

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA FÍSICA Y DE
REHABILITACIÓN

Docente: Lic. José Sebastián Pérez Flores

"Rehabilitación Física en Parkinson"

Alumna: Estephanía A. Flores Courtoís

Quinto semestre

Medicina humana

Para comenzar el ensayo es vital explicar un poco de historia del tema principal “enfermedad y síndrome de Parkinson” los cuales son dos estados diferentes, como tal la primera descripción se da gracias al Doctor James Parkinson en su ensayo “una parálisis agitante” no obstante se describió concretamente hasta el siglo XX, en la descripción de esta patología se utiliza una generalización en la definición la cual la describe como consecuencia de un deterioro en la parte del cerebro encargada de coordinar los movimientos, en base al texto se menciona que existe una alteración progresiva del sistema nervioso central que afecta al sistema extrapiramidal, como se había mencionado anteriormente la enfermedad y el síndrome son dos estados muy diferentes puesto que la enfermedad se clasifica como Parkinson primario donde existe un trastorno degenerativo primario por el contrario el síndrome se trata de un conjunto de alteraciones donde existen signos y síntomas característicos pero son secundarios a tóxicos o enfermedades neurológicas. Teniendo una explicación algo breve del tema podremos mencionar su fisiopatología la cual consiste en una alteración sobre los ganglios de la base y la sustancia negra, explicando extensamente esto veremos que ambos contienen neuronas encargadas de segregar neurotransmisores vitales para la función del movimiento en el ser humano como lo son la acetilcolina (aumenta cuando la dopamina descende) y la dopamina (ayuda a que ocurra sinapsis con otras neuronas para otorgar información a los centros cerebrales controladores del movimiento para que de esta manera indique como se van a comportar los músculos) en la patología veremos que existe una muerte en las neuronas productoras de dopamina (la cual aún no se conoce con exactitud porque sucede, existen teorías donde mencionan que esta muerte en neuronas es debido a acumulación de radicales libres) y por lo consiguiente un aumento de acetilcolina lo que provoca un desequilibrio amplio y resulta en una alteración en gran medida del fluido de la red motora y la actividad de la persona, a partir de ese proceso comienza la enfermedad de Parkinson. Hablando en aspectos de incidencias y prevalencias se puede observar que las personas que mayormente padecen esta enfermedad son adultos mayores a 50 años debido a que existen datos que arrojan que ocurre una pérdida de neuronas cada decenio de la edad adulta, sin embargo esto no quiere decir que personas menores del rango de edad de riesgo no puedan tener Parkinson ya que como tal no es un rasgo característico para el envejecimiento. Ahora bien en la clínica de los signos y síntomas veremos que son variados pero derivan de los 3 característicos que son llamados triada parkinsoniana pero difíciles de distinguir razón por la cual en muchas ocasiones no se diagnostica correctamente, explicando cada uno de los signos veremos lo siguiente:

- **Temblor:** considero que es un signo pivote en la enfermedad y se puede observar muchas veces en el paciente puesto que tiene una frecuencia de aparición demasiado alta, describiéndolo en totalidad su inicio comúnmente es en la mano donde el pulgar y los demás dedos comienzan a realizar movimientos anormales e involuntarios como movimientos de abducción-adducción y flexoextensión, teniendo como resultado el característico movimiento de liar un cigarro (acción de envolver) o de contar monedas, observando esta acción veremos que se trata de un roce suave de la cara palmar del pulgar contra los demás.
- **Rigidez:** básicamente veremos que se observa en conjunto a un aumento de tono muscular con mayor intensidad de afectación a toda la musculatura cervical y proximal de las extremidades. Se clasifica en dos tipos de rigidez parkinsonianas importantes: “en tubo de plomo” donde ocurre una resistencia uniforme o plástica, “en rueda dentada” existe una resistencia intermitente.
- **Acinesia:** se define como ausencia de movimiento y se considera un signo muy característico e incapacitante para los pacientes con Parkinson, describiéndolo extensamente veremos que se puede clasificar en dos:
 1. Bradicinesia: ocurre una característica lentitud en el inicio y ejecución los movimientos ya sea involuntarios o voluntarios y/o automatizados. Veremos que cuando se suma la rigidez en este signo se presentara en el paciente un sinnfín de alteraciones posturales sin embargo la más característica es la llamada “postura de simio” donde es observable que los hombros y la cabeza son sostenidos hacia adelante con los brazos encorvados a través del cuerpo y las rodillas, caderas están levemente flexionadas
 2. Hipocinesia: se define como la dificultad extensa en realizar una amplitud y ritmo adecuado en los movimientos repetidos

Como se había mencionado además de la triada parkinsoniana se pueden encontrar más síntomas en esta peculiar patología, como por ejemplo los siguientes:

- Dolor: debido a la característica rigidez en la musculatura cervical y de extremidades
- **Alteraciones en los movimientos aprendidos y voluntarios:** clasificados en
 1. Micrografía: básicamente en este aspecto podremos ver qué ocurre una dificultad muy grande en los movimientos voluntarios de los dedos es decir existe afectación en la motricidad fina del paciente por lo tanto acciones de su vida diaria se

convierte en la acción más complicada para el como lo es abotonarse, escribir (trazo irregular y pequeño) o amarrar sus agujetas es importante mencionar que por el contrario acciones más complicadas donde debe de existir mayor coordinación en los movimientos no tienen una afectación tan elevada puesto que es motricidad gruesa, un ejemplo de este tipo de actividad puede ser conducir un coche o maquinarias de trabajo.

- **Alteraciones en los movimientos automáticos:** clasificados en
 1. Blefaroespasmos: básicamente no existe suficiente hidratación ocular y por lo consiguiente el paciente tendrá disminuido el parpadeo espontáneo
 2. Alteraciones de la motilidad ocular: ocurre un evidente enlentecimiento en los movimientos oculares rápidos
 3. Sialorrea: ocurrida en fases avanzadas de la enfermedad y como tal se trata de un evidente trastorno de la deglución de la saliva debido a falta de los movimientos automáticos
 4. Facies amímica: como se ha estado mencionando existe un conjunto de falta de movimientos en el paciente afectando los movimientos faciales por esta misma razón se puede observar que ocurre una cara inexpresiva
- **Trastornos vegetativos:** realmente se pueden considerar un conjunto amplio de trastornos vegetativos, los que podremos encontrar son los siguientes:
 1. Sudoración excesiva: debido a la hiperactividad muscular que podremos observar como temblor el cual trae consigo una hiperactividad de la inervación de las glándulas sudoríparas
 2. Seborrea: es observable un aumento de secreción grasa en el paciente lo que trae un aspecto facial céreo es decir con se puede ver con similitud en la consistencia de la cera
 3. Constipación
 4. Alteración del control vesical
 5. Hipotensión ortostática
 6. Demencia
 7. Depresión

Evolución: yo puedo considerar que la evolución de un paciente con Parkinson es variable puesto que se trata de una enfermedad progresiva donde veremos que desde el comienzo o diagnóstico correcto de los síntomas el paciente podrá realizar actividades

correctamente o con limitaciones en algunas sin embargo con el paso del tiempo se observara la progresión de los signos y síntomas los cuales pueden inclusive al paciente a postrarse en cama o silla de ruedas, para poder comprender correctamente lo mencionado es necesario explicar extensamente los estadios evolutivos definidos por Hoehn y Yahr:

- Estadio I: momento importante del paciente puesto que este estadio puede tener un tiempo y afectación variable; mayormente se observa una afectación unilateral y en algunas ocasiones de ambos lados afectados, se tiene una media de estadía en el de 3 años, son presentes los signos de la triada parkinsoniana: rigidez, temblor y bradicinesia
- Estadio II: se harán presentes trastornos bilaterales o axiales, como se había mencionado la afectación del paciente será unilateral o bilateral donde se podrá ver que existe un lado con mayor afectación lo que trae consigo que el paciente comience con trastornos posturales, aumento de cifosis dorsal y aducción de miembros superiores. Se tiene una media de estadía de 6 años
- Estadio III: son observables caídas, marcha festinante (lenta con pasos cortos y torpes) y congelación del movimiento, sin embargo aún son completamente capaces de realizar sus actividades diarias, se tiene una media de 7 años. Básicamente se cree que los fenómenos mencionados se deben a que se hacen presentes trastornos del equilibrio y afectación de los reflejos posturales y de enderezamiento
- Estadio IV: en este estadio ya es observable una desmejora en el paciente puesto que comienza a incapacitarse por completo de la realización de sus actividades de la vida diaria y es necesario la aplicación de medicación de ayuda como lo es la dopaminérgica la cual por desgracia trae consigo un fenómeno muy característico “on-off” es decir ocurren periodos donde el paciente tiene mejoría y puede realizar sus actividades no al 100% pero lo intenta, proceso que se clasifican como “on” y por el contrario el proceso “off” el paciente estará desmejorado, postrado en cama y con un conjunto de síntomas como insomnio y discinesias, estadio que tiene una media de duración de 9 años.
- Estadio V: proceso más complicado debido a que el paciente ya está postrado en cama o silla de ruedas y se vuelve dependiente de sus familiares, proceso que tiene una media de 14 años.

En base a todo lo mencionado podemos entender que ninguno de los estadios o signos y síntomas fueron diagnosticados por algún de estudio de imagen o laboratoriales y esto se debe a que como tal no existe alguna prueba o estudio que puede decir específicamente que el paciente está iniciando con la enfermedad de Parkinson, por esta razón el diagnóstico definitivo en los pacientes se da hasta que está en fases avanzadas. Cuando ya se cuenta con él, es necesario que en el tratamiento se emplee un equipo multidisciplinar para el control de la enfermedad o bien para contrarrestar los signos y síntomas, por esta razón es vital la intervención de la fisioterapia la cual será encargada de los siguientes objetivos en el paciente:

- **Alivio del dolor:** como sabemos existe una rigidez importante en los músculos, con mayor énfasis alrededor de los muslos, región cervical y proximal de las extremidades superiores y de la cintura escapular, por esta misma razón el paciente presenta dolor y es necesario disminuir o aliviarlo, existen técnicas importantes encargadas de realizar esta acción como lo es:
 1. Masoterapia con técnicas de roce superficial y amasamiento
 2. Electroterapia analgésica a lo que en fisioterapia se conoce como el tratamiento “TENS”
- **Corregir alteraciones posturales:** es vital trabajar con el paciente y su postura ya que aunque en las primeras fases solamente es observable una protusión en la cabeza como sabemos esto es progresivo y puede llegar a observarse patologías y disfunciones más complicadas las cuales en muchas ocasiones los pacientes no son conscientes o no pueden observar su presencia, ejemplos de ellas son: 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. El tratamiento fisioterapéutico se basara en auto concienciación de la postura errónea, una corrección de la misma a través de estímulos verbales y visuales y se empleara trabajos musculares como acortamiento de la musculatura elongada (extensores) y estiramiento de la musculatura (flexores).
- **Fortalecer la musculatura debilitada y corregir acortamientos musculares:** veremos que existen la triada característica parkinsoniana la cual va a ser combatida en fisioterapia a base de potenciar la musculatura afectada y esto se realiza gracias a contracciones isométricas las cuales son ejercicios en el que el

músculo se contrae para producir fuerza sin un cambio apreciable en la longitud del músculo y sin movimiento articular apreciable, es decir se mantiene al aire y sin movimiento. Ahora bien en el enfoque de corrección de acortamientos musculares se basara en estiramientos mantenidos en la musculatura flexora y en adductores de cadera y hombro

- **Tratamiento orofacial:** sabemos que existe una afectación bastante amplia en el paciente, centralizándonos en este aspecto se menciona que pueden aparecer alteraciones en la masticación, en la deglución, en la motilidad ocular y de los párpados y en la mímica facial por lo consiguiente el lenguaje gestual estará bastante comprometido. Las técnicas utilizadas para combatir esto son:
 1. Masoterapia relajante con enfoque descontracturante en la musculatura de cuello, hombros y cara
 2. Ejercicios de mímica para aumentar la flexibilidad y ganar expresión.
 3. Ejercicios progresivos de masticación y deglución de alimentos donde comience por líquidos y después sólidos.
- **Mejorar la función respiratoria:** el proceso de rigidez e hipocinesia traen consigo complicaciones en la mecánica respiratoria del paciente, por esta razón es importante enfocarse en este aspecto, los mecanismos de tratamientos fisioterapéuticos se basaran en:
 1. Respiraciones diafragmáticas.
 2. Expansiones costales
 3. Ejercicios combinados con ciclos respiratorios; inspiración y espiración
- **Reeducación del equilibrio y las reacciones posturales:** en personas con Parkinson se puede observar afectaciones importantes en el mantenimiento del equilibrio que como sabemos consta de dos aspectos importantes: base de sustentación y punto de caída de la línea de la gravedad, los cuales no cuenta un paciente con la patología ya mencionada. Debido a esto la fisioterapia se encargara de otorgar una reeducación de equilibrio que constara de: desplazamientos anteroposteriores y laterales, pasivos y activos, progresando desde las posiciones más estables (con mayor base de sustentación) a las más inestables: decúbito lateral, sedestación, cuadrupedia, de rodillas, posición de caballero, bipedestación y apoyo unipodal.

- **Reeducación de la marcha:** como se mencionó anteriormente un paciente con Parkinson tiene la característica marcha festinante además de los siguientes trastornos:
 1. Indecisión en el primer paso y dificultad en los cambios de dirección, en este caso este trastorno su tratamiento se enfocara en estímulos y órdenes enérgicas que mantengan la atención del paciente es decir se mantendrá una diferente situación y estímulos que capten una completa atención
 2. Paso corto y acelerado: se emplean uso de huellas o bien obstáculos que marquen la longitud del paso en el paciente
 3. Disminución en la altura del paso, no realiza triple flexión: cadera, rodilla, tobillo:

Concluyendo el ensayo en su totalidad puedo mencionar que realmente considero que es un texto demasiado interesante puesto que la enfermedad / Síndrome de Parkinson es una patología que se ve a diario en la sociedad y por desgracia no es tratada con la importancia necesaria, basándome en la información del texto se menciona que es una enfermedad que no es diagnosticada correctamente por lo consiguiente existen números elevados de casos en donde se diagnostica hasta que está en fases avanzadas, lo que realmente considero que desgraciadamente es demasiado tarde ya que como sabemos es una enfermedad progresiva en donde el paciente llevara distintos estadios de desgaste en el cuerpo, como la característica triada parkinsoniana que como tal crea una gran afectación y procesos dolorosos al paciente. De igual manera es vital que la sociedad sepa que esta patología realmente no solo afecta a adultos mayores, básicamente si tiene mayor incidencia en ellos pero pueden ocurrir casos de Parkinson en personas menores de 50 años sin embargo por esta creencia de solo afecta a adultos mayores no le otorgan la atención y tratamiento correcto. Enfocándome en la fisioterapia para el Parkinson realmente yo la encontré muy interesante y completa puesto que todos los tratamientos mencionados se encargan del paciente en conjunto y no de un solo aspecto de la enfermedad, es decir se especializa en un estado completo de alivio del dolor, ahora bien es vital que todo personal de salud no solo se enfoque en tratamientos farmacológicos si no también sepa de los tratamientos fisioterapéuticos correctos y como se realizan para los pacientes para que de esta manera sean un gran puente de mejoría en el paciente.