

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

ROLANDO DE JESUS PEREZ MENDOZA

LIC, JOSE SEBASTIAN PEREZ FLORES

**ENSAYO PROTOCOLO DE REHABILITACION
FISICA DEL PARKINSON**

3 DE OCTUBRE DEL 2021

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS



ENSAYO PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE PARKINSONIANO

INTRODUCCIÓN

En este ensayo se hablare acerca de La enfermedad de Parkinson y el síndrome parkinsoniano que como bien se sabe comprenden un grupo de trastornos derivados de una alteración progresiva del sistema nervioso central que afecta al sistema extrapiramidal. Constituye una de las enfermedades neurológicas más frecuentes, y es sin duda la más común de las del sistema extrapiramidal Fue descrita por primera vez en 1817 por un médico británico, James Parkinson, La enfermedad de Parkinson es lo que denominamos Parkinson primario o idiopático (trastorno degenerativo primario), y al hablar de síndrome Parkinsoniano englobamos un grupo de alteraciones que presentan los síntomas y signos característicos de la enfermedad de Parkinson

DESARROLLO:

FISIOPATOLOGÍA

Las manifestaciones propias que sufre el parkinsoniano son consecuencia de una alteración que asienta en la sustancia negra y los ganglios de la base. La sustancia negra contiene los cuerpos celulares de un grupo de neuronas cuyas proyecciones se extienden hasta los ganglios de la base, donde liberan un neurotransmisor, la dopamina (DA); allí hacen sinapsis con otras neuronas que reconducen el mensaje de la dopamina a través de los centros cerebrales controladores del movimiento hasta el córtex, que se sirve de tal información para determinar cómo deben en última instancia comportarse los músculos A medida que las neuronas productoras de dopamina mueren, la ACh en ausencia de esa moderación sobreexcita las neuronas del estriado (núcleo caudado y putamen). El inicio de la enfermedad se sitúa a partir de los 50 años, aunque en algunos casos puede aparecer a edades más tempranas,

CLÍNICA

Los síntomas iniciales son a veces difíciles de fijar en el tiempo por su instauración lenta e insidiosa. Los síntomas cardinales son:

Temblores Se trata de un temblor característico de reposo. Desaparece con el movimiento (sobre todo en las fases iniciales). Suele iniciarse en la extremidad superior en su porción distal.

Rigidez El tono muscular está aumentado, pero la resistencia al movimiento pasivo en una articulación es uniforme a lo largo de todo el rango de movilidad, en contraste con la hipertonía espástica

Acinesia Es el signo más característico y más incapacitante. Acinesia significa ausencia de movimiento y puede dividirse en dos categorías

Bradicinesia. Es la lentitud en el inicio y ejecución del movimiento, reflejándose sobre todo en los movimientos poco aprendidos o muy voluntarios y en los muy aprendidos o automatizados. —

Hipocinesia. Hace referencia a la dificultad para mantener un ritmo y amplitud adecuados durante la realización de movimientos repetidos alternantes y a la escasez y pobreza de movimientos.

Estos tres constituyen la tríada parkinsoniana, pero además también se producen otros síntomas, muchos de ellos derivados de los anteriores.

Alteración de los reflejos posturales La bradicinesia sumada a la rigidez típica del parkinsoniano causan alteraciones posturales, el paciente va a presentar una ligera flexión en todas las articulaciones, lo que provoca la «postura de simio» con las rodillas y caderas levemente flexionadas, los hombros redondeados y la cabeza sostenida hacia adelante con los brazos encorvados a través del cuerpo

Trastornos de la marcha y del equilibrio La marcha se ve alterada por la pérdida de los patrones automáticos de movimiento, apareciendo una marcha patológica con pasos lentos, cortos y torpes, que se conoce como «marcha festinante», término referido a la anteriorización del centro de gravedad o anteropulsión

Dolor Derivado de la rigidez, se va a localizar fundamentalmente en la musculatura cervical y proximal de extremidades superiores e inferiores.

EVOLUCIÓN

La enfermedad en su evolución espontánea sigue un curso lentamente progresivo. Permite llevar al paciente durante un cierto tiempo determinadas actividades, luego las restringe paulatinamente, confinándolo a una silla de ruedas o a la cama completamente inválido.

Estadio I

Comprende el inicio de la enfermedad, mientras los síntomas son unilaterales. Los primeros síntomas en aparecer son los que conforman la tríada parkinsoniana, rigidez, temblor y bradicinesia. Algunos enfermos inician su sintomatología en ambos lados y por consiguiente no presentan esta fase. La duración media de esta fase es de tres años

Estadio II

Definido por la aparición de trastornos bilaterales y axiales. Por lo general persiste una asimetría en la intensidad de la sintomatología, siendo el lado inicial el más afectado. Aparecen en esta fase los primeros trastornos posturales, con aumento de la cifosis dorsal y adducción de miembros superiores. La duración media de la enfermedad en esta fase es de seis años.

Estadio III

Caracterizado por la aparición de trastornos del equilibrio y afectación de los reflejos posturales y de enderezamiento. Aparecen caídas espontáneas, marcha festinante y congelación del movimiento. Los pacientes en esta fase son independientes en las actividades de la vida diaria. La duración media de la enfermedad en esta fase es de siete años.

Estadio IV

El paciente se encuentra severamente incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda; empieza a experimentar los efectos secundarios de la medicación dopaminérgica; fenómeno on-off (el paciente alterna fases de mejoría on con fases en las que queda prácticamente inmovilizado por completo off), discinesias, insomnio, etc. La duración media de esta fase es de nueve años.

Estadio V

El enfermo aparece ya confinado en una silla de ruedas o en la cama es totalmente dependiente de sus familiares o requiere cuidados primarios. La duración media de la enfermedad en esta fase es de 14 años.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

Alivio del dolor Suele manifestarse alrededor de los muslos, en la región cervical y proximal de miembros superiores y en general en toda la cintura escapular

Corregir las alteraciones posturales En las primeras fases de la enfermedad sólo se aprecia una protusión de la cabeza, pero a medida que ésta va progresando aparece además cifosis dorsal, flexión y adducción de hombros y caderas, flexión de codos y rodillas, flexión de las articulaciones metacarpofalángicas con extensión de las interfalángicas y ligera oposición del pulgar

Fortalecer la musculatura debilitada. Corregir acortamientos musculares La debilidad muscular y los acortamientos musculares van a aparecer como consecuencia de la disminución de la actividad, por la rigidez y la hipocinesia. Para prevenir esta atrofia muscular, o en el caso de que ya esté instaurada potenciar la musculatura afectada, vamos a utilizar contracciones isométricas en un principio, para a medida que el paciente progresa utilizar movilizaciones activas contrarresistencia, en carrera externa en la musculatura flexora, que va a estar acortada, y en carrera interna en la extensora.

Tratamiento orofacial Debemos prestar especial atención a la musculatura orofacial, ya que como consecuencia de la rigidez y la bradicinesia van a aparecer alteraciones en la masticación y en la deglución, en la motilidad ocular y de los párpados y en la mímica facial, con lo que se va a comprometer el lenguaje gestual

Mejorar la función respiratoria El proceso de rigidez junto a la hipocinesia conduce a una mayor dificultad de los movimientos que participan o se dan en la mecánica respiratoria.

Mejorar la función intestinal El estreñimiento es un problema frecuente en muchos pacientes con Parkinson debido a la falta de estímulo peristáltico en el intestino grueso, empeorado por la medicación

Reeducación del equilibrio y las reacciones posturales El cuerpo humano se halla sometido a la fuerza de la gravedad, capaz de generar mayor o menor tono en diferentes segmentos corporales. Estas variaciones de tono deben permitir la ejecución de ejercicios al mismo tiempo que el individuo mantiene el equilibrio en distintas posiciones y ante diferentes situaciones.

Mejorar la coordinación En el paciente parkinsoniano los automatismos motores se hallan abolidos; en sus movimientos es típica la lentitud, la falta de ritmo, la disminución de amplitud y la escasa correlación sincinética.

Reeducación de las transferencias Deberemos adiestrar al paciente en los cambios de posición enseñándoles en la secuencia correcta de los pasos de un decúbito a otro, paso de decúbito a sedestación, de sedestación a bipedestación y viceversa.

CONCLUSION

Como pudimos observar y aprender a lo largo de este ensayo, logramos captar y comprender todo en relación tanto a la enfermedad de Parkinson como su debido tratamiento y rehabilitación, es bien sabido que en este caso el Parkinson es una enfermedad que altera la estructura funcional y anatómica de los movimientos musculares y articulares produciendo así una serie de problemas para aquellas personas que lo padecen, sin embargo todo creemos que no es reversible o que sencillamente no tiene una cura o tratamiento sin embargo en la actualidad el Parkinson si bien no tiene una cura definitiva que alivie el problema si contamos con diversas técnicas tanto como farmacológicas tanto como física rehabilitadoras que mejoran el pronóstico de la enfermedad en aquellas personas que lo padecen, es muy importante llevar una

Rehabilitación para progresar y mejorar el movimiento musculo articular de estas personas, y no tengan complicaciones más severas en su día a día, acudir con un especialista médico y un fisioterapeuta ayudara a mejorar estas actividades día con día

BIBLIOGRAFIA:

M. Chouza Insua¹ I. Raposo Vidal¹ R. Fernández Cervantes² L. González Doniz² A. Martínez Rodríguez³ M. A. Fernández García¹. (2000). Protocolo de Fisioterapia en el paciente parkinsoniano. 03 DE OCTUBRE DEL 2021, de Protocolo de Fisioterapia en el paciente parkinsoniano Sitio web: <file:///C:/Users/Oportunidades/Downloads/Protocolo%20de%20fisioterapia%20en%20el%20parkinsoniano.pdf>