

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común (después de la enfermedad de Alzheimer) y en la actualidad constituye un problema de salud de primer orden por su frecuencia y repercusión socio-sanitaria.

El diagnóstico de EP es fundamentalmente clínico. Por el momento no contamos con biomarcadores que permitan un diagnóstico inequívoco en vida, por lo que se basa en la presencia de los síntomas/signos característicos y en su evolución temporal. Sin embargo, la enfermedad es heterogénea en cuanto a su edad de presentación y a su perfil clínico. La respuesta a fármacos dopamimérgicos es sin duda un dato clave, pero con las pautas actualmente recomendadas podría no hacerse evidente a corto plazo. Además, siempre es necesario realizar el diagnóstico diferencial entre la denominada “EP idiopática” y otros parkinsonismos secundarios. En la práctica habitual, el seguimiento clínico y la respuesta terapéutica a medio plazo son las claves que apoyan el diagnóstico.

Los tratamientos farmacológicos actuales, basados en potenciar la transmisión dopaminérgica, han modificado positivamente la historia natural de la enfermedad, pero a su vez condicionan complicaciones a medio-largo plazo y a menudo inducen o agravan algunos problemas no motores.

El impacto de la EP en los pacientes y su entorno es multidimensional por lo que su abordaje socio-sanitario debe tener en cuenta todos los factores, con la participación de los distintos profesionales implicados. Desde el punto de vista asistencial es fundamental la coordinación entre atención primaria y neurología. Pero además, el paciente con EP podrá precisar a lo largo de la evolución los cuidados y tratamiento experto de profesionales de otras áreas tanto médicas como quirúrgicas.

Todo lo mencionado anteriormente nos ha llevado a la descripción del Proceso Asistencial Integrado Enfermedad de Parkinson que nos permita mejorar los resultados en salud de una forma costo-efectiva, incorporando igualmente aquellos aspectos relacionados con la seguridad, los momentos claves de la información, los cuidados y la toma de decisiones conjuntamente con el paciente, respondiendo precisamente a sus necesidades y expectativas.

Aspectos Metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo de la EP. Para ello se utilizaron las principales bases de datos referenciales: *Medline*, *Embase*, *Centre for Reviews and Dissemination (CRD)*, y las de aquellas instituciones y organismos con GPC Clínica o repertorios de Guías: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *National Guidelines Clearinghouse*, *National Library of Guidelines*, así como el metabuscador *Tri-pdatabase* hasta el 9 de septiembre de 2013.

La búsqueda se realizó siguiendo el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) con términos tanto en formato libre como en lenguaje estructurado (descriptores *Mesh* y *Emtree*). La búsqueda se realizó utilizando lenguaje libre de forma muy sensible para evitar la pérdida de estudios relevantes y se centró en GPC publicadas en los últimos cinco años (2009-2013) que abordan el tratamiento farmacológico, manejo de las complicaciones y de otros tratamientos complementarios para la EP.

Para evaluar la calidad de los estudios incluidos se realizó una lectura crítica y una síntesis cualitativa. El diseño y metodología de las GPC se evaluó con la herramienta AGREE disponible en el siguiente enlace: <http://www.agreertrust.org/resource-centre/>

Para la gradación de los niveles de evidencia y grados de recomendación se ha utilizado el correspondiente a la GPC utilizada.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo descriptor del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dicha guía.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN). GUÍAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS OFICIALES ¹

La clasificación de la evidencia disponible respecto a los **procedimientos diagnósticos** debe realizarse según los siguientes criterios:

Nivel I	Estudios prospectivos bien diseñados que incluyan un espectro amplio de personas en las que se sospecha la enfermedad. El test diagnóstico debe evaluarse de manera “ciega”. La definición de la enfermedad debe basarse en criterios “ <i>gold standard</i> ”.
Nivel II	Estudios prospectivos bien diseñados que incluyen un espectro reducido de personas en los que se sospecha la enfermedad. Estudios retrospectivos bien diseñados en los que se incluye un espectro amplio de pacientes con la enfermedad según criterios “ <i>gold standard</i> ” comparado con un espectro amplio de controles. La evaluación del test diagnóstico debe haberse realizado de manera “ciega”.
Nivel III	Estudios retrospectivos en los que el test diagnóstico se evalúa de manera “ciega” pero con espectro reducido tanto de pacientes como de controles.
Nivel IV	Estudios en los que el test diagnóstico no se evalúa de manera “ciega”. Opiniones de expertos. Series de casos.

La clasificación de la evidencia disponible respecto a las **intervenciones terapéuticas** debe realizarse según los siguientes criterios:

Nivel I	Evidencia procedente de un ensayo clínico aleatorio o metanálisis con las siguientes características: a) la población estudiada debe ser representativa, b) los objetivos deben estar claramente definidos, c) los criterios de inclusión y exclusión claramente establecidos, d) la valoración del resultado debe ser “ciega” respecto al tratamiento realizado, e) justificación adecuada de las pérdidas de pacientes (generalmente se recomienda que la pérdida de pacientes debe ser inferior al 10%), f) las características basales relevantes deben ser equiparables en los grupos estudiados.
Nivel II	Ensayos clínicos aleatorios que no cumplen los criterios para ser clasificados como nivel de evidencia I. También se incluyen como nivel de evidencia II los estudios prospectivos no aleatorios en poblaciones representativas, con grupo control, con valoración “ciega” del resultado y que cumplen los criterios a-e señalados en el párrafo anterior.
Nivel III	Otros estudios con grupo control en los que la valoración del resultado es independiente del tratamiento recibido.
Nivel IV	Estudios sin grupo control. Series de casos. Opiniones de expertos.

Las recomendaciones se clasificarán en los siguientes grados en función del nivel de evidencia en que se basan:

Grados de recomendación

GRADO A	Apoyado en al menos un trabajo (preferiblemente más de uno) con nivel de evidencia I.
GRADO B	Apoyado en al menos un trabajo con nivel de evidencia II.
GRADO C	Apoyado por estudios con nivel de evidencia III o IV.