

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y SU PERSPECTIVA EN EL CAMPO DE LA HIDROLOGÍA MÉDICA Y DE LA HIDROTERAPIA

M.ª de los Ángeles CEBALLOS HERNANSANZ*

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson conocida desde siglos por sus síntomas es el motivo fundamental de este artículo en el cual se trata de dar un enfoque distinto al farmacológico, en cuanto a paliar la triada típica de acinesia, rigidez y temblor, por medio de la utilización de técnicas del campo de la Hidrología médica y la Hidroterapia.

RESUMÉ

Le sujet fondamental de cette article, c'est la maladie de Parkinson, bien connue par ses symptômes depuis des siècles. On oriente la thérapeutique dans un domaine tout à fait autre que ce de la pharmacologie, où nous essayons de palier la triade typique, d'akinésie, rigidité et tremblement, en utilisant les techniques de l'Hidrologie Médicale et de l'Hidrothérapie.

SUMMARY

Parkinson's disease known from centuries by its symptoms is the subject of this article. A different approach to treatment is tried to palliate the triad: akinesia, stiffness and tremor by using hydrotherapy and spa therapy techniques.



La enfermedad de Parkinson ha sido conocida en cuanto a la expresión de sus síntomas, casi desde el comienzo de la existencia del hombre como tal, y autores como Galeno, describieron la afección como una dolencia severa para quien la padecía, pero es realmente con la descripción que en 1817 presenta James Parkinson, en el Real Colegio de Cirujanos de Londres, bajo el título de «UN ENSAYO SOBRE LA PARÁLISIS AGIGANTE», cuando se hizo una descripción detallada y minuciosa de la sintomatología

y evolución de la enfermedad, que con el paso del tiempo, llegaría por Charcot a denominarse con el término enfermedad de Parkinson.

Hoy en día en nuestros establecimientos balnearios, una parte de la población que acude a ellos, presenta esta dolencia en las diversas fases por las que transcurre, de ahí que tal vez sea oportuno recordar algunos puntos de la descripción efectuada por Parkinson para poder entender mejor la grave situación por la que pasan estos pacientes.

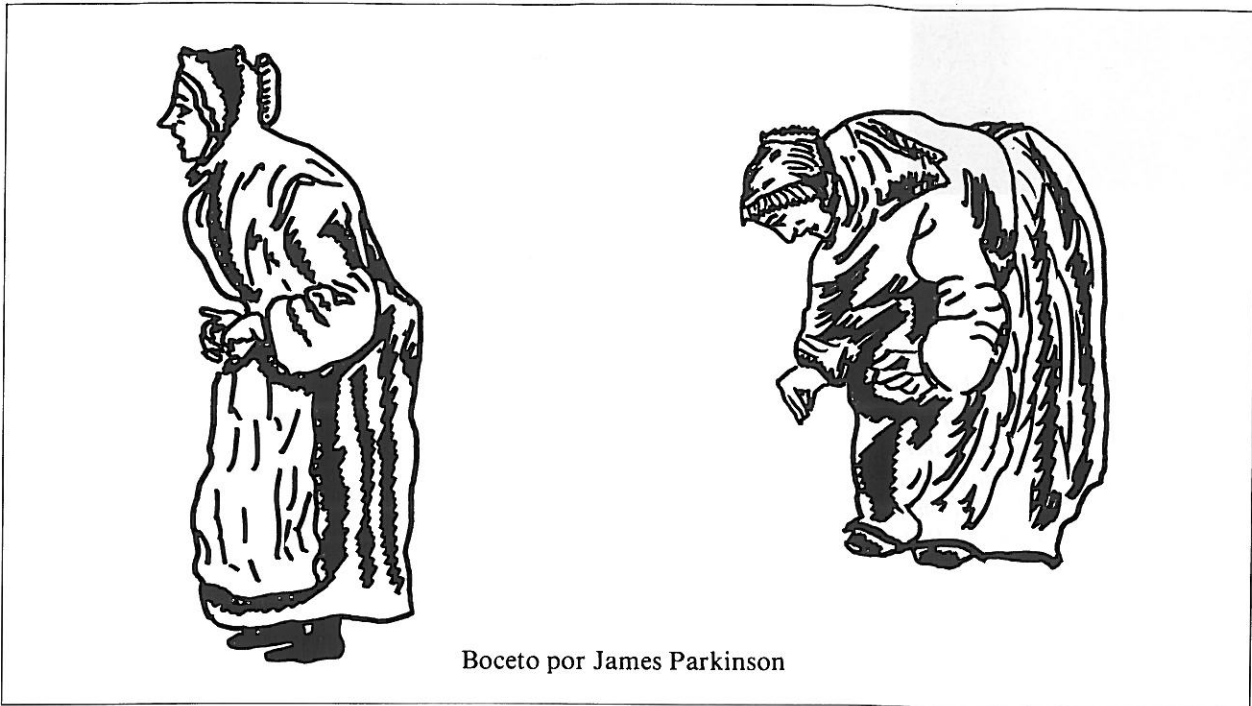
«Tan leves y casi imperceptibles son los primeros accesos de éste mal y su evolución tan extremadamente lenta, que rara vez sucede que el paciente pueda recordar la época precisa de su comienzo. Los primeros síntomas que se perciben son una ligera sensación de debilidad, con tendencia a presentar temblor en alguna parte determinada, a veces en la cabeza, pero más comúnmente en una mano o en un brazo. Estos síntomas aumentan gradualmente en la parte primeramente afectada, y en un tiempo indeterminado, pero rara vez menos de doce meses o más, se percibe la influencia morbosa de alguna otra parte...»

«...Hasta este punto el paciente habrá experimentado sólo ligeras molestias...», «...pero a medida que la edad avanza, las tareas de ese tipo se realizan con gran dificultad y la mano no responde con precisión a los dictados de la voluntad. Andar se convierte en una tarea que no se puede realizar sin considerable atención...»

«...Al avanzar el tiempo y la enfermedad las dificultades avanzan: es casi imposible escribir y la lectura se dificulta a causa del movimiento tembloroso...»

«...Pero a medida que la enfermedad avanza se dificulta la marcha y la propensión a inclinarse hacia delante se torna invencible, y por ello el paciente se ve obligado a andar sobre los dedos y la parte anterior de los pies, mientras que la parte superior del cuerpo es impulsada hacia delante a tal grado que le resulta difícil evitar caer de bruces...» «...el paciente tiene que correr en vez de andar, pues de lo contrario se caería inevitablemente a los pocos pasos...»

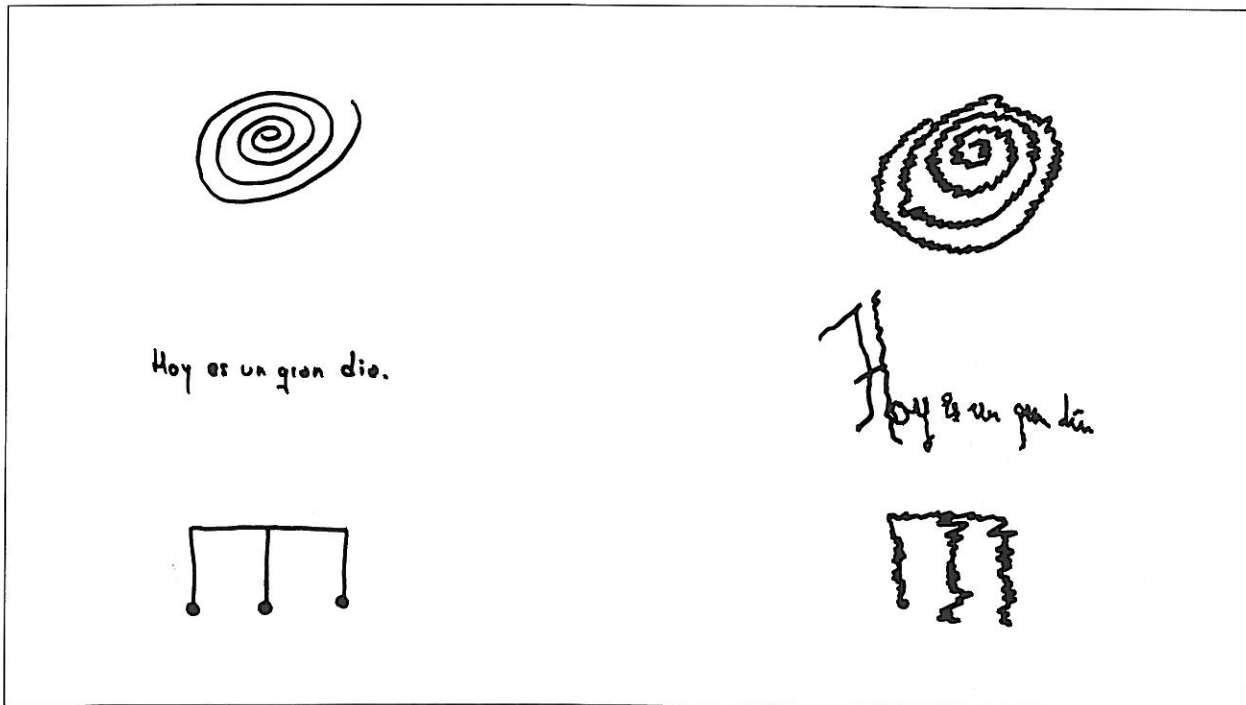
* Especialista en Neurología. Profesora Asociada Cátedra de Hidrología Médica.



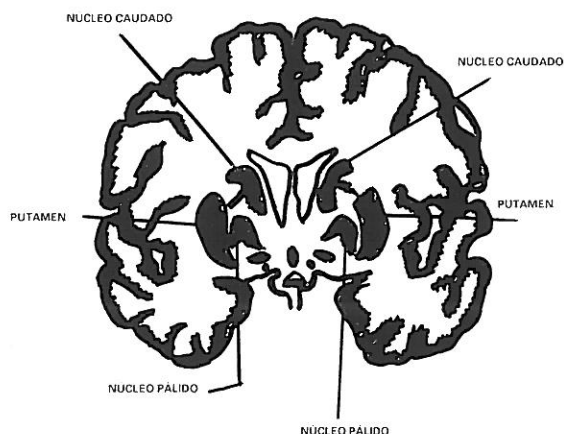
«...En esta etapa el sueño se perturba considerablemente. El movimiento tembloroso de los miembros se presenta durante el sueño y aumenta hasta que despierta al paciente, frecuentemente con gran agitación y alarma...»

«...A medida que aumenta la debilidad y va menguando la influencia de la voluntad sobre los músculos, la agitación temblorosa se hace más impetuosa...»

«...La orina y las heces son evacuadas involuntariamente y finalmente una somnolencia cons-



tante con ligero delirio y otras señales de externo y extremo agotamiento anuncian la deseada liberación».



Con el paso del tiempo se ha comprobado que la lesión más característica de esta enfermedad desde el punto de vista anatomopatológico es la de pigmentación de la sustancia negra y del locus ceruleus por la pérdida de neuronas de estas regiones, lo que origina una atrofia del fascículo nigroestriado que se inicia en ellas, y que se traduce en una deficiencia dopaminérgica a nivel del estriado, áreas corticales, sistema límbico e hipotálamo, pero aún hoy la causa de producción es desconocida, de ahí que en nuestros días aún el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson sea clínico, basado en la edad de comienzo, en su curso progresivo, en la respuesta favorable a la L-Dopa y sobre todo basado en la presencia de acinesia, rigidez y temblor, a lo que se suman los trastornos de la estática y la postura, los trastornos del sistema nervioso autónomo (sialorrea, seborrea, hipersudoración, estreñimiento) y las alteraciones de las funciones corticales (alteraciones de la personalidad, deterioro intelectual, depresión).

Por lo que respecta a la acinesia, hay una pobreza en todo el conjunto de actos motores, y sobre esa acinesia se implanta una rigidez, que puede llegar a ser dolorosa y sumamente incapacitante. El tercer componente de la triada de la Enfermedad de Parkinson es temblor, caracterizado por ser rítmico, por aparecer en el reposo, por disminuir con la relajación completa, y aumentar con el estrés, el cansancio, la marcha y la concentración mental.

No existe actualmente ningún tratamiento farmacológico que prevenga o detenga la degeneración en la que está inmerso el paciente afecto de E. Parkinson, los anticolinérgicos, el amantadine, la L-Dopa, bromocriptina, Lisuride, pergolide, etc., todos son paliativos y van

dirigidos a aliviar los síntomas más incapacitantes como son la rigidez, la acinesia y el temblor antes mencionados.

El acercamiento terapéutico debe ser personalizado, dependiendo de la severidad y del estadio de la enfermedad, de la respuesta individual, pero también de los factores personales del sujeto afecto. Y es en este punto donde sin prescindir de la medicación, podemos actuar desde el punto de vista hidrológico e hidroterápico a fin de mejorar la actividad del sujeto, para disminuir lo máximo posible su incapacidad y permitirle mantener una independencia en todas sus labores cotidianas, a fin de prolongar al máximo su vida activa y mantener en el punto más alto su calidad de vida.

El comenzar a trabajar con ellos tanto desde el punto de vista de la rehabilitación como de la hidroterapia debe ser lo más precoz posible, porque de esta forma el sujeto va a colaborar activamente, cuando aún se lo permite su enfermedad, reservando la gran estimulación para las fases más avanzadas. En todo momento lo que propondremos como objetivo es el conseguir que sus movimientos dejen de ser estereotipados y rígidos, para convertirse en rítmicos, armoniosos y lo más amplios posibles.

Será esencial la realización de una cinesiterapia tanto activa como pasiva cuando la rigidez esté ya muy avanzada, ya que en ese momento la hipertonía muscular tan característica de este cuadro imposibilita las movilizaciones activas. La mira esencial será la de flexibilizar al máximo los músculos a fin de poder conseguir una relajación voluntaria que palíe la rigidez e indirectamente el temblor.

Los ejercicios se iniciarán en una colchoneta o en la propia cama del sujeto, o en plinto en la piscina, enseñándole a manejar todo el cuerpo, para la consecución de un movimiento rápido y productivo, se les enseñará cómo deben sentarse y levantarse con el menor esfuerzo y con la máxima seguridad, para no perder el equilibrio y caer. Una forma útil de luchar contra la hipertonía es el fortalecer los adductores, de ahí que se fomente la práctica de ejercicios en los cuales el sujeto se encuentre en la posición de sentado a horcajadas (posición de sastre). En cuanto a la bipedestación los ejercicios deben ir encaminados a conseguir el mayor dominio corporal, manejando el centro de gravedad, intentando corregir la actitud de hipercifosis. En lo relativo a la marcha, la estimulación debe ser constante, intentando que el sujeto permanezca muy atento a las órdenes a fin de ejecutar los movimientos de la forma más resuelta posible. Dada la marcha característica de estos sujetos, arras-

trando los pies, se potenciarán los ejercicios de marcha en los cuales deba superar diversos obstáculos, a fin de que no quede bloqueado ante la contemplación de aquéllos.

La utilidad de la balneación y balneocinesiterapia en la enfermedad de Parkinson es muy relativa, pero pueden ser beneficiosos todos los ejercicios que se realicen dentro del agua mineral-medical con una temperatura inferior a la indiferente que faciliten el poder efectuar los movimientos sin el efecto secundario de la hipertermia, y preferentemente radiactivas, para una mejor estimulación de la rigidez, lo que permitirá una mayor posibilidad de realización de movimientos, favorecido además por no tener que vencer la gravedad, a la vez que se consigue una estimulación directa de micromasaje con la ejecución de los movimientos en el agua.

Junto con esto, no se deben olvidar técnicas que ayudarán a paliar la rigidez e hipertonía de estos pacientes como son las aplicaciones locales de calor, así como los masajes.

En conclusión, en el momento actual, los pacientes afectados de Enfermedad de Parkinson pueden beneficiarse conjuntamente con el tratamiento farmacológico, de las técnicas de balneación, ya que de este modo se consigue disminuir la rigidez y la acinesia, propias de esta entidad clínica, lo que conlleva a un mayor bienestar por parte del sujeto y por lo tanto, a una mayor relajación que de modo indirecto va a actuar favorablemente sobre el temblor, ofreciendo por una parte una mayor estimulación al sujeto, para mantenerle por más tiempo activo, y por otra, una mayor independencia de éste, con una repercusión satisfactoria en el ámbito del comportamiento y de la esfera personal.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ACARIN TUSELL, N.; ÁLVAREZ SABÍN, J.; PERES SERRA, J. (1989). «Glosario de Neurología». S.E.N.

AGID, Y.; JAVOY-AGID, F.; RUBERG, L. (1986). «Patología bioquímica: un nuevo enfoque en la Enfermedad de Parkinson».

AMELUNG, W. y HILDEBRANDT, G. (1985). «Balneologie und medizinische Klimatologie». Springer-Verlag. Berlín.

ARMÍJO, M. (1983). «Cura balnearia e identidad biopsicológica». An. R. Ac. Nac. de Medicina T.C. c.2. 333.

BERT, J.-M. BESANÇON, F. y cols. (1972). «Therapeutique thermale et climatique». Masson et Cie. Ed. París.

BROCK, S.; KRIEGER, H. P. (1966) «Fundamentos en neurología clínica». Editorial Jims. Barcelona.

CANO TORRES, A. (1975) «Rehabilitación. Docencia de Médicos Residentes. Parte 3.^a».

DUBOIS, J. Cl. (1974) «Le rapport Médecin - Malade en Station hydroclimatique psychiatrique». Presse therm. clim. 111: 56.

GUALTIEROTTI, R. (1981) «Medicina Termale». Lucisano Ed. Milano.

LEIVA SANTANA, C.; GIMENO ÁLAVA, A. (1985). «Diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson». Síndromes extrapiramidales. Parkinson y Parkinsonismos. Editorial Médica Internacional, S. A.

MERRIT (1987). «Tratado de Neurología». Salvat.

NICHOLS, P. J. R. (1984). «Rehabilitación en Medicina». Salvat. Barcelona.

PARKINSON, J. (1817). «An Essay on the Shaking Palsy». Whittingham and Rowland. Londres.