



CONOCE EL

PÁRKINSON

TRASTORNOS DEL SUEÑO, DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y DOLOR

Dra. Lydia Vela Desojo

Unidad de Neurología

Fundación Hospital de Alcorcón

Madrid

CEP



curamos el
párkinson

1 INTRODUCCIÓN

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:
LO QUE EL PACIENTE SUFRE



Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) presentan también síntomas no motores (SNM) entre los que se encuentran los trastornos del sueño, trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, **síntomas sensitivos** como el dolor y **autonómicos**.

Alguno de estos síntomas pueden estar presentes muchos años antes del diagnóstico y otros aparecen coincidiendo con el diagnóstico o durante la evolución de la enfermedad. En cualquier momento de la enfermedad pueden coincidir varios SNM.

En los últimos años se está dando mucha importancia a estos SNM por la influencia negativa que tienen sobre la calidad de vida de los pacientes.



2 TRASTORNOS DEL SUEÑO



Los trastornos del sueño, entre los que se incluyen el trastorno de conducta del sueño REM, la excesiva somnolencia diurna o el insomnio, **son muy frecuentes en los pacientes con EP.**



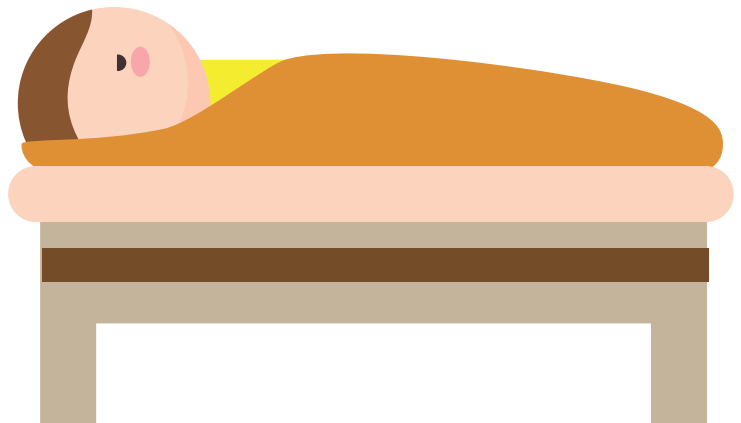
Trastorno de **conducta** del sueño **REM**

El trastorno de conducta del sueño REM (TCSREM) está **presente en un 46% a 58% de los pacientes con EP.**

Es una **parasomnia** (trastorno de conducta del sueño) que para comprenderla es importante conocer que el sueño tiene diferentes fases: sueño no REM que tiene cuatro fases (I,II, III y IV) y sueño REM. La fase REM del sueño, denominada así por la presencia de movimientos rápidos de los ojos, es la fase en la que soñamos. El cerebro está muy activo y hay una pérdida de tono muscular generalizada que impide la presencia de movimientos. Es decir, cuando soñamos no podemos movernos, estamos como paralizados.

La presencia intermitente del tono muscular o lo que es lo mismo la posibilidad de movernos

durante el sueño REM es la base del TCSREM. El paciente está soñando y como existe tono muscular puede moverse. Clínicamente se caracteriza por la **presencia de sueños anormalmente violentos y de conducta compleja.** Muchos sueñan que les persiguen, que les atacan o que se están cayendo. Este trastorno suele concluir, frecuentemente, con resultado de lesiones. Los pacientes se caen de la cama, golpean a su pareja o tiran objetos de la mesita de noche. Son las parejas las que lo cuentan en la consulta pues el paciente no es consciente de lo que hace, aunque sí puede recordar los sueños. **El tratamiento de elección es el clonacepam** a las dosis más bajas eficaces. **La melatonina podría ser también eficaz.**





Somnolencia diurna excesiva

Puede afectar a entre un **12% y un 84%** de los pacientes con EP. Múltiples causas pueden producir un aumento de somnolencia durante el día: la ingesta de fármacos para el tratamiento del Parkinson, la ingesta de otros fármacos sedantes, la falta de sueño conciliador durante la noche, la depresión o la propia enfermedad.

La levodopa puede producir somnolencia, pero es más frecuente en los pacientes tratados con **agonistas dopaminérgicos** (AD). Los pacientes, en cuanto se sientan o permanecen inactivos tienen ganas de dormir. Además, los pacientes pueden presentar ataques de sueño, que consisten en una necesidad irresistible de dormir que se presenta de forma brusca. Es importante avisar a los pacientes de que existe este riesgo cuando se administran AD, fundamentalmente si conducen. Si la somnolencia no se tolera o si el paciente presenta ataques de sueño hay que valorar siempre la posibilidad de reducir la dosis de los fármacos dopaminérgicos, cambiar por otro fármaco o incluso suspenderlos.

Todos los fármacos sedantes como los ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos favorecen la somnolencia diurna por lo que hay que administrar siempre la mínima dosis eficaz y si es posible, administrar el fármaco por las noches. La depresión puede también favorecer la hipersomnia por lo que es importante tratarla si existe.

Una de las causas más frecuentes de la **hipersomnia diurna** es el **insomnio nocturno**, por lo que es importantísimo evitarlo o si se presenta, corregirlo.

A veces no existe ninguna causa conocida de la somnolencia diurna excesiva y puede achacarse a la propia EP, ya que se produce degeneración de algunas neuronas del hipotálamo o del tronco del encéfalo que son necesarias para mantenerse despierto.





Insomnio

Hasta un **50%** de los pacientes con EP presentan sueño fragmentado (se despiertan varias veces a lo largo de la noche) o se despiertan muy pronto y no pueden volver a dormirse.

La **fragmentación del sueño por despertares frecuentes** puede ser debido a un mal control de la enfermedad. Durante la noche los síntomas motores, como el temblor, la rigidez o la lentitud de movimientos, disminuyen considerablemente, pero pueden no desaparecer por completo. Si el paciente se despierta y está temblando, está rígido o tiene dificultad para moverse en la cama, es probable que le cueste volverse a dormir.

Los **síntomas motores** nocturnos se deben generalmente a que la última dosis de medicación ha dejado de hacer efecto, por lo que un mejor control de la enfermedad por la noche puede mejorar el insomnio. Menos frecuentemente los pacientes presentan movimientos involuntarios o discinesias por excesiva estimulación dopaminérgica que también pueden dificultar la continuidad del sueño.

Síntomas no motores como el dolor, las piernas inquietas, la hipersudoración, la nicturia (orinar por la noche) o la ansiedad **pueden hacer que los pacientes se despierten por la noche**. Alguno de estos síntomas podrían mejorar con fármacos dopaminérgicos. La

nicturia puede mejorar disminuyendo la ingesta de líquidos por la tarde/noche. Otra causa de fragmentación del sueño puede ser el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

El insomnio del despertar precoz puede estar asociado a la falta de control de la enfermedad o a la depresión, muy frecuente en los pacientes con EP.

También es frecuente la dificultad para iniciar el sueño, que puede ser debido a la propia enfermedad, al mal control de la misma o a la ingesta de fármacos estimulantes.





2

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON:
LO QUE EL PACIENTE SUFRE



La ansiedad y la depresión son los **trastornos psiquiátricos más frecuentes** desde las fases iniciales de la enfermedad y a menudo coexisten en la misma persona. El diagnóstico y tratamiento generalmente lo realiza el neurólogo pero cuando los síntomas son muy severos, los pacientes son enviados al psiquiatra.



Ansiedad



Aproximadamente un tercio de los pacientes padecen problemas de ansiedad que pueden ir desde **inquietud** y **desasosiego** hasta **crisis de angustia**.

En las personas con EP, la ansiedad puede ser difícil de diferenciar de los síntomas propios de la enfermedad. **La ansiedad agrava los trastornos del sueño y aumenta el temblor.** La ansiedad afecta mucho a la calidad de vida de las personas con EP, afecta a las relaciones con otras personas y modifica la percepción de bienestar. Esto, a su vez, puede afectar a sus actividades de la vida diaria y a las interacciones con los seres queridos. La ansiedad puede dar lugar a sentimientos de aislamiento y depresión, llevar a la fobia social y a no querer salir de casa.

Los pacientes pueden presentar crisis de angustia que se presentan de modo brusco, intenso y durante un breve periodo de tiempo. Estas crisis pueden aparecer durante los periodos off de forma aislada o acompañando a la presencia de síntomas motores. Cuando ocurren es importante reconocer si existe relación con la medicación dopaminérgica ya que mejoran significativamente con un buen control de la EP.





Entre un **17 y un 50%** de los pacientes con EP pueden padecer depresión, que puede presentarse varios años antes del diagnóstico de la enfermedad.

Clínicamente comprende desde manifestaciones leves como una escasa motivación y cooperación, hasta un aislamiento completo del resto de la sociedad. Para el diagnóstico de depresión es preciso que existan síntomas afectivos: **tristeza**, **anhedonia** (incapacidad para sentir placer), **falta de motivación** o **derrotismo**. Son frecuentes la **angustia**, las **crisis de ansiedad**, la **fatiga** y la **apatía**. El diagnóstico de depresión se complica por el solapamiento de los síntomas depresivos con la sintomatología motora (inexpresión facial, fatiga, lentitud en las reacciones) y no motora (pérdida de peso, trastornos del sueño ...) propia de la EP. Las fluctuaciones en el estado de ánimo pueden acompañar a las fluctuaciones motoras de los estados "on-off". La depresión se incrementa en el estado "off" y mejora en el estado "on".

Los factores que determinan la aparición de depresión son múltiples. Por una parte en la EP existe un déficit de serotonina, neurotransmisor que está disminuido en la depresión. También podría contribuir el efecto iatrogénico de ciertos fármacos y el estrés psicosocial debido a la enfermedad (complicada interacción social, incapacidad para trabajar o participar en las aficiones). También se ha propuesto la existencia de una susceptibilidad genética a la depresión en la enfermedad de Parkinson.





3

DOLOR

Entre los síntomas sensitivos que pueden tener los pacientes con EP se encuentra el dolor, que puede presentarse al inicio de la enfermedad o a lo largo de su evolución. Es uno de síntomas que más empeoran la calidad de vida. Existen muchos tipos de dolor siendo el más frecuente el dolor musculoesquelético.



PÁRKIN

El dolor que precede al diagnóstico del Parkinson puede ser de gran intensidad.

Afecta a regiones proximales de una extremidad, fundamentalmente al hombro, pero también a la pierna y generalmente se localiza en el hemicuerpo donde se presentan los síntomas motores más severos. Los pacientes pueden ser derivados a especialistas como **reumatólogos** o **traumatólogos** quienes lo envían posteriormente al neurólogo. Cuando se inicia el tratamiento con levodopa o con AD el dolor mejora de forma significativa.

A lo largo de la evolución de la EP el dolor puede ser debido a múltiples causas.

El dolor del periodo off es el más frecuente.

Se presenta en pacientes con fluctuaciones cuando la medicación deja de hacer efecto. Puede afectar a diferentes localizaciones: pierna, región lumbar, abdomen ... y mejora siempre tras la ingesta de medicación. **Suele acompañarse de otros síntomas** motores y no motores. El mejor control de la enfermedad conlleva una disminución del dolor.

El dolor que acompaña a la distonía off (posturas anómalas de retorcimiento o torsión que se presentan en situación off) suele ser muy severo. Puede afectar a una extremidad, generalmente la pierna, pero también al cuello, la mandíbula o los músculos deglutorios. Mejora o desaparece cuando se controla la distonía.

Es **infrecuente** pero posible **el dolor asociado a las discinesias de pico de dosis**. El dolor mejora cuando se controlan las discinesias.

Otros síntomas sensitivos (prurito, sensación de quemazón, acorchamiento, pinchazos, distensión abdominal ...) pueden fluctuar a la vez que fluctúan los síntomas motores. Cuando éstos alcanzan suficiente intensidad pueden ser también percibidos por el paciente como dolorosos.

Los pacientes con EP pueden presentar un **síndrome de piernas inquietas** (necesidad o urgencia de mover las piernas, por la presencia de sensaciones desagradables que se presentan durante periodos de inactividad fundamentalmente por la tarde/noche). Cuando los pacientes mueven las piernas mejoran los síntomas. Hay que diferenciarlo de la acatisia (incapacidad de estar quieto).

Los dolores viscerales son infrecuentes pero de gran intensidad.

Es típico el dolor abdominal que puede acompañarse de sensación de distensión abdominal con flatulencia. Éste fluctúa a lo largo del día acompañando a las fluctuaciones motoras y mejora tras la administración de levodopa.

A veces los pacientes se quejan de **dolor en el cuello o en la región occipital** que puede estar relacionado con una tensión arterial baja. Aparece cuando el paciente se encuentra en bipedestación tras levantarse.



NSON

Los pacientes que presentan dolor deberían contárselo al neurólogo, ya que con mucha frecuencia el dolor está relacionado con la enfermedad y un mejor control de la misma conllevaría el alivio del dolor y por tanto una importante mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

En ocasiones será necesario el uso de analgésicos u antiinflamatorios u otras sustancias según el tipo de dolor (por ejemplo, antiepilépticos para el dolor neuropático producido por una compresión de una raíz nerviosa debido a una hernia discal). Siempre debemos vigilar efectos secundarios y tener en cuenta que algunos fármacos para el dolor como los opiáceos no son recomendables.

16 17



BIBLIOGRAFÍA

Gaig Ventura C, Ares Pensado B, Pagonabarraga Mora J, y cols. Manejo y Tratamiento de las complicaciones no motoras. Guía Oficial de práctica Clínica en la enfermedad de Parkinson 2016. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Luzan 5 SA editores. Páginas 151-177

Donate Martínez S. Aspectos psicológicos y neuropsicológicos en la enfermedad de Parkinson. Tratamiento no farmacológico en la enfermedad de Parkinson. Brysem Farma editores 2016. Páginas 18-31

Fernández-Prieto M, Lens M, López-Real A, Puy A, Dias-Silva JJ, Sobrido MJ. Alteraciones de la esfera emocional y el control de los impulsos en la enfermedad de Parkinson. REV NEUROL 2010;50 (Supl. 2):S41-S49.

Vela-Desojo L. El dolor en la enfermedad de Parkinson. Revista española de Trastornos del Movimiento 2006; vol 1, n 2: 11-16.

Blair Ford. El dolor en la enfermedad de Parkinson. National Parkinson Foundation. http://www.pdf.org/pdf/fses_el_dolor_parkinson.



