



**Tienda eFisioterapia.net**  
<http://www.efisioterapia.net/tienda>  
**Compra en la web nº1 de Fisioterapia**

Tens y electroestimuladores: electroestimulación al mejor precio, camillas de masaje, mecanoterapia, electroterapia, ultrasonidos... y mucho más. Visítanos en <http://www.efisioterapia.net/tienda>

## TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN PACIENTES CON PARKINSON

**AUTORA: Verónica Lara Serrano.**

**Promoción 2005-2008. Escuela de Fisioterapia de la Universidad de Valencia.**

### INTRODUCCIÓN

La "parálisis agitante" o más comúnmente llamada enfermedad de Parkinson (EP), fue descrita por primera vez, por el doctor inglés James Parkinson en el año 1817. Es una enfermedad neurodegenerativa, de progreso lento e invalidante tanto física, cognitiva y socialmente. Se estima afecta al 1% de la población mayor de 50 años, siendo la media de edad de comienzo entre los 60 y 65 años.

El "Síndrome Parkinsoniano" es el grupo de alteraciones en que se desarrollan los síntomas y signos característicos de la EP, pero en forma secundaria a otra enfermedad neurológica, como por ejemplo en parkinson de origen vascular o en la enfermedad de Alzheimer. Así, mientras que la Enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo primario que se produce en la segunda mitad de la vida y sigue un curso progresivo, el síndrome parkinsoniano tiene una historia natural que depende de su causa.

En la actualidad no se conoce ni su etiología, ni un tratamiento para curar la EP; aunque se barajan posibles factores del origen de esta enfermedad y un tratamiento para paliar las disfunciones que se presentan en las diferentes etapas de este síndrome.

En la fisiopatología de la EP podemos encontrar un déficit de las neuronas productoras de dopamina, un neurotransmisor esencial para el control de la coordinación del movimiento y la postura. Para que la EP se manifieste clínicamente en el paciente se precisa de la pérdida del 80% de estas neuronas.

Un estudio realizado por investigadores estadounidenses, concluía en la revista <> que los hombres tienen 1,5 veces más de riesgo que las mujeres de padecer la enfermedad, y parecen ser que la edad, los genes y la exposición de toxinas medioambientales tienen que ver con este echo.

Desde la Asociación de Parkinson de Villarrobledo se está llevando a cabo un tratamiento integral con personas que padecen esta enfermedad; en donde reciben terapia psicológica, terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia. En primera estancia, el paciente y los familiares tienen una entrevista con la trabajadora social, a la que le aportan todos los datos e informes médicos más recientes; y a continuación cada profesional de las áreas arriba citadas, procederá a la evaluación y a la anamnesis en privado con el paciente.

Para saber en qué estadio de la enfermedad se encuentra el paciente de forma rápida y objetiva, atendemos esta clasificación:

- I.** Inicio proceso: triada parkinsoniana: hipertonía, aquinesia y temblor. (3 años de evolución)
- II.** Trastornos posturales. Cifosis marcada, actitud en flexión. (6 años de evolución)
- III.** Trastornos de equilibrio y afectación reflejos posturales y enderezamiento. (7 años de evolución)
- IV.** Incapacidad A.V.D. "Fenómeno on-off". Están muy activos y luego cambian a un estado pasivo en silla o en cama. (9 años de evolución)
- V.** Confinamiento silla o en cama. (14 años de evolución)

#### Principales disfunciones

Rigidez  
Bradicinesia

#### Otras disfunciones

Aquinesia (ausencia mímica)  
Hipersialorrea

Temblor de reposo (4-6 Hz)  
Hipertonía generalizada  
Trastornos de la postura y equilibrio

Debilidad en la voz  
Depresión  
Deterioro cognitivo

## MATERIAL Y METODO

En nuestro centro, y específicamente desde el área de fisioterapia, hemos querido hacer un estudio comparativo entre los diferentes tipos de parkinsonismo con los que trabajamos día a día, intentando llevar a cabo los siguientes objetivos:

- Facilitar la ejecución y el control de los movimientos.
- Prevenir retracciones musculotendinosas.
- Promover acciones paliativas: ejercicios respiratorios, coordinación óculo-manual, A.V.D...
- Sobre todo favorecer la independencia del paciente.

### Examen y valoración.

- Examen objetivo: estado físico, tipo desplazamiento, desnutrido, úlceras por presión
- Interrogatorio: obtener perfil estado anímico (preguntar por dificultad para las AVD)
- Nivel sensorial: reconocimiento del movimiento, discriminación de objetos, exploración estereognosia.
- Valoración muscular y articular. Trofismo y recorridos.
- Marcha, equilibrio y coordinación: modelo de marcha, cambios de posición, coordinación óculo-manual, destreza AVD.

### Tratamiento fisioterápico

- Tabla cinesiterapia:
- Raquis cervical:
  - Movilidad general: Flexo-extensión, rotaciones, lateralizaciones.
  - Isométricos para musculatura flexora, extensora, rotadora y lateralizadora.
  - Estiramientos de la musculatura arriba citada.
  - Diagonales Kabat.
  - Relajación cintura escapular: circunducción de hombros, arriba-abajo hombros...
- Miembros superiores:
  - Movilidad general:
    - Flexo-extensión, abducción-aducción, rotaciones de hombro.
    - Flexo-extensión, prono-supinación de antebrazo.
    - Flexo-extensión, abd-add, circunducción de muñeca
    - Flexo-extensión de dedos.
  - Estiramientos: pectorales, bíceps, tríceps y músculos del antebrazo.
- Miembros inferiores:
  - Movilidad general:
    - Flexo-extensión, abd-add, rotaciones de cadera.
    - Flexo-extensión y rotaciones de rodilla.
    - Flexo-extensión, inversión-eversión de tobillo.
    - Flexo-extensión de dedos.
  - Estiramientos de cadena anterior y posterior del miembro inferior.
  - Ejercicios de propiocepción de rodilla y tobillo.
- Ejercicios respiratorios: torácicos, diafragmáticos y toraco-diafragmáticos. Repetir cada ejercicio 5 veces, inspiraciones y espiraciones profundas y alternar con respiraciones normales.
- Tratamientos de electroterapia: Ultrasonidos, TENS, corrientes excitomotoras, interferenciales, infrarrojos...
- Ejercicios de equilibrio: Caminar sobre una línea recta, Desplazamientos laterales levantando un pie del suelo, tablas basculantes...
- Ejercicios de coordinación: Alternar miembro superior con inferior; lanzamientos de pelota, primero

en sedestación y luego en bipedestación.

- Ejercicios de marcha: Alargar el paso, balanceo de los brazos, disociación de cinturas, marcha con paradas, cambios de sentido y circuitos con obstáculos.
- Ejercicios de relajación:
  - En supino, empujar primero con talones, después con palmas de las manos, codos, hombros y por último cabeza contra camilla, contar hasta 3 y relajar, repetir 2 veces más.
  - En prono, empujar primero con empeine, después con rodillas, muslos y por último manos contra camilla, contar hasta 3 y relajar, repetir 2 veces más.

Enfoque fisioterápico según estadios

**I.** Conserva aun reacciones de equilibrio. Corrección alteración postura, prevención rigidez y otros problemas.

**II.** Aparición grandes síntomas. Reeducar equilibrio y marcha.

- En silla o encamado. Prevenir complicaciones de inmovilidad.

Las sesiones se realizan de forma grupal con un número que oscila entre las 5 y las 10 personas, e individualmente con una duración aproximada de 45 minutos.

Para llevar un plan de cuidados adecuado se utiliza el siguiente material: camilla de exploración, camilla neurológica, paralelas, espalderas, lámpara de infrarrojos, aros, pelotas, cuerdas, picas, mancuernas, manguitos lastrados, colchonetas, sillas, rueda de hombros, escalerilla de dedos, equipo de electroterapia, ultrasonidos, mesa de manos, autopasivos de hombro, tracción cervical y equipo de música.

#### RELACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

<b>paciente</b>	<b>edad</b>	<b>sexo</b>	<b>años</b>	<b>evolución</b>	<b>EP</b>	<b>estadio</b>	<b>deterioro cognitivo</b>	<b>EP debido a</b>
Paciente 1	74	M	2004	I	NO			Idiopático
Paciente 2	82	F	2002	I	SI			demencia
Paciente 3	66	M	2003	I	NO			Componente Vascular
Paciente 4	76	F	2004	II	NO			Componente Vascular
Paciente 5	68	M	2007	II	SI			Componente Vascular
Paciente 6	68	M	1998	II	SI			Componente Vascular
Paciente 7	78	F	2004	II	NO			Componente Vascular
Paciente 8	60	M	1996	II	NO			Idiopático
Paciente 9	80	F	2001	III	SI			Atrofia cortical
Paciente 10	71	M	2000	III	NO			EP asociada a polineuropatía
Paciente 11	71	M	1996	III	SI			Idiopático
Paciente 12	85	M	2002	IV	SI			Componente Vascular
Paciente 13	83	F	1999	IV	SI			Componente Vascular
Paciente 14	73	M	2000	IV	SI			demencia
Paciente 15	87	F	2004	IV	SI			demencia

#### RESULTADOS

Haciendo referencia a la tabla que mostramos, aunque sabemos que no hay gran cantidad de datos, queremos hacer unos apuntes de lo que hemos podido observar:

- En cuanto al sexo 6 de los pacientes que tenemos son mujeres y 9 son hombres, por lo que no queremos generalizar, aunque podemos afirmar que la EP es más común en los hombres que en las mujeres de nuestro centro.

- En el 46.6% de los pacientes, se encontraba un componente vascular asociado a la enfermedad, el 20% de los pacientes padecía parkinson de origen idiopático, otro 20% tenía parkinsonismo debido a demencia tipo Alzheimer y el resto del porcentaje, 13.4, presentaba síndromes parkinsonianos debido a otras enfermedades.

- Lo más significativo que hemos podido observar, es que la mayoría de los pacientes descritos en esta muestra, 11 de los 15 pacientes totales que había, presentan deterioro cognitivo, y más acentuadamente en estadios posteriores, aunque no está del todo claro, porque la enfermedad no afecta de igual forma a unos sujetos que a otros.

- Por último, y para acabar este apartado decir que para el diagnóstico clínico se considera necesaria la presencia de dos síntomas fundamentales, o de un síntoma principal asociado a otros dos secundarios.

## CONCLUSIONES

- Como hemos podido observar no hay correlación entre el tiempo de evolución y los síntomas, es decir, la EP es una enfermedad heterogénea y no afecta de la misma forma a dos individuos, ni se manifiesta con los mismos síntomas en unos que en otros.

- Por otra parte la edad juega un papel muy importante junto a otros factores, sin embargo, diremos que mientras más tardía es la aparición de la enfermedad, más benigno será el curso evolutivo de la misma.

- Las alteraciones cognitivas y de la conducta que aparecen en esta enfermedad debido al tratamiento farmacológico o/y a la propia enfermedad puede dificultar la calidad de los demás tratamientos interdisciplinares.

- La evolución de la enfermedad no sigue un curso lineal, sino que existen periodos en los que remite, y otros periodos en los que aparecen nuevos síntomas o se acentúan los que ya existían.

- La capacidad olfatoria se ve reducida en los primeros estadios.

- Los síntomas no motores limitan más que los procesos motores, como puede ser: la dificultad para expresarse verbalmente, el deterioro cognitivo, la depresión...

- El diagnóstico de la EP se considera comúnmente simple; pero, en realidad, sólo el 75% de los diagnósticos clínicos de EP, se confirman por estudios anatomopatológicos en la autopsia de pacientes que recibieron este diagnóstico.

- La enfermedad de Parkinson no distingue de estatus social, ni tampoco es una enfermedad moderna. Si es verdad que ha habido grandes avances en este campo debido a que en pleno siglo XXI se considera la segunda enfermedad neurodegenerativa por debajo de la enfermedad de Alzheimer.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bayés Rusiñol, Ángels. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos manual de ejercicios prácticos; Ars Medica, 2003 Barcelona, pág. 11-54.
- Cosculluela i Vidal, Mónica. Consejos para mejorar el estado físico de pacientes con enfermedad de Parkinson; Bristol-Myers-Squibb. Con el aval de Sociedad Española de Neurología.
- [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermedad\\_de\\_parkinson\\_.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermedad_de_parkinson_.pdf)
- <http://www.red-farmamedica.com/spo/enfermedaddeparkinson.htm>
- Tapia Nuñez, J., Chaná Cuevas, P. Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson; Revista Neurology 2004; 38 (1): 61.
- Recorte de periódico ABC a fecha de 17/4/2004, sección sociedad, con el título: Uno de cada diez nuevos casos diagnosticados de parkinson en España tiene menos de cincuenta años, pág. 36.
- Apuntes tomados de las charlas informativas recibidas en el II Congreso Español sobre la enfermedad de Parkinson los días 25, 26 y 27 de Octubre en la ciudad de Toledo.



**[Tienda eFisioterapia.net](http://www.efisioterapia.net)**

**<http://www.efisioterapia.net/tienda>**

**[Compra en la web nº1 de Fisioterapia](http://www.efisioterapia.net/tienda)**

Tens y electroestimuladores: electroestimulación al mejor precio, camillas de masaje, mecanoterapia, electroterapia, ultrasonidos... y mucho más. Visítanos en <http://www.efisioterapia.net/tienda>

© <http://www.efisioterapia.net> - portal de fisioterapia y rehabilitacion