



ORIGINAL

## Calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson que reciben tratamiento rehabilitador

### Quality of life of patients with Parkinson's disease receiving rehabilitation treatment

Guillermo Alejandro Herrera Horta<sup>1</sup> , Guillermo Luis Herrera Miranda<sup>2</sup>  , Zurelys Gutiérrez García<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Pinar del Río, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba.

**Citar como:** Herrera Horta GA, Herrera Miranda GL, Gutiérrez García Z. Calidad de vida de pacientes con enfermedad de Parkinson que reciben tratamiento rehabilitador. Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria. 2023; 3:27. <https://doi.org/10.56294/ri202327>

Enviado: 06-01-2023

Revisado: 12-01-2023

Aceptado: 29-03-2023

Publicado: 29-03-2023

Editor: Prof. Dr. Carlos Oscar Lepez 

Artículo revisado por pares

#### RESUMEN

**Introducción:** la rehabilitación física en fases iniciales de la enfermedad de Parkinson puede evitar o enlentecer los problemas a largo plazo que limitan la movilidad y la actividad y con ello contribuir a la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

**Objetivo:** determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson que reciben tratamiento rehabilitador en el municipio Pinar del Río, en el año 2023.

**Métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal, con un universo 68 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Parkinson del municipio Pinar del Río y la muestra de 27 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

**Resultados:** el mayor número de pacientes se encontraban entre 70 y 79 años 12 (44,4 %) y del sexo masculino 17(62,9 %). La mayoría de los pacientes tienen dependencia moderada según el Índice de Barthel (62,9 %). Al aplicar el Cuestionario de Salud SF-36 de calidad de vida, la dimensión de función física obtuvo las puntuaciones más altas y la dimensión de salud general las más bajas. Los pacientes que iniciaron el tratamiento rehabilitador mostraron puntuaciones significativamente más bajas que los llevaban algún tiempo en el tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** el tratamiento rehabilitador en pacientes con enfermedad de Parkinson influye de manera positiva en su calidad de vida.

**Palabras claves:** Calidad de Vida; Enfermedad de Parkinson; Evolución Clínica; Pacientes; Rehabilitación; Sexo.

#### ABSTRACT

**Introduction:** physical rehabilitation in the early stages of Parkinson's disease can prevent or slow down long-term problems that limit mobility and activity and thus contribute to the quality of life of patients who suffer from it.

**Objective:** to determine the quality of life in patients with Parkinson's disease who receive rehabilitation treatment in the Pinar del Río municipality, in the year 2023.

**Methods:** an observational, descriptive and cross-sectional study, with a universe of 68 patients diagnosed with Parkinson's disease from the Pinar del Río municipality and the sample of 27 patients who met the inclusion and exclusion criteria. Theoretical, empirical and statistical methods were used.

**Results:** the largest number of patients were between 70 and 79 years old 12 (44,4 %) and male 17 (62,9 %). Most of the patients have moderate dependence according to the Barthel Index (62,9 %). When applying the SF-36 Health Questionnaire for quality of life, the dimension of physical function obtained the highest and the dimension of general health the lowest. Patients who started rehabilitation treatment showed significantly more casualties than those who had been in treatment for some time, with statistically significant differences ( $p < 0,001$ ).

**Conclusions:** rehabilitation treatment in patients with Parkinson's disease has a positive influence on their quality of life.

**Keywords:** Quality of Life; Parkinson's Disease; Clinical Evolution; Patients; Rehabilitation; Sex.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Párkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo, crónico y progresivo con repercusión en el control voluntario del movimiento, el equilibrio y la marcha, entre otras funciones motoras y vegetativas, ocasionado por la degeneración y muerte de estructuras celulares del cerebro, con la consiguiente alteración en la producción de la molécula dopamina, responsable de la coordinación y generación de movimientos musculares.<sup>(1)</sup>

Es la enfermedad degenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer y aparece generalmente en la sexta década de vida, caracterizado por la presencia de síntomas motores y no motores. La prevalencia de la EP a nivel mundial es de entre 100-300 casos por cada 100 000 habitantes.<sup>(2)</sup>

El término calidad de vida ha sido ampliamente utilizado en los últimos tiempos por los especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos y personal de la salud, con independencia a la ideología o posición político-filosófica que se represente.<sup>(3)</sup>

Abreus et al.<sup>(4)</sup>, destacan que las limitaciones físicas afectan la calidad de vida de estos pacientes con EP, centrada en el hogar de los pacientes. Analizan los problemas más frecuentes, tratando de establecer su impacto en el enfermo y entorno familiar, afectiva y psicológicamente. Consideran, que solo en las fases leve y moderada de la enfermedad es factible no recibir cuidados de otras personas.

La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.<sup>(5)</sup>

A pesar de los mejores tratamientos médicos o quirúrgicos para la EP estos pacientes gradualmente desarrollan problemas físicos significativos, donde la principal prioridad del médico es permitirles el máximo de su capacidad física, disminuir las complicaciones secundarias y mejorar la calidad de vida en todo el curso de la enfermedad, mientras se apoya de los diferentes métodos de evaluación funcional, los cuales permitirán el mejor control de su enfermedad aplicando un tratamiento adecuado.<sup>(6)</sup>

El objetivo de esta investigación es determinar la calidad de vida en pacientes con EP que reciben tratamiento rehabilitador en el municipio Pinar del Río, en el año 2023.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal para determinar la calidad de vida de pacientes con EP que reciben tratamiento rehabilitador en el municipio Pinar del Río, en el año 2023.

El universo estuvo constituido por 68 pacientes con diagnóstico de EP pertenecientes al municipio Pinar del Río.

La muestra quedó constituida por 27 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### *Criterios de inclusión:*

- Estar recibiendo tratamiento rehabilitador en los cuatros Servicios Integrales de Rehabilitación del municipio Pinar del Río.
- Estar de acuerdo en participar en la investigación.

### *Criterios de exclusión:*

- Pacientes con EP que no se encontraban en el área de salud durante el periodo de la investigación.
- Pacientes que abandonen el tratamiento rehabilitador durante el período que dure el estudio.

Para la recogida de la información se citaron para la consulta médica a los pacientes objeto de estudio. Se les realizó un interrogatorio seguido de un examen físico detallado en busca de los síntomas invalidantes de la enfermedad. Además se obtuvo información en la historia clínica individual y familiar de cada paciente.

Se aplicó a cada paciente una encuesta donde se obtuvieron los datos sociodemográficos generales y las características clínicas de la enfermedad haciendo énfasis en la identificación de los factores de riesgo de la misma, índice de Barthel (IB), además se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 de calidad de vida.

Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos soportada en el Software Microsoft EXCEL. Se empleó la prueba no paramétrica de independencia de criterios, utilizando la distribución Chi cuadrado con un nivel de significancia de 5 %. Posteriormente se procedió a su representación en tablas y fueron procesados mediante métodos de estadística descriptiva como el análisis porcentual, media, mediana y desviación estándar.

Se estudiaron las propiedades psicométricas de las escalas: la proporción de no respuestas, la fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach y la correlación de los ítems que componen cada dimensión/escala con la puntuación total de la misma.

**RESULTADOS**

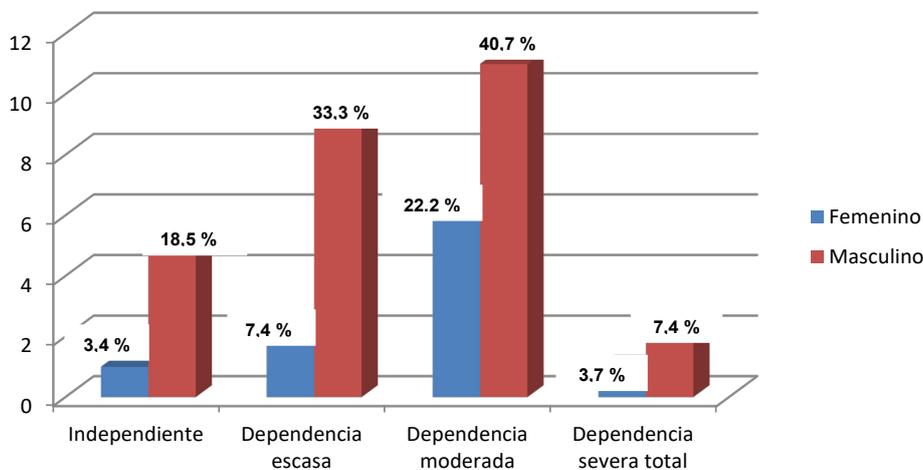
**Tabla 1. Edad y sexo**

Grupos de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
50-59	-	-	2	7,4	2	7,4
60-69	3	11,1	5	18,5	8	29,6
70-79	5	18,5	7	25,9	12	44,4
80 y más	2	7,4	3	11,1	5	18,5
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>37,1</b>	<b>17</b>	<b>62,9</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

$\chi^2 = 3,5231$  P = 0,0605 IC. 95 % (0,89 - 12,8)

El mayor número de pacientes se encuentran en el grupo de 70 a 79 años con 12 (44,4 %) y en el sexo masculino con 17 (62,9 %). (tabla 1)

La totalidad de los pacientes tanto del sexo femenino 10 (100 %) como del sexo masculino 17(100 %) presentaron hipocinesia, el temblor estuvo presente en 5 pacientes del sexo femenino (18,5 %) y 12 del sexo masculino (44,4 %), mientras que la rigidez estuvo presente en 7 pacientes del sexo femenino (25,9 %) y 11 del sexo masculino (40,7 %), como síntomas invalidantes más frecuente presentados en la muestra de estudio. (figura 1)



**Figura 1.** Discapacidad según Índice de Barthel

La mayoría de los pacientes tienen dependencia moderada según el Índice de Barthel, 62,9 %, de ellos 22,2 % del sexo femenino y 40,7 % del sexo masculino, seguidos por los que tienen dependencia escasa 40,7 %, 7,4 % del sexo femenino y 33,3 % del sexo masculino.

**Tabla 2. Propiedades psicométricas de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 de calidad de vida y valores descriptivos**

Valores descriptivos	% No respuesta	Alfa de Cronbach	Correlación del ítem con el total. Recorrido	$\bar{X}$	D.E	Md	Rango observado	Efecto Suelo	Efecto Techo
Función física	0,1	0,89	0,48-0,80	88,3	16,9	94,4	0-100	0,3	38,1
Rol físico	0,0	0,92	0,78-0,85	72,9	40,1	100	0-100	19,4	63,5

Dolor	0,0	0,84	0,75	75,1	28,8	88,9	0-100	1,5	45,5
Salud general	0,1	0,83	0,50-0,75	43,9	26,6	40,0	0-100	2,9	0,7
Vitalidad	0,8	0,70	0,52-0,69	54,6	22,7	55,0	0-100	1,1	1,3
Función social	1,0	0,89	0,82	76,6	29,3	88,9	0-100	3,3	47,7
Rol emocional	0,0	0,91	0,78-0,84	71,4	41,5	100	0-100	21,9	63,6
Salud mental	0,1	0,87	0,65-0,74	55,9	23,2	60,0	0-100	0,7	0,3
Transición de estado de salud	0,4	-	-	63,9	75,0	26,2	0-100	3,6	21,2

X: Media; D.E: Desviación Estándar; Md: Mediana

En la tabla 2 se presentan las propiedades psicométricas así como los parámetros descriptivos de cada dimensión del SF-36. Las tasas de no-respuesta a los ítems fueron consistentemente bajas e inferiores al 1%. La fiabilidad alcanzada por todas las dimensiones fue superior a 0,70, mostrando el valor mínimo en el caso de la dimensión de vitalidad (= 0,79) y su valor máximo en la escala de rol físico (= 0,92). La mayoría de las correlaciones de los elementos de una escala con el total de la misma mostraron rangos intermedios-altos; tan solo en el caso de la vitalidad el valor de correlación máximo es inferior a 0,70.

**Tabla 3.** Diferencias de medidas de las puntuaciones del Cuestionario SF-36 en función del tiempo de permanencia en tratamiento rehabilitador

	Inicio	1-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	19-24 meses
Función física	69,7(26,2)	89,4(15,1)	91,6(13,0)	91,5(14,1)	91,6(13,6)*
Rol físico	33,5(42,1)	87,6(29,7)	82,1(32,4)	82,1(33,0)	85,0(29,6)*
Dolor	39,1(25,1)	74,6(25,9)	78,7(23,7)	82,1(33,0)	85,0(29,6)*
Salud general	21,0(19,3)	43,2(28,2)	47,7(25,7)	48,6(26,5)	53,5(24,6)*
Vitalidad	29,8(17,9)	54,2(21,8)	57,9(19,1)	61,3(21,5)	58,2(22,8)*
Función social	52,0(38,0)	77,3(28,4)	84,7(22,5)	81,2(25,6)	81,7(26,2)*
Rol emocional	34,1(43,0)	82,6(36,0)	82,8(32,3)	74,5(39,7)	76,6(39,0)*
Salud mental	30,0(18,0)	51,1(23,9)	55,9(23,4)	59,7(20,9)	61,4(20,8)*
Transición de estado de salud	55,3(27,3)	57,3(28,2)	68,1(25,9)	73,2(24,5)	66,1(23,7)*

\*p<0,001

Las puntuaciones obtenidas por los pacientes en función del tiempo de permanencia en tratamiento rehabilitador se exponen en la tabla 3. En todas las dimensiones se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p<0,001$ ), lo que indican que los pacientes que inician el tratamiento rehabilitador muestran puntuaciones significativamente más bajas que aquellos otros que ya llevan algún tiempo en el tratamiento rehabilitador.

## DISCUSIÓN

Se ha evidenciado que la EP la padecen más del 1% de las personas mayores de 60 años. Si bien no está clara su etiología, se estima que cada año aumenta el riesgo de padecerla, por lo que el riesgo de padecerla es directamente proporcional a la edad, lo que se evidencia en esta investigación.<sup>(7)</sup>

En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina en el año 2020 sobre la epidemiología de la EP, no coincide su prevalencia con la de esta investigación, ya que representa el grupo de edades de 80 años y más.<sup>(8)</sup>

Los resultados obtenidos en la mayoría de las investigaciones a nivel mundial muestran que el riesgo para el sexo masculino sobre el femenino representa del 3 %-1 %, lo cual, para algunas bibliografías pudiera estar relacionado al efecto neuroprotector de los estrógenos en el Sistema Nervioso Central, así como relacionan el sexo masculino por el exceso de trabajo, estrés, así como la exposición a diferentes factores medioambientales.<sup>(9)</sup>

En la EP existe una plétora de síntomas motores cuya importancia no debe ser infravalorada por varias razones fundamentales, pueden ser la clave para la realización de un diagnóstico precoz de la enfermedad, su frecuencia de presentación es notable, son determinantes de la calidad de vida y su tratamiento es difícil, lo que tiene importantes implicaciones pronósticas. De ahí que el diagnóstico y tratamiento oportuno mejorara la calidad de vida de estos pacientes.<sup>(10)</sup>

El estudio de los síntomas no motores ha cobrado una importancia actual dado por el grado de discapacidad que generan en los pacientes los cuales muchas veces no son reconocidos por los médicos en las consultas de seguimiento, centrándose mayormente en los síntomas motores. Actualmente se encuentran en discusión algunos factores desencadenantes como la depresión y el stress mantenido, los cuales si es frecuente que se encuentren asociados.<sup>(11)</sup>

La rehabilitación juega un papel fundamental en la enfermedad de Parkinson, sobre todo su aplicación precoz y su mantenimiento a lo largo de toda la vida, partiendo siempre de una adecuada evaluación funcional lo importante será obtener movimientos amplios, rítmicos, repetidos y conjuntos, el programa de tratamiento rehabilitador va a dirigido a mantener la independencia del enfermo el mayor tiempo posible, ser autónomo para poder valerse por uno mismo, pero es necesario que antes de empezar cualquier tipo de rehabilitación se le informe al paciente todo sobre las características de su proceso y conseguir su colaboración, explicándole que con un tratamiento a tiempo y adecuado puede conseguir llegar a llevar una vida normal.<sup>(12)</sup>

En la Atención Primaria de Salud en Cuba, donde se dispensarizan todas las enfermedades crónicas, las personas aquejadas de esta enfermedad tienen garantizado su programa de tratamiento médico y rehabilitador con el fin de mejorar su estado de salud.

El índice de Barthel es considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las actividades del diario vivir. En la actualidad sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar. Este índice aportó información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos, lo que ayudó a conocer mejor cuáles fueron las deficiencias específicas de la persona y facilitó la valoración de su evolución temporal.<sup>(13)</sup>

Al aplicar el Cuestionario de Salud SF-36 de calidad de vida, a los pacientes incluidos en la muestra, los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones, muestran que el estado de salud de los pacientes con EP que están recibiendo tratamiento rehabilitador está comprometido.

Estos resultados son similares a los hallazgos encontrados en otros estudios sobre calidad de vida que han utilizado el SF-36. En todos los casos se observan en los pacientes con EP en tratamiento rehabilitador índices de percepción de salud por debajo de sus poblaciones de referencia y con valoraciones de la calidad de vida similares a las ofrecidas por otros grupos con enfermedades crónicas (somáticas y/o psiquiátricas).<sup>(14,15)</sup>

Las investigaciones sobre calidad de vida en pacientes con EP en tratamiento rehabilitador han reflejado una mejora notable de la misma tras su ingreso y mantenimiento en este tipo de tratamiento.<sup>(16)</sup>

Los resultados de esta investigación, basados en un diseño transversal, se muestran limitados para ofrecer valoraciones de cambio consecuentes a la permanencia en el tratamiento rehabilitador, pero sí permiten observar diferencias en la percepción del estado de salud entre los que inician el tratamiento y aquellos otros usuarios que ya llevan un tiempo en tratamiento, sugerentes de un aumento de la calidad de vida. La mayor diferencia se aprecia precisamente entre el grupo de sujetos que inicia el tratamiento y los que llevan seis meses; a partir de ese momento las puntuaciones medias de la mayoría de las dimensiones del SF-36 tienden a mostrarse equivalentes.

Asimismo, la valoración de la calidad de vida puede constituir un parámetro clave en los estudios de coste-beneficio y contribuir así a la optimización de los recursos en el ámbito del tratamiento de rehabilitación en pacientes con EP, como ya se ha hecho respecto a otras patologías.<sup>(17)</sup>

## CONCLUSIONES

El tratamiento rehabilitador en pacientes con enfermedad de Parkinson influye de manera positiva en su calidad de vida, sobre todo si este se inicia en fases iniciales de la enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Medina A, Aguilar-Martínez M, Vera-Saavedra J, García-Espinosa E, Domínguez-Rodríguez M. Tratamiento fisioterapéutico grupal en la enfermedad de Parkinson. Physiotherapy group- treatment in Parkinson's disease. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2002;6(2).
2. Manrique Moreno, A Modelación matemática de la enfermedad de Parkinson. Universidad de los Andes; 2023:22.
3. Duarte-Rivera L, Lorenzo-Díaz J, Díaz-Alfonso H, Linares-Río M, Cruz-Rosete L, Carrete-Friol Z. Calidad de vida en ancianos ingresados en el Servicio de Geriátrica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2022;26(6):5439.
4. Abreus Mora Jorge Luis, González Curbelo Vivian Bárbara, Bernal Valladares Ernesto Julio, Del Sol Santiago Fernando Jesús. Incremento de las capacidades físicas equilibrio y marcha en adultos mayores con Parkinson.

Rev Podium. 2022;17(2):654-671.

5. Driggs-Vaillant S, Hernández-Calzadilla M, Yumar-Carralero Á. Protocolo para la medición del impacto de la especialidad de medicina física y rehabilitación. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.* 2023;15(1).

6. Jiménez Carpi, Sonia Viviané, Abreus Mora, Jorge Luis, GonzálezCurbelo, Vivian Bárbara, Bernal Valladares, Ernesto Julio, Del Sol Santiago, Fernando Jesús. Integración de componentes terapéuticos en la rehabilitación de pacientes con enfermedad de Párkinson. *Rev. Finlay.* 2020;10(2):179-190.

7. Saavedra Moreno Juan Sebastián, Millán Paula Andrea, Buriticá Henao Omar Fredy. Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Acta Neurol Colomb.* 2019;35(Suppl 1): 2-10.

8. Bueri JA. Epidemiología de la enfermedad de Parkinson. En: Alvear T. *Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados.* 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2020: 161-172.

9. Mesa Valiente R, Pérez Pérez Y, Turro Mesa Lucía N, Turro Caró E. Conducta terapéutica en ancianos con enfermedad de Parkinson. *MEDISAN.* 2018; 22(7):614-629.

10. Verdecia Aguilar Merlin, Jacas Cabrera Angela, Milanés Domínguez Juliet, Frias Viltres Diana, Odoardo Aguilar Mabel. Caracterización de los síntomas no motores en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Multimed.* 2022;26(5):e2471.

11. Rodríguez-García P. Diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía.* 2020;10(1).

12. Fernández S. Estrategias de movimiento compensadoras en el Párkinson, uso de pistas sensoriales y cognitivas. Valencia: efisioterapia; 2018. <https://www.efisioterapia.net/articulos/estrategias-movimiento-compensadoras-el-párkinson-uso-pistas-sensoriales-y-cognitivas>

13. Sagbay Coronel GE, Ortega Campoverde L. Propiedades psicométricas del índice de Barthel: revisión sistemática. *CCD.* 2023;6(1.1):105-19.

14. Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública.* 2019;(71):127-137.

15. García-Barrera AE, Horta-Roa LF, Bautista-Roa MA, Ibáñez-Pinilla EA, Cobo-Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Rev. salud. bosque.* 2022;12(1):1-13.

16. Iraurgi I, Casas A, Celorio MJ, García-Serrano G, Hormaza M. Estado de salud y calidad de vida en con enfermedad de Parkinson de un programa de rehabilitación, 2018. <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5590>.

17. Miller KJ, Suárez-Iglesias D, Seijo-Martínez M, Ayán C. Physiotherapy for freezing of gait in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Rev Neurol.* 2020;70(5):161-170.

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

#### **CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA**

*Conceptualización, investigación, metodología, análisis formal, administración del proyecto, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición:* GLHM.

*Conceptualización, metodología, supervisión, redacción, revisión y edición:* GAHH.

*Conceptualización, metodología, supervisión, redacción, revisión y edición:* ZGG.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.