	36 (73.5)
Pain	653 (60.9)	85 (50.9)	302 (58.6)	218 (67.1)	39 (79.6)
Urinary	614 (57.3)	72 (43.1)	266 (51.7)	222 (68.3)	44 (89.8)
Cardiovascular	158 (14.7)	22 (13.2)	70 (13.6)	53 (16.3)	11 (22.5)
Sleep	687 (64.1)	80 (47.9)	312 (60.6)	245 (75.4)	40 (81.6)
Fatigue	623 (58.1)	63 (37.7)	291 (56.5)	224 (68.9)	40 (81.6)
Apathy	328 (30.6)	41 (24.6)	138 (26.8)	119 (36.6)	24 (49.0)
Attention/memory	479 (44.7)	63 (37.7)	208 (40.4)	168 (51.7)	32 (65.3)
Skin	260 (24.3)	24 (14.4)	102 (19.8)	112 (34.5)	16 (32.7)
Psychiatric	716 (66.8)	102 (61.1)	326 (63.3)	238 (73.2)	41 (83.7)
Respiratory	191 (17.8)	16 (9.6)	80 (15.5)	74 (22.8)	15 (30.6)
Miscellaneous	515 (48.0)	62 (37.1)	247 (48.0)	168 (51.7)	29 (59.2)

Cochran-Armitage trend test <0.0045 (with Bonferroni's correction) for all NMS except cardiovascular symptoms ($P = 0.0774$).

- 50% de los pacientes presentaban entre 4-7 SNM
- Los SNM aumentan con el estadio H&Y.
- Casi 1 de cada 2 pacientes en estadio 1 ya manifiestan problemas de sueño.



**Àrea Integral
de Salut**
Barcelona Esquerra

Manejo y tratamiento

CONSECUENCIAS DE UN ENFOQUE INADECUADO

- Tratamiento inadecuado
- Error en el diagnóstico
- Pobre manejo de la enfermedad
- Gran impacto sobre el estrés del cuidador
- Gran impacto en la calidad de vida

Trastornos Emocionales y Cognitivos



TRASTORNOS EMOCIONALES Y COGNITIVOS O DEL COMPORTAMIENTO

DEPRESIÓN

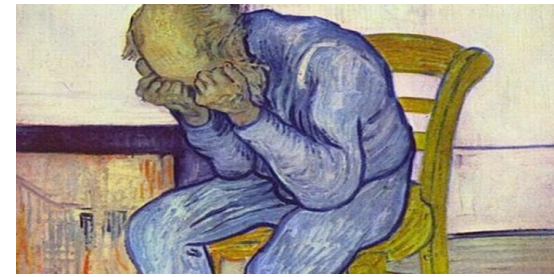
ANSIEDAD

APATIA

ALUCINACIONES

COMPORTAMIENTOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

DETERIORO COGNITIVO



depresión

- Aparece entre 20-50% de pacientes. Puede preceder a los síntomas motores en un 30% de casos. Suele cursar con marcada ansiedad, escaso riesgo de suicidio y poco sentimiento de culpabilidad
- Es una manifestación primaria de la enfermedad por afectación de estructuras del tronco cerebral que implican alteración en circuitos dopaminérgicos, noradrenérgicos y serotoninérgicos
- Posibles tratamientos
 1. Si el control motor no es óptimo considerar añadir agonistas dopaminérgicos como ropirinol o pramipexol
 2. Antidepresivos tricíclicos como nortiptilina. Valorar riesgo de alucinaciones o deterioro cognitivo
 3. IRRS. A tener en cuenta posible interacción con IMAO-B



ansiedad

- Tiene una prevalencia entre 30-40%. Frecuentemente coincide con depresión. Los síntomas corresponden a ataques de pánico y trastorno por ansiedad generalizada
- Puede estar en relación con fluctuaciones motoras
- La presencia de ansiedad en periodos off sugiere influencia de la denervación dopaminérgica
- Tratamiento
 1. No está establecido un tratamiento para la ansiedad en la EP
 2. Utilizar antidepresivos con perfil sedativo
 3. Si ocurre en periodos off ajustar tratamiento EP
 4. **Las benzodiacepinas pueden asociarse en estos pacientes con aumento de caídas, ataxia y deterioro cognitivo**



alucinaciones

- Un 40% de pacientes refieren alucinaciones. Suelen ser de tipo visual y aparecer en estadios avanzados de la EP. Inicialmente son mas ilusiones pero de forma progresiva se hacen mas reales y terroríficas. Aparecen sobre todo en ambientes con poca luz, al acostarse y al despertar. Son mas frecuentes en pacientes de edad avanzada, enfermedad de larga evolución y con depresión
- Suelen corresponder a degeneración en áreas visuales de la corteza
- Frecuentemente son un efecto secundario de la medicación dopaminérgica



Alucinaciones: manejo

- A.** Buscar factores desencadenantes: infección urinaria, retención urinaria, obstrucción intestinal, alteraciones metabólicas
- B.** Disminuir medicaciones con efecto sedativo. Especialmente benzodiacepinas
- C.** Disminuir medicaciones antiparkinsonianas en el siguiente orden
 1. Anticolinérgicos
 2. Amantadina
 3. Agonistas dopaminérgicos
 4. IMAO-B
 5. L-DOPA
- D.** Introducir anticolinesterásicos (rivastigmina, donepezilo)
- E.** Antipsicóticos atípicos: Quetiapina y clozapina (no risperidona, olanzapina ni típicos)



apatía

- Aparece en 12-16% de pacientes de forma independiente a la depresión, fatiga y somnolencia . Los paciente muestran falta de motivación e iniciativa . Abandona actividades sociales y físicas
- Corresponde a degeneración de áreas frontales subcorticales
- El tratamiento es difícil y escasamente efectivo
- a. Medidas de estimulación. Establecer pautas
- b. Terapia dopaminérgica. En ocasiones como síntoma propio de la EP puede mejorar especialmente con agonistas
- c. Fármacos como metilfenidato o bupropion pueden ser útiles aunque con efecto limitado por efectos secundarios

Trastornos del control de impulsos



- Se caracteriza por la imposibilidad de control de un impulso peligroso para uno mismo u otros. Se expresa como ludopatía, hipersexualidad, compras excesivas, comer de forma compulsiva, etc.
- El síndrome de disregulación dopaminérgica es una forma de TCI provocando a los pacientes una toma excesiva de medicación con L-dopa para prevenir episodios off
- Los TCI son provocados por la medicación dopaminérgica especialmente por la que actúan en receptores D3 (pramipexol y ropirinol). 15% de pacientes en tratamiento lo experimentan especialmente pacientes jóvenes, con personalidad impulsiva e historia de adicción a alcohol o drogas
- El tratamiento consiste en reducir o parar el tratamiento con agonistas



Deterioro cognitivo y demencia

- Más del 70% de pacientes presentan deterioro cognitivo (entre deterioro leve y demencia)
- En fases precoces de la enfermedad muchos pacientes demuestran alteraciones en funciones ejecutivas y en flexibilidad mental
- Demencia propiamente dicha aparece en fases tardías de la enfermedad y en pacientes de más de 65 años
- La presencia de cuerpos de Lewy en las estructuras corticales sería la responsable del deterioro cognitivo
- Es muy similar a la demencia por cuerpos de Lewy en la que el parkinsonismo y la demencia aparecen al mismo tiempo



Demencia: tratamiento

No farmacológico

Mantener actividad cognitiva y física

Dieta equilibrada

Tratar factores de riesgo vascular

Tratar procesos intercurrentes

Farmacológico

Inhibidores de la acetil-colinesterasa

Revisar tratamiento farmacológicos es especial medicaciones con efecto anticolinérgico o benzodiazepinas

En fases muy iniciales L-dopa puede mejorar los sutiles cambios observados al principio de la EP



**Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra**

Manifestaciones Autonómicas

MANIFESTACIONES AUTONÓMICAS

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

- SIALORREA:
- DISFAGIA:
- ESTREÑIMIENTO:
- VACIADO GÁSTRICO LENTO

HIPERSIALORREA



- Al inicio es nocturna o en las comidas. Progresa a lo largo de la enfermedad y ocurre durante todo el día. Provoca alteraciones en relaciones sociales pero puede implicar riesgo de aspiración
- En realidad indica una afectación de la movilidad de la lengua y dificultad para tragar. Es un síntoma de acinesia de la EP
- Es recomendable que el paciente masque goma de mascar para estimular los movimientos de la lengua
- **Tratamiento farmacológico:**
 - optimizar tratamiento dopaminérgico
 - atropina sublingual. 1-2 gotas de atropina sublingual 1 vez x día
 - toxina botulínica en glándula parótida



Nauseas y vómitos



- Los pacientes pueden tener nauseas y vómitos tanto al inicio de una nueva medicación como sin relación con ningún fármaco
- En la mayoría de ocasiones se trata de un efecto de la medicación pero también puede aparecer como consecuencia de una disminución de movimientos abdominales por la degeneración de neuronas autonómicas.
- Cuando está en relación con el tratamiento suele mejorar con el tiempo. Tomar la medicación con la comida puede ser útil pero puede reducirse la absorción de L-dopa
- El fármaco de elección es la **domperidona** que no cruza la BHE. La dosis máxima es de 10 mg x 3 veces días por riesgo de arritmia
- **No usar antagonistas dopaminérgicos que crucen la BHE**

Estreñimiento



- Muy frecuente. Aproximadamente un **75% de pacientes** los presentan. Se define como la presencia de menos de tres movimientos intestinales a la semana.
- **Puede preceder** a menudo a los síntomas motores
- Está causada por disautonomía que provoca disminución de la movilidad del colon (degeneración de núcleos del tronco y periféricos) y ocasionalmente disfunción ano-rectal (denervación parasimpática colinérgica)
- El paciente debe aumentar ingesta hídrica, hacer ejercicio físico y tomar fibra.
- Farmacológicamente se inicia con agentes que aumentan el volumen (ej. metamucil®). Suelen fracasar y se precisan agentes osmóticos (ej. Lactulosa) o el propilenglicol (Movicol®). Finalmente pueden ser útil el bromuro de piridostigmina (controlando riesgo de hipotensión ortostática). Algunos pacientes requieren enemas de forma periódica.
- **Siempre valorar retirar fármacos con efecto anticolinérgico**



MANIFESTACIONES AUTONÓMICAS

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

- EDEMA
- HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA
- EXCESO DE SUDORACION

Edemas y exceso de sudoración

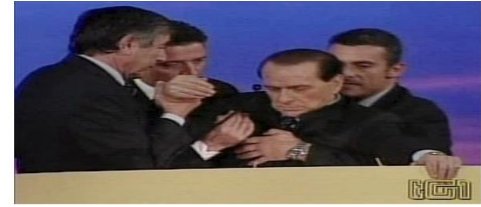


- **Edemas en piernas.** Suele ser un efecto del tratamiento agonista. Si es muy importante reducir el tratamiento puede solucionar el problema
- **Exceso de sudoración.** Lo experimentan entre un 30 y 50% de pacientes afectando a todo el cuerpo. Puede ocurrir en periodos off (junto a rigidez) y en periodos on (con las diskinesias). Optimizar el tratamiento de la EP mejora este síntoma. En ocasiones se precisa toxina botulínica

Hipotensión ortostática



- La presentan entre 30-58% de pacientes. Se define como una caída en TAS >20 mmhg o TAD 10 mmhg desde la posición supina a la bipedestación.
- Se produce por fallo del reflejo baroreceptor y de la denervación cardíaca simpática. La medicación dopaminérgica también puede causarla
- **Cuando aparece de forma muy precoz hay que considerar el diagnóstico de atrofia multisistémica**



Hipotensión ortostática: Tratamiento

A. No farmacológico

1. Aumentar cantidad de líquidos
2. Aumentar sal
3. Evitar comidas pesadas
4. Cabeza elevada durante la noche
5. Medias compresivas
6. Levantarse lentamente y hacer ejercicio con las piernas antes

B. Farmacológico

1. Ajustar hipotensores
2. Domperidona (10 mg 3 x día)
3. Fisostigmina (30-60 mg 4 x día)
4. Midodrina (gutron®). (2.5-10 mg 3 x día) Es un alfa-adrenérgico y vasopresor
5. Fluorcortisona (0.1-0.3 mg x día)
6. Desmopresina (10-40 ug spray nasal x la noche)



MANIFESTACIONES AUTONÓMICAS

TRASTORNOS GENITOURINARIOS Y ESFINTERIANOS

- Excesiva frecuencia urgencia miccional
- Retención urinaria
- Impotencia



Disfunción urinaria

- 50% de pacientes refieren algún tipo de disfunción urinaria
- La mayoría de pacientes presentan síntomas de hiperreflexia del detrusor que incluyen nicturia, urgencia miccional e incontinencia. Es menos frecuente la retención urinaria
- La causa es la degeneración de las neuronas de la vejiga urinaria. También la propia afectación de la sustancia nigra (con efecto inhibitor sobre la micción) puede provocar disfunción
- Síntomas leves existen desde las fases iniciales de la EP. La incontinencia aparece en fases avanzadas
- Debe recomendarse al paciente evitar el café y la ingesta hídrica al acostarse



Disfunción urinaria. Tratamiento farmacológico

A. Hiperreflexia del detrusor:

1. Optimizar el tratamiento con dopamina

2. Anticolinérgicos:

oxibutinina (ditropan®) (5 mg 3-4 veces x día)

tolterodina (detrusitol®) (2 mg 3 veces x día)

solifenacin (vesicare®) (5-10 mg x día)

clorido de trospium (spasmourgenin®) (20-40 mg x día)

3. Toxina botulínica

B. Nicturia: Desmopresina nasal (10-40 mcg/noche)

C. Hiporreflexia detrusor: Intentar piridostigmina. Sondaje intermitente



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

Anormalidades Sensoriales



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

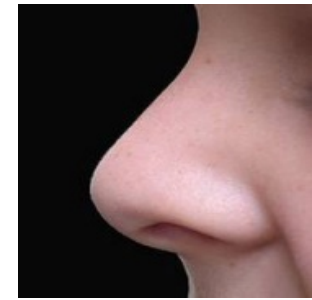
ANORMALIDADES SENSORIALES

DOLOR

DISFUNCIÓN OLFATORIA: (anosmia)

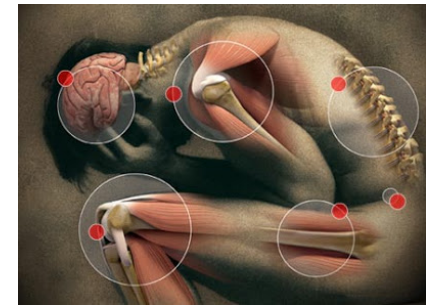
DIPLOPIA

PERDIDA DE VISION CROMATICA



ANOSMIA Y ALTERACION DEL GUSTO

- La anosmia puede preceder a la aparición de síntomas motores y en el futuro puede ser útil para identificar pacientes con riesgo de EP
- Ocurre por degeneración del núcleo olfatorio anterior y del bulbo olfatorio que forman parte de las primeras áreas de degeneración neurológica en la EP
- Puede ser útil para diagnóstico diferencial de parkinsonismos como la PSP o MSA
- No existe tratamiento eficaz



Dolor

- Aproximadamente 33-66% de pacientes experimentan dolor relacionado con la EP
- Los pacientes refieren dolor en pantorrillas, cuello o espalda. El dolor de tipo primario aparece en periodos off y también puede asociarse a la distonia matutina
- Puede estar en relación con degeneración de los centros dopamina-dependientes que regulan el dolor
- Los masajes y baños calientes pueden mejorar el dolor
- A nivel farmacológico debe intentarse optimizar el tratamiento para evitar fluctuaciones. En algunos pacientes pueden ser útiles tratamientos antineuropáticos o antidepresivos tricíclicos



Àrea Integral
de Salut
Barcelona Esquerra

Trastornos del sueño

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Las alteraciones empiezan en los estadios precoces pero van aumentando con la enfermedad.

INSOMNIO Y FRAGMENTACIÓN DEL SUEÑO:

SUEÑOS VÍVIDOS, PESADILLAS Y PARASOMNIAS (trastornos del sueño REM):

HIPERSOMNIA

SINDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS



Trastornos del sueño: Somnolencia

- Aparece en mayor o menor medida en un 50%. Presentan accesos de sueño durante actividades rutinarias y en algunos pacientes se producen verdaderos ataques de sueño
- Se relaciona con degeneración del sistema reticular activador.
- Tratamiento:
 1. Revisar toda la medicación antiparkinsoniana (especialmente agonistas, anticolinérgicos y amantadina)
 2. Cafeína (100-200 mg dos veces x día)
 3. Modafinilo (100-400 mg x día)
 4. Atomexatina (Stratera®)(40-80mg x día) . Inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina



Trastornos del sueño: insomnio

- Afecta a 60-80% de pacientes y significa de la queja más común de los pacientes con EP. Se manifiesta como dificultad para mantener el sueño
- Las causas son complejas. Los trastornos motores interfieren con la movilidad en la cama y favorecen el despertar precoz. Algunos fármacos (especialmente seligilina) pueden provocar insomnio. Las alucinaciones también interfieren el descanso nocturno
- Tratamiento farmacológico:
 1. **Hipnóticos no benzodiacepínicos.** Zoplicona (limovan® 7.5 mg)
 2. Histaminérgicos Doxepina (Sinequan® 25 mg)
 3. Melatonina
 4. Antidepresivos sedantes como trazodone (deprax 50 mg)
 5. Optimizar tratamiento de la EP. Fármacos de liberación sostenida



trastornos del sueño: Trastorno conducta sueño REM

- Se caracteriza por la falta de atonía durante el sueño REM. Los pacientes hablan y mueven brazos y piernas. Pueden incluso caer de la cama o lesionarse o pegar a su pareja
- Puede aparecer en un 50% de pacientes y preceder a los síntomas motores. Puede ser un predictor de deterioro cognitivo
- 65% de pacientes con esta alteración pueden desarrollar EP o DC Lewy en 10 años
- Se relaciona con degeneración de núcleos inferiores del tronco
- Tratamiento
 1. Eliminar desencadenantes como antidepresivos
 2. Clonazepam (rivotril®) 05-2 mg x la noche. Respuesta del 90%
 3. Melatonina

Conclusiones

- **Los síntomas no motores son significativos y frecuentes en la EP . Más comunes en la EP avanzada**
- **Correlacionados con la progresión y la duración de la EP**
- **Pueden aparecer antes de los síntomas motores**
- **Frecuentemente poco reconocidos. La mayoría nunca han sido mencionados al médico que les trata**
- **El médico debe interrogar sobre su presencia utilizando herramientas adecuadas**
- **En general están infratratados . Su adecuada detección permite en algunos casos un mejor control**
- **Gran impacto en la calidad de vida del paciente y sobre la carga del cuidador**

