

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

**MATERIA: MEDICINA FÍSICA Y DE
REHABILITACIÓN**

**DOCENTE: LIC JOSÉ SEBASTIAN PÉREZ
FLORES**

ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 5°A

TEMA:

**“PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN FÍSICA
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE
PARKINSON”**

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es una patología lentamente progresiva del sistema nervioso central, descrita por primera vez en 1817 por James Parkinson como paralysis agitans. Se caracteriza clínicamente por bradicinesia, temblor, rigidez e inestabilidad postural, aunque se pueden presentar otros signos y síntomas, por lo que actualmente se considera como una patología clínicamente heterogénea. El diagnóstico de la EP es un reto y es principalmente un diagnóstico clínico.

En el siguiente escrito nos enfocaremos a la progresión de la enfermedad, sus características y tomando como punto importante la rehabilitación del paciente y una mejoría de sus actividades.

Fisiopatología

Las alteraciones motoras en la EP se pueden relacionar funcionalmente con un desequilibrio entre las estructuras corticales y subcorticales, en particular los ganglios basales. Estas estructuras participan en asas anatómicas y funcionales segregadas que dependen de áreas corticales y talámicas específicas, asas “motora”, “asociativa” y “límbica”.

Normalmente, el estriado y el núcleo sub-talámico reciben aferencias glutamatérgicas desde áreas específicas de la corteza o el tálamo, y transfieren esta información a los núcleos de salida de los ganglios basales (segmento interno del globo pálido y pars reticulata de la sustancia negra, GPi/SNr). Las proyecciones entre el cuerpo estriado y el GPi/SNr se dividen en dos vías separadas, una directa, monosináptica, y una indirecta a través del núcleo subtalámico (NST) y el globo pálido. Las señales de salida de GPi/SNr van a los núcleos talámicos ventral anterior y ventro lateral (VA/VL) que a su vez tienen proyecciones hacia la corteza. Las proyecciones de los ganglios basales bajos llegan a los núcleos talámicos centromedial y parafascicular (CM/Pf) y al puente.

OBJETIVOS DE FISIOTERAPIA

- Aliviar el dolor.
- Corregir las alteraciones posturales, previniendo la aparición de rigideces articulares.
- Fortalecer la musculatura debilitada. Corregir acortamientos musculares.
- Ganar expresividad y funcionalidad de la musculatura oro facial. Facilitar la deglución y la masticación.
- Mejorar la función respiratoria.
- Mejorar la función intestinal.
- Mejorar el equilibrio y las reacciones posturales
- Mejorar la coordinación.
- Corregir los trastornos de la marcha.
- Reeducación de las transferencias.

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. Las técnicas que

vamos a emplear con una finalidad puramente analgésica va a ser:

- Masoterapia, fundamentalmente técnicas de roce superficial y amasamiento.
- Electroterapia analgésica, corrientes tipo TENS

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. Los pacientes en fases avanzadas no son conscientes de su alteración, lo que dificulta la reeducación postural

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.

Mejorar la función respiratoria

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

Esto sumado a la disminución del reflejo de la tos para limpiar la vía aérea indica la importancia del aspecto funcional respiratorio durante la sesión de tratamiento. Las técnicas de Fisioterapia respiratoria que vamos a emplear serán las siguientes:

- Respiraciones diafragmáticas.
- Expansiones costales.
- Ejercicios combinados con ciclos respiratorios; inspiración y espiración

CONCLUSIÓN

La rehabilitación física en el paciente con Parkinson es de mucha ayuda pues se enfoca de gran forma a practicar y aprender actividades específicas. Para ello es importante considerar el efecto de parámetros como intensidad, especificidad y complejidad de la terapia para ajustar el programa a las características de cada paciente

En el manejo del paciente con enfermedad de Parkinson es necesario un equipo multidisciplinario que incluya a diferentes especialistas médicos (rehabilitador, neurólogo, psiquiatra, urólogo, ortopedista), terapeutas físicos, ocupacionales y de lenguaje, psicólogo, trabajador social, nutriólogo y enfermeros. El especialista en rehabilitación debe evaluar y manejar las principales limitaciones que resultan de esta enfermedad.