

ALCANCES SOBRE LA REHABILITACION EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Por MIRIAM MELENDEZ* y CARLOS COSENTINO**

RESUMEN

La terapia de rehabilitación dentro del contexto de tratamiento bo farmacológico, es un componente muy importante en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Esta terapia debera individualizarse a cada paciente y adecuarse al estadio evolutivo y forma clínica.

SUMMARY

Among nonpharmacologic intervention, physical therapy is an important part of the treatment of Parkinson's disease. This has to be personalized to each patient and according to the clinical stage.

PALABRAS-CLAVE : Enfermedad de Parkinson, rehabilitación, terapia física.

KEY WORDS : Parkinson's disease, rehabilitation, physical therapy.

La enfermedad de Parkinson es un proceso neurológico crónico y de curso progresivo, caracterizado por temblor, rigidez, bradiquinesia, compromiso de la postura, marcha y equilibrio; así como alteraciones de ciertas funciones cognitivas¹. Su prevalencia es de aproximadamente 1/1000 habitantes no existiendo mayor diferencia según sexo, raza o procedencia geográfica.

Desde el punto de vista de la motilidad, a medida que progresa la enfermedad, los

pacientes ven comprometidos la amplitud articular a diversos niveles como cuello, hombros, tronco, cadera y rodillas, llegando en casos severos a no poder realizar movimientos sin ayuda alguna. Además, presentan compromiso de las reacciones de equilibrio, son inestables, presentan caídas con facilidad, su centro de gravedad se encuentra desplazado a la parte anterior del pie e incluso por delante, también su base de sustentación se encuentra disminuida. Las reacciones de enderezamiento y reequilibrio se ven también alteradas². El

* Dpto. de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Regional Docente "Las Mercedes" Chiclayo-Perú.

** Unidad de Movimientos Involuntarios. Instituto de Ciencias Neurológicas "Oscar Trelles Montes". Lima-Perú

patrón de marcha en estos pacientes está afectado y pueden presentar "festinación" (pasos cortos, hasta correr en forma incontrolada) y "freezing" en el cual el paciente es incapaz de mover los pies del sitio, parecen "pegados" al piso, con dificultad para iniciar el movimiento³ También se encuentran afectadas las rotaciones, traslaciones y progresiones en general.

En relación al grado de incapacidad generado por la misma enfermedad, las estadísticas norteamericanas reportan que el 22% de pacientes con enfermedad de Parkinson se encuentra levemente discapacitado, el 48.3% moderadamente discapacitado y el 29.7% sumamente discapacitados. En nuestro medio no disponemos de documentación oficial que nos indique el grado de *DEFICIENCIA*, *DISCAPACIDAD* y *MINUSVALIA* en los pacientes con enfermedad de Parkinson. Asimismo no se cuenta con estudios sobre los efectos beneficiosos de un Programa de Rehabilitación en este tipo de pacientes, como si los hay en otros países^{4,5}.

REHABILITACION EN PARKINSON

Es interesante entonces recordar que la medicina de rehabilitación busca lograr el bienestar físico, intelectual y emocional del paciente. La Rehabilitación y Medicina Física va más allá de lo que caracteriza a la medicina curativa, que es el restablecimiento anatómico-fisiológico, sino más bien la *RECUPERACIÓN* de las funciones. La rápida provisión del tratamiento rehabilitador no sólo es importante para prevenir la regresión del enfermo sino que significa alcanzar un estado emocional máximo. Por ello un tratamiento rehabilitador es el complemento indispensable al tratamiento médico en la enfermedad de Parkinson^{6,7}. Así, los aspectos que deben ser contemplados en un Programa de Rehabilitación incluyen: a) prevención, detección, diagnóstico y evaluación de las deficiencias, discapacidades y minusvalía; b) recuperación de la autonomía funcional; c) reintegración socio-familiar; d) coordinación de actividades.

Los objetivos generales de un Programa de Rehabilitación en pacientes con enfermedad de Parkinson son: a) conservar y mejorar los rangos articulares, b) lograr autonomía en actividades de la vida diaria (AVD) y locomoción, c) ejercicios respiratorios d) mejorar el equilibrio estático y dinámico, e) ejercicios de relajación, f) reeducación de músculos faciales, del lenguaje y de la escritura. Desde hace varios años, diversos autores han reportado la eficacia de la Rehabilitación encontrando una mejoría significativa principalmente en los aspectos de: marcha/postura/equilibrio, prevención de contracturas y disminución de sus deficiencias^{2,4,5}.

En nuestro país, mencionamos un Programa de Rehabilitación para pacientes con enfermedad de Parkinson diseñado y aplicado en la Unidad de Movimientos Involuntarios del Instituto de Ciencias Neurológicas en el primer semestre de 1996. Fue un estudio prospectivo longitudinal abierto y descriptivo en pacientes procedentes de hospitalización y consultorio externo, a quienes se aplicó un programa de rehabilitación, sistematizado, práctico y simple para ser seguido en casa. Se seleccionó a trece pacientes consecutivos (9 h, 4 m) que cumplieran con los criterios clínicos para diagnóstico de enfermedad de Parkinson⁸ y a los que no se modificó el tratamiento farmacológico respectivo. Las principales características fueron: edad promedio de 61.2 años y un tiempo de enfermedad promedio de 3.2 años. Todos pertenecían al estadio II de la escala de HOEHN-YAHR⁹. La puntuación de la escala motora U.P.D.R.S. - III fue en promedio de 41.5 puntos. El Test Articular mostró compromiso de grado moderado en todos los casos y según la escala de actividad de la vida diaria (AVD) el 80% era independiente¹⁰. Uno de los principales resultados de este estudio fue que a las primeras cuatro semanas de iniciado el Programa de Rehabilitación se obtuvo un decremento estadísticamente significativo de las Deficiencias y Discapacidades valoradas al inicio. Dentro de los aspectos que valora la parte motora del UPDRS, los resultados mostraron ya al primer control, una mejoría evidente

particularmente en lo concerniente a la rigidez tanto en extremidades como axial. En cuanto al temblor, los ejercicios repetitivos establecidos tuvieron poca influencia. Como se esperaba, no hubo tampoco variación significativa en el Test de FOLSTEIN. Debemos comentar, que pese a que los pacientes fueron cuidadosamente instruidos para continuar la terapia en casa, se tuvo que afrontar inconvenientes como: falta de apoyo familiar, incompleta concientización del paciente, preferencia por retornar al sedentarismo, práctica irregular de los ejercicios. Estos inconvenientes son frecuentemente encontrados en la mayoría de reportes en la literatura.

Al término del Programa de Rehabilitación, 20^o semana, pudimos concluir con satisfacción el haber logrado gran parte de los objetivos trazados inicialmente. El paciente mejoró su postura, cadencia de marcha y la rigidez; asimismo, amplió sus rangos articulares y mejoró subjetivamente el estado de

ánimo mostrándose más optimista. Este Programa no es aplicable al estadio V según escala HOEHN-YAHR, que se caracteriza por la postración e invalidez del paciente para lo que se deberá diseñar un programa adecuado que contemple el mantenimiento de posturas correctas, evitar escaras, mantenimiento de rangos articulares y sobretodo una eficaz fisioterapia respiratoria.

En conclusión el éxito de la Rehabilitación reside en el trabajo coordinado de varias disciplinas como neurólogos, geriatras y rehabilitadores, proyectado para cumplir con las necesidades físico-sociales y vocacionales de los pacientes con enfermedad de Parkinson lo cual permita restituirlo al ambiente social, laboral y familiar. Es importante también la función de grupos de apoyo y consejería a los pacientes y sobretodo a los familiares, participando también dietistas, nutricionistas y psicólogos^{11,12}.

BIBLIOGRAFIA

- MARSDEN, C. (1992): "Parkinson's disease". *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 7: 672-681.-
- LAY, L. CARDENAS, L. DIAZ. SAEZ, F. (1991): "Alteraciones posturales en la enfermedad de Parkinson" *Revista Chilena Neurofisiológica*; 29: 295-306.-
- FAHN, S. (1995): "The freezing phenomenon in parkinsonism" *Adv Neurol*; 67: 53-63.-
- COMELLA, C., STEBBINS G., BROWN-TOMS, N. GOETZ, C. (1994): "Physical therapy and Parkinson's disease" *Neurology*; 44: 376-8.-
- AUFF, E., FERTL, E., SCHNIDER, D. (1995): "Parkinson's disease and neurological rehabilitation" *Wien - Med - Wochenschr*; 145: 302-5.-
- FORMISANO, R., PRATESI, L., MODERELLI, F. BONIFATI, L. (1992): "Rehabilitation in Parkinson's disease". *Scand-J-Rehabilitación-Medical*; 24: 157-60.-
- GUILLARD, A. (1993): "Maladie de Parkinson: l'évolution moderne". *Soins*; 53-60.-
- WARD, C. GIBB, W. (1990): "Research diagnostic criteria for Parkinson's disease" *Adv Neurology*; 53: 245-249.-
- HOEHN, M., YAHR, M. (1967): "Parkinsonism; onset, progression and mortality" *Neurology*; 17: 427-442.-
- VALVERDE, C. FLOREZ GARCIA, M. (1994): "Escala Actividades Vida Diaria". *Rev Rehabilitación*; 28: 377-88.-
- PENTLAND, B. BARNES, P. FINDLEY, J. *et al.* (1992): "Enfermedad de Parkinson: Aspecto de Deficiencias". *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 55: 3205.-
- SALEM, F., CESPEDES, D. (1998): "Grupos de autoayuda para los enfermos de Parkinson" En: *Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados*, editado por Micheli F: 335-337.