

Guía de Rehabilitación Enfermedad de Parkinson

**División de Prevención y Control de Enfermedades
División de Atención Primaria**

Rehabilitación del Paciente con Enfermedad de Parkinson

Realizar un abordaje integral y transdisciplinario del paciente con Enfermedad de Parkinson, desde el diagnóstico y durante toda la evolución de la enfermedad, resulta fundamental para preservar y prolongar la condición funcional y calidad de vida del paciente, familia y cuidador.

Objetivos:

- Mantener calidad de vida
- Prevenir la pérdida funcional en áreas específicas:
 - Movilidad,
 - Estabilidad postural,
 - Coordinación y marcha,
 - Resistencia al esfuerzo,
 - Mejorar o mantener las funciones cardiorrespiratorias,
- Prevenir caídas,
- Preservar la funcionalidad e independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que permitan prolongar su independencia

El paciente debe ser enviado al Centro de Rehabilitación por el médico de atención primaria con su Ficha de Derivación (Anexo N° 1)

En Centro de Rehabilitación el kinesiólogo se deberá evaluar funcionalmente a la persona enferma de Parkinson: Ficha de Evaluación Funcional (Anexo N° 2)

Con los antecedentes médicos, más la evaluación funcional se elaborará el plan de atención que considere las siguientes etapas de la Enfermedad de Parkinson:

Fase Inicial:

Comprende los estadios 0 y 1 de la escala de Hoehn y Yarh (anexo 3). Enfátice en las siguientes intervenciones:

- Evaluar e identificar tempranamente los problemas relacionados con alteraciones del movimiento.
- Fomentar la participación del EP en programas diseñados para mejorar la condición física general (cardiovascular, respiratorio, músculo esquelética y sensorial).
- Prevenir y tratar la inestabilidad postural.
- Prevenir deficiencias en la marcha y traslado
- Realizar acciones para intervenir y controlar el tono muscular.
- Tratar la debilidad muscular, las limitaciones articulares, la disfunción oromaxilofacial y respiratoria.
- Utilizar estrategias de movimientos y destrezas sicomotoras a lo largo de la enfermedad.
- Educar y capacitar a los pacientes, familiares y cuidadores.
- Evaluar los posibles efectos farmacológicos sobre el rendimiento motor del paciente.
- Incorporar esquemas sobre la base de bailes individuales, en parejas y grupales.
- Se recomienda para esta fase, intervenir con 24 sesiones por año.

Fase de Mantenimiento:

Comprende los estadios 2 al 4 de la escala de Hoehn y Yarh (anexo 1). Enfátice en las siguientes intervenciones:

- Actualice la evaluación Funcional del EP.
- Evalúe el entorno en donde se desenvuelve el paciente (entrenamiento en el hogar y comunidad).
- Prevención de caídas.
- Reeduque cambios de posición, traslados, desplazamientos y marchas.
- Potencie la actividad músculo esquelética global y aumento progresivo en la exigencia (flexibilidad, destrezas sicomotoras, fuerza y resistencia muscular)
- Aplique estrategias de trabajo individual y grupal que potencien la funcionalidad.
- Incorpore en la medida de lo posible esquemas sobre la base de bailes individuales, en parejas y grupales, asumiendo las medidas de prevención de accidentes y caídas.

- Utilice sonidos y ritmos (metrónomo, claves, percusiones) y pistas visuales en trabajo de marcha, equilibrio y coordinación.
- Determine y enseñe el uso de ayudas técnicas según la funcionalidad.
- Eduque a familiares y cuidadores para que asuman medidas que favorezcan el movimiento activo y funcional.
- Capacite a familiares y cuidadores para el cuidado y tratamiento integral del paciente.
- Se recomienda para esta fase, intervenir con 36 sesiones por año.

Fase Avanzada o Tardía:

Comprende los estadios 5 de la escala de Hoehn y Yahr (anexo 3). Asegúrese que el trabajo se realice en conjunto entre kinesiólogo, enfermera, familia y cuidador, especialmente orientada a los cuidados del paciente postrado, poniendo énfasis en:

- Manejo adecuado de maniobras para cambios de posición y movilización.
- Favorecer la nutrición y cuidados de la piel
- Prevenir y tratar los problemas respiratorios crónicos y agudos.
- Favorecer la dinámica del tórax.
- Prevenir accidentes y situaciones de riesgo para el paciente, familia y cuidador.
- Aplicar pautas de trabajo dosificadas según la condición del paciente, que favorezcan la preservación de algunas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Indicar y ejecutar pautas de ejercicios en el domicilio, considerando edad, deterioro cognitivo, medicación y otros trastornos.
- Evaluar periódicamente la eficacia de la intervención.
- Asuma medidas de autocuidado profesional e instruya en igual medida a familiares y cuidadores.
- Se recomienda para esta fase, intervenir con 24 sesiones por año.

Seguimiento:

Para lograr los propósitos anteriormente descritos, se deben enseñar rutinas de ejercicios, evaluar la necesidad de incorporar el uso de ayudas técnicas y medidas de prevención según evolución de la enfermedad, donde la educación del paciente, familiares y cuidadores deben jugar un rol activo en el proceso de rehabilitación.

Ejercicios Físicos

Esta demostrado que el ejercicio físico es la mejor intervención para promover, preservar, potenciar y recuperar la funcionalidad del paciente con Enfermedad de Parkinson.



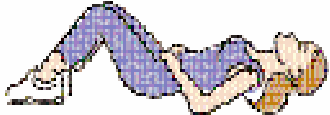
Objetivos

- Mejorar la dinámica respiratoria
- Disminuir la rigidez
- Mejorar y evitar alteraciones de la postura
- Mejorar el equilibrio y estabilidad postural.
- Mejorar la coordinación
- Estimular y facilitar la marcha
- Facilitar los cambios de posición

Ejercicios para mejorar la respiración:

Objetivos:


- Aumentar la movilidad de la caja torácica.
- Aumentar el volumen respiratorio y volumen pulmonar.
- Disminuir la frecuencia respiratoria.
- Mejorar el control del lenguaje oral.

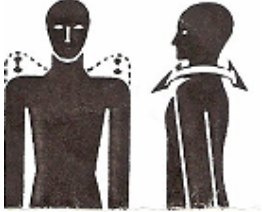




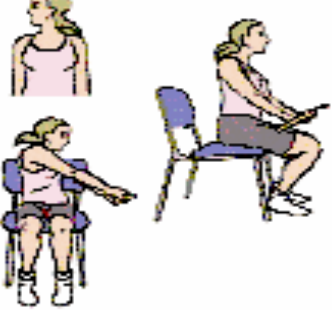
<p>La respiración es fundamental, por lo que el paciente debe hacer uso de toda la musculatura respiratoria complementaria, por lo tanto se deben movilizar los segmentos corporales (EESS) que ayuden a aumentar la amplitud de la caja torácica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Entre ejercicios es conveniente realizar tres respiraciones profundas, al inspirar levantar los brazos 	
<ul style="list-style-type: none"> Al espirar bajar los brazos, si es posible espirar más de lo inspirado, provocando el descenso activo del músculo diafragma. 	
<p>Respiración Diafragmática: (5 repeticiones)</p> <ul style="list-style-type: none"> Acuéstese boca arriba con la cabeza bien apoyada y las piernas flexionadas. Coloque una mano sobre su abdomen y la otra sobre el tórax. Inspire profundamente por la nariz hinchando el vientre. Expulse el aire por la boca mientras el vientre se deshincha ayudándose con la mano 	
<p>Respiración Costobasal: (5 repeticiones)</p> <ul style="list-style-type: none"> Acuéstese boca arriba con la cabeza o bien apoyada y las piernas flexionadas. Coloque las dos manos sobre las últimas costillas Inspire profundamente por la nariz expandiendo la caja torácica. Expulse el aire por la boca ayudándose con las manos presionando sobre las últimas costillas. 	
<p>Estiramiento de los músculos pectorales 5 repeticiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Acuéstese boca arriba con la cabeza bien apoyada y las piernas flexionadas. Coloque los brazos estirados a lo largo del cuerpo. Levante los brazos estirados por encima de la cabeza tan atrás como pueda con los codos en extensión e inspirando. Baje los brazos y suelte el aire 	




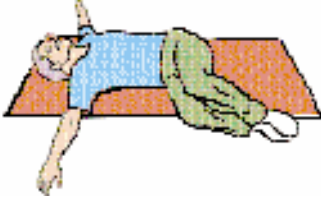
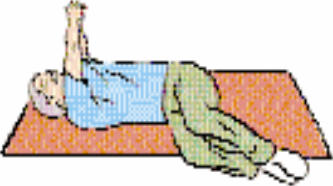

Ejercicios para Disminuir la Rigidez:

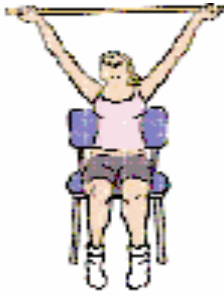


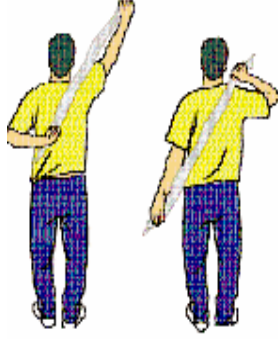
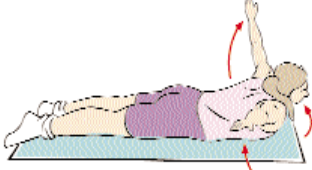

Objetivos:


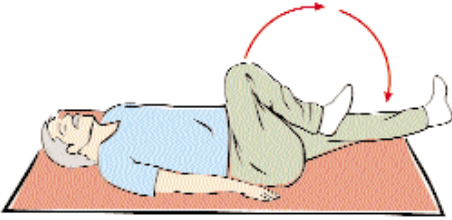


- Reducir la rigidez
- Aumentar la flexibilidad
- Disminuir el dolor articular
- Combatir los calambres

<p>a) Ejercicios de para la movilidad de cabeza Inclinación lateral (repetir 10 veces)</p> <ul style="list-style-type: none"> Asuma la posición sedente o de pie. Inspire. Espire mientras inclina la cabeza hacia un hombro. Vuelva a la posición de partida e inspire de nuevo. Espire al inclinar la cabeza hacia el otro hombro. 	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación y descenso de hombros (10 veces). <p>Hombros atrás y adelante, realizar el doble de ejercicios hacia atrás para evitar el acortamiento del músculo pectoral y con ello la proyección anterior de hombros</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Girar la cabeza, mirar detrás del hombro, luego mirar al frente y mirar luego al hombro contrario. ▪ Realizar este ejercicio 10 veces, estando perfectamente sentado, el ejercicio se debe ejecutar lentamente y con rangos articulares amplios. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doblar el cuello, lateralmente tratando de tocar el hombro con la oreja. (Repita 10 veces con los ojos abiertos). 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mirar lentamente el ombligo y llevar la cabeza hacia atrás dirigida por la posición de los ojos. (10 veces, estando el EP bien sentado). 	
<p>b) Rotación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En posición bípeda o sedente. ▪ Inspire. ▪ Espire girando la cabeza hacia la derecha al máximo. ▪ Vuelva a la posición de partida e inspire de nuevo. ▪ Espire girando la cabeza hacia la izquierda al máximo. 	
<p>c) Ejercicios para el tronco:</p> <p>Rotación repetir 10</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siéntese en una silla con la espalda bien recta. ▪ Coja un bastón y colóquelo a la altura de la cintura con los brazos estirados. ▪ Inspire. ▪ Espire llevando el bastón hacia la derecha girando la cabeza hacia el mismo lado. ▪ Inspire y lleve otra vez el bastón al centro. ▪ Repita el movimiento hacia el lado contrario. 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercicios de tronco, inclinación hacia delante, luego hacia atrás. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclinaciones laterales de tronco, con transferencia de peso. ▪ Variante del ejercicio con carga y transferencia 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotaciones de tronco, con base de sustentación amplia, el paciente gira el tronco en el plano transverso disociando cintura escapular de cintura pélvica 	
<p>d) Rotación (repetir 10 veces)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese en el suelo boca arriba con las rodillas dobladas y los brazos en cruz. ▪ Inspire. ▪ Espire mientras lleva las rodillas hacia un lado hasta que toquen el suelo. ▪ Lleve otra vez las rodillas al centro e inspire. ▪ Repita el movimiento hacia el lado contrario. 	
<p>f) Rotación combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese en el suelo boca arriba con las piernas flexionadas. ▪ Entrecruce los dedos de las manos y diríjalos al techo con los codos bien estirados. ▪ Inspire. ▪ Espire llevando las rodillas hacia la derecha y las manos hacia la izquierda. ▪ Vuelva al centro e inspire. ▪ Repita el movimiento hacia el otro lado. 	
<p>g) Flexion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siéntese en una silla con la espalda bien recta. ▪ Coja un bastón con los brazos bien extendidos. ▪ Inspire y lleve el bastón hacia arriba todo lo que pueda. ▪ Espire y lleve el bastón hacia el suelo con los brazos extendidos flexionando la cintura. 	

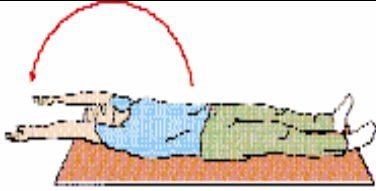
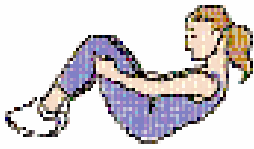


<p>h) Ejercicios para los brazos:</p> <p>Flexión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Siéntese en una silla con la espalda bien recta. ▪ Coja un bastón con los brazos bien extendidos. ▪ Inspire y lleve el bastón hacia arriba todo lo que pueda. ▪ Espire y repose el bastón sobre las rodillas. 	
<p>i) Flexión + rotación externa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspire llevando el bastón hacia arriba y atrás, ▪ Llévelo hasta la nuca si es posible, evitando bajar la cabeza. ▪ Espire estirando los brazos y bajando hasta la posición inicial con los brazos extendidos 	
<p>j) Extensión + rotación interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coja el bastón por detrás de la cintura con las palmas de las manos mirando hacia arriba. ▪ Inspire mientras separa el bastón de la espalda hacia atrás y arriba. Evite inclinar el cuerpo hacia adelante. ▪ Espire mientras baja el bastón a la posición inicial. 	
<p>ñ) Combinados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese de pie y coja por los extremos una toalla doblada. Suba un brazo llevándolo hacia atrás y doblando el codo. Deje que la toalla cuelgue por la espalda. ▪ Coja el extremo inferior con la otra mano girando el brazo hacia adentro y doblando el codo. ▪ Estire el codo del brazo superior flexionando a la vez el inferior y después a la inversa (consiste en simular el hecho de secarse la espalda). ▪ Repita cambiando los brazos de posición. 	
<p>k) Trabajo dorsal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Túmbese boca abajo con los brazos en cruz. ▪ Inspire despegando los brazos del suelo levantando también la cabeza hasta que note que las escápulas se juntan. ▪ Espire bajando los brazos lentamente 	
<p>l) Ejercicios para las piernas</p> <p>Flexión de cadera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese tumbado boca arriba (decúbito supino) con las piernas estiradas. ▪ Inspire y eleve una pierna estirada hacia arriba. ▪ Lleve la punta del pie hacia la nariz notando un estiramiento de la parte posterior de la pierna. ▪ Espire y vuelva a la posición inicial. ▪ Repita con la otra pierna 	

<p>II) Flexión de cadera + flexión de rodilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese tumbado boca arriba con las piernas estiradas. Inspire. ▪ Espire y flexione la pierna llevando la rodilla hacia el pecho ayudándose con las manos. ▪ Vuelva a la posición de partida. ▪ Repita el movimiento con la otra rodilla. 	
<p>n) Bicicleta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Túmbese boca arriba (decúbito supino). ▪ Inspire. ▪ Espire flexionando la pierna y llevando una rodilla hacia el pecho y después la otra. ▪ Realice movimientos de pedaleo en el aire estirando las piernas lo máximo que se pueda. ▪ Repita durante 5 minutos con descansos fuese necesario. 	
<p>m) Extensión de la cadera</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Túmbese boca abajo (decúbito prono). ▪ Inspire. ▪ Espire y eleve una pierna extendida hacia arriba. ▪ Vuelva a la posición inicial. ▪ Repita con la otra pierna. 	
<p>p) Combinado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Túmbese boca abajo con los brazos estirados hacia adelante. ▪ Inspire. ▪ Espire despegando del suelo el brazo izquierdo y la pierna derecha. ▪ Vuelva a la posición inicial. ▪ Repita con la otra diagonal (brazo derecho-pierna derecha). 	

Ejercicios de Estiramiento:

Objetivos:



- Ayudan a mantener flexible el cuerpo y a mejorar el rango de movilidad de las articulaciones
- Dan mas libertad de movimiento para realizar las actividades diarias necesarias para la vida independiente
- Ayudar a prevenir lesiones ya que al tener mejor elasticidad, existe un menor riesgo de ruptura muscular en caso de movimientos bruscos.
- Reducen la tensión muscular y proporcionan una agradable sensación de relajación.
- Aumentan la elasticidad y flexibilidad de ligamentos y cápsulas articulares, mejorando la actividad de las articulaciones y aumentando la extensión de sus movimientos
- Ayudan a la coordinación permitiendo movimientos más libres y fáciles, con más control y equilibrio.
- Preparan para la actividad muscular: un músculo estirado previamente trabaja mejor y rinde más, resiste mejor las tensiones.
- Previenen lesiones musculares y de los tendones.
- Desarrollan el conocimiento de nuestro propio cuerpo: mientras se estiran las diferentes partes del cuerpo vamos tomando conciencia de él.
- Los estiramientos mejoran la circulación sanguínea y la oxigenación de los músculos.
- Mejoran el equilibrio psicofísico. No hay que olvidar que las tensiones musculares se traducen en mentales y viceversa.

<p>a) Estiramiento global de la cadena muscular posterior</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese boca arriba con las rodillas estiradas y los brazos a lo largo del cuerpo. ▪ Inspire a la vez que eleva los brazos hacia atrás por encima de la cabeza y si puede toque el suelo. ▪ Estire los pies con las puntas hacia abajo. ▪ Mantenga 10 segundos y repita 3 veces. 	
<p>b) Estiramiento de la musculatura posterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese boca arriba (decúbito supino) con las rodillas dobladas. ▪ Inspire. ▪ Espire a la vez que lleva las rodillas hacia el pecho ayudándose con las manos. ▪ Levante la cabeza llevando la nariz hacia las rodillas. ▪ Mantenga 10 segundos y repita 3 veces. 	
<p>c) Estiramientos de músculos pectorales y oblicuos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese boca arriba (decúbito supino) con las rodillas dobladas y los brazos en cruz. ▪ Inspire. ▪ Espire y lleve las rodillas hacia un lado y la cabeza hacia el lado contrario manteniendo los brazos fijos en el suelo. ▪ Repita hacia el lado contrario. ▪ Mantenga 10 segundos y repita: realizar 3 veces de cada lado. 	
<p>d) Estiramiento de la parte posterior del muslo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese boca arriba (decúbito supino) con las rodillas estiradas. ▪ Inspire. ▪ Espire subiendo una pierna hacia arriba con la rodilla bien estirada. Note una sensación de tensión en la parte posterior del muslo. ▪ Lleve la punta del pie hacia la nariz. ▪ Mantenga 10 segundos y repita 3 veces con cada pierna. No es necesario llegar a los 90°. Es importante que la rodilla esté bien extendida. 	

Ejercicios para mejorar la postura:

Objetivos:

- Mejorar y prevenir contracturas y deformidades.
- Mejorar y prevenir la pérdida de equilibrio.
- Corregir la postura y así modificar su centro de gravedad.


<p>a) Trabajo de la cadena muscular posterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colóquese de pie apoyando su espalda contra la pared. ▪ Los talones, pantorrillas, glúteos, palmas de las manos, brazos, espalda y cabeza han de tocar la pared. Si no es posible, intente que el espacio entre cuerpo y pared sea mínimo. ▪ Respire profundamente manteniendo los puntos de contacto durante 10 segundos y descanse. 	
<p>b) Trabajo de la cadena muscular posterior + extremidades Superiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colóquese de pie apoyando su espalda contra la pared y manteniendo los puntos antes mencionados en contacto con la pared. ▪ Inspire a la vez que va arrastrando los brazos por la pared hacia el techo, con los brazos bien estirados. ▪ Espire mientras baja los brazos sin perder el contacto con la pared. ▪ Repítalo 5 veces durante 10 segundos. 	
<p>c) Trabajo de la musculatura dorsal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Póngase de pie con las manos en la cintura e intente tener una postura correcta. ▪ Inspire llevando los codos hacia atrás como si quisiera juntarlos. Notará que las escápulas se juntan. ▪ A la vez, saque glúteos hacia atrás aumentando la curva lumbar y estirando las rodillas. ▪ Mantenga la cabeza recta con la barbilla levantada. ▪ Permanezca en esta posición durante 5 segundos. ▪ Espire, relajando la postura. 	

Ejercicios para mejorar el Equilibrio y Estabilidad Postural:

Objetivos:

- Mejorar el equilibrio y estabilidad postural (es muy importante mantener los pies bien separados para aumentar la estabilidad).


<p>a) Caminar sobre una línea recta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese de pie con corrección postural. ▪ Coloque un pie delante del otro caminando sobre una línea recta. ▪ Coloque los brazos en cruz para conseguir un mejor equilibrio. ▪ Fije la vista en un punto durante todo el ejercicio para evitar mirarse los pies y desequilibrarse. 	
--	--

<p>b) Desplazamientos laterales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese de pie con las piernas abiertas. ▪ Desplace el peso del cuerpo hacia la derecha cargando todo el peso sobre esa pierna. Deje la pierna izquierda libre, tocando el suelo sólo con la punta. ▪ Mantenga la posición durante 6 segundos. ▪ Repita el ejercicio desplazando todo el peso sobre la pierna izquierda. ▪ Repítalo 10 veces de cada lado 	
---	---

Ejercicios para mejorar la coordinación:

Objetivos:

- Estos ejercicios le ayudarán a mejorar la coordinación.
- Recomendaciones para realizar los ejercicios:
 - Utilice una pelota de tenis o similar.
 - Primero realice ejercicios en posición sentado.
 - Cuando considere que controla el ejercicio sentado, realícelo de pie



<p>a) Lanzamiento de una pelota:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Póngase de pie en posición de corrección postural. ▪ Agarre la pelota con una mano y láncela al aire. ▪ Recupérela con la misma mano 	
<p>b) Lanzamiento de una pelota:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese de pie en posición de corrección postural. ▪ Agarre la pelota con una mano y láncela al aire. ▪ Recupérela con la mano contraria 	
<p>c) Lanzamiento de una pelota contra una pared:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese de pie en posición de corrección postural. ▪ Lance la pelota con las dos manos contra una pared y vuélvala a coger primero con las dos manos, después con la derecha y por último con la izquierda. ▪ Repita 10 veces por cada modalidad. 	
<p>d) Coordinación bilateral o Bimanual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sitúese sentado con corrección postural. ▪ Pase la pelota por detrás de la cabeza. ▪ A continuación pase la pelota por debajo de cada rodilla alternativamente. ▪ Repita 10 veces con cada modalidad. ▪ Para incrementar la dificultad puede aumentar el ritmo de ejecución. 	

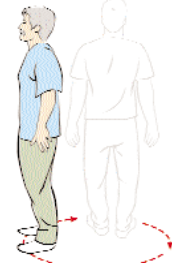






Ejercicios para Mantener y Mejorar la Marcha



Objetivos:

- Caminar correctamente.
- Mejorar la deambulaci3n (equilibrio y coordinaci3n)
- Mejorar los cambios de direcci3n durante la marcha
- Superar los bloqueos que se producen al pasar por lugares estrechos

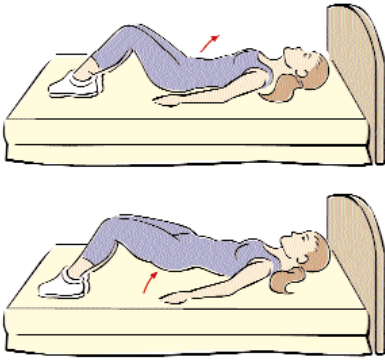
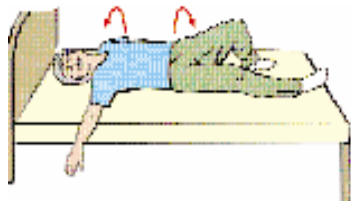
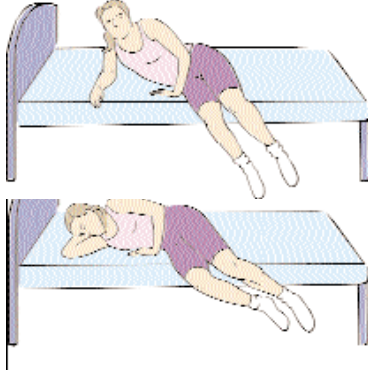
Observaci3n: Es recomendable ejecutar estos ejercicios de forma lenta y con rangos amplios de movimiento. Considerando supervisi3n directa de acuerdo al compromiso funcional de cada paciente


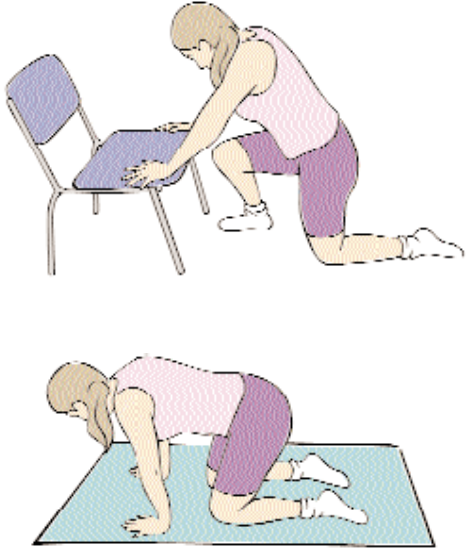
<p>a) Alargar el paso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie, partiendo de una correcci3n postural. ▪ Observe las l3neas del suelo colocadas a una distancia superior a la longitud de sus pasos, ▪ Camine sobrepasando las l3neas del suelo con cada paso marcando el apoyo del tal3n a cada paso. ▪ Avance el brazo contrario al pie que da el paso. 	
<p>b) Rotaci3n del tronco:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie con correcci3n postural. ▪ D3 un paso al frente y toque con ambas manos la cadera de la pierna adelantada girando el tronco. ▪ D3 el paso siguiente girando el tronco y tocando la cadera de la pierna adelantada. ▪ Repita esto durante una distancia de 30 pasos aproximadamente. 	
<p>c) Balanceo de los brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie con correcci3n postural. ▪ Avance un pie dando un paso, y adelante al mismo tiempo el brazo contrario exagerando el movimiento. Continúe andando, alargando el paso y exagerando el movimiento de los brazos para estirar al máxmo los codos. 	
<p>d) Disociaci3n de cinturas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie con correcci3n postural. ▪ D3 un paso levantando al máxmo la rodilla y, al mismo tiempo, t3quela con la mano contraria. Lleve el brazo del mismo lado que la rodilla levantada hacia atrás. Así, podemos aumentar la rotaci3n y movilidad del tronco. ▪ Continúe avanzando levantando las rodillas alternativamente 	
<p>e) Marcha con paradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie con correcci3n postural. ▪ Inicie la marcha incidiendo en paso largo, contacto del tal3n con el suelo y bruceo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cada 5 pasos pare y haga "PEPPE". ▪ P arar ▪ E rguido ▪ P ias Planos ▪ I magínese que tiene delante un Escal3n ▪ R einicie nuevamente la marcha.

<p>f) Cambio de sentidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie con corrección postural. ▪ Inicie la marcha incidiendo en paso largo, contacto del talón con el suelo y braceo. ▪ Cambie el sentido de la marcha levantando los pies del suelo como si trazaran un semicírculo con los pasos. Así evitará que los pies se crucen, pierda el equilibrio y se caiga. ▪ Prosiga realizando la marcha. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llevar rodilla a extensión desde la posición sentada (10 veces) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevar la pierna y luego dejar caer la planta del pie al suelo, primero con una pierna luego con la otra.(10 veces). 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ De pie, con apoyo posterior extender la pierna hacia delante (entre 30° a 45°). 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afirmado detrás de una silla abducir una pierna, luego hacerlo con la otra pierna 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afirmado de una silla extender la pierna hacia atrás 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es importante el trabajo de los pies: apoyo de talón, con elevación del antepié. ▪ Apoyo del antepié con elevación del talón. 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevación y descenso de los ortejos del pie. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antes de la marcha es importante haber trabajado imagen, estabilidad postural y equilibrio frente a un espejo. 	

Ejercicios para facilitar los cambios de posición:

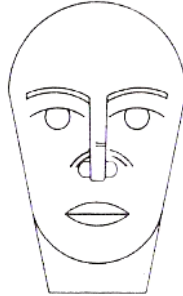
<p>a) Desplazamiento lateral en la cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese boca arriba con las rodillas flexionadas, los pies apoyados sobre la cama y los brazos a lo largo del cuerpo. ▪ Levante la pelvis y desplácela hacia el borde de la cama. ▪ Baje lentamente la pelvis. ▪ Contraiga la musculatura abdominal y ayúdese de los brazos para desplazar el cuerpo y la cabeza. ▪ Repita este movimiento si es necesario 	
<p>b) Darse la vuelta en la cama (hacia la derecha):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbese boca arriba (decúbito supino) con el brazo derecho en cruz. ▪ Gire la cabeza hacia la derecha. ▪ Cruce la mano izquierda por encima del cuerpo despegando el hombro izquierdo. ▪ Doble la pierna izquierda colocando el pie plano sobre la cama. Haga fuerza hasta que consiga levantar la pelvis y completar el giro. 	
<p>c) Levantarse de la cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumbado de lado, saque las piernas de la cama dejándolas colgando. ▪ Haga fuerza con el antebrazo situado debajo y con la mano del brazo que queda encima para incorporar el cuerpo. ▪ Apoye los pies en el suelo y espere unos segundos antes de levantarse. 	

<p>d) Levantarse de una silla:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Siéntese en el borde de la silla.▪ Deslice un pie bajo la silla y el otro hacia adelante.▪ Inclíne el cuerpo hacia adelante.▪ Haga fuerza con las piernas para levantarse.▪ También puede ayudarse con los reposabrazos de la silla.	
<p>e) Levantarse desde el suelo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Después de una caída, intente mantener la calma.▪ Colóquese a "cuatro patas".▪ Aproxímese, gateando, a un punto firme de apoyo (silla, sillón).▪ Colóquese frente a la silla.▪ Sujete con las manos la silla y avance un pie hasta colocarse con una rodilla en el suelo y el pie contrario (el de la pierna más fuerte) apoyado sobre el suelo.▪ Haga fuerza con la pierna de arriba para estirar las rodillas y levantarse.	

Ejercicios para Mantener la Mímica Facial en Enfermos con Parkinson



Arrugar la frente



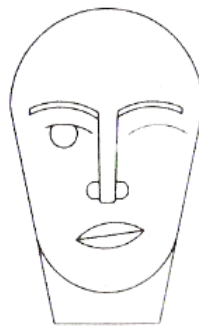
Fruncir la nariz



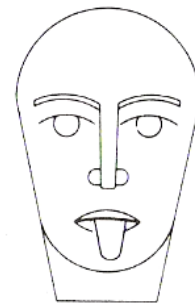
Inflar labio superior y luego el inferior



Cerrar los ojos



Cerrar un ojo, luego y el otro ojo



Sacar la lengua



Abrir la boca todo lo posible



Torcer la boca a izq. y luego hacia derecha



Inflar mejilla derecha luego mejilla izq.

ANEXO N° 1

Escala de **Hoehn y Yarh**. Para valorar la progresión y severidad de la enfermedad de Parkinson.

Estadio 0	No hay signos de enfermedad
Estadio 1	Enfermedad unilateral
Estadio 2	Enfermedad bilateral, sin alteración del equilibrio
Estadio 3	Enfermedad bilateral leve a moderada con inestabilidad postural; físicamente independiente
Estadio 4	Incapacidad grave, aún capaz de caminar o permanecer de pie sin ayuda
Estadio 5	Permanece en silla de rueda o encamado si no tiene ayuda

Ficha de Interconsulta a Rehabilitación

Nombre..... Edad..... RUT.....

1. FACTORES DE RIESGO

PA Pulso FR Tabaco Alcoholismo
 Peso Talla IMC CC Riesgo Cardiovascular
 Glicemia Colesterol

3. DIAGNOSTICO FUNCIONAL

EFAM- CHILE

Autovalente sin riesgo

Autovalente con riesgo

En riesgo de Dependencia

Parte A	Puntaje	Parte B	Puntaje	MMSE	Puntaje
1.-		1.-		1.-	
2.-		2.-		2.-	
3.-		3.-		3.-	
4.-		4.-		4.-	
5.-		5.-		5.-	
6.-		6.-		6.-	
7.-					
8.-					
9.-					
TOTAL					

Indice de Katz

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
Bañarse			
Vestirse			
Usar el Baño			
Trasladarse dentro de la casa			
Continencia			
Alimentarse			

Resultado de Yesavage:..... Resultado de Pfeffer:.....

Motivo de derivación:.....

.....

IV. Antecedentes Clínicos

Patologías	Si	No	Tratamiento Farmacológico	Indicación de Rehabilitación
HTA				
Diabetes				
Dislipidemia				
Insuficiencia Cardiaca				
ATE EEII				
Secuelas de AVE				
Parkinson				
Artrosis Rodilla				
Artrosis Cadera				
Hombro Doloroso				
Artritis Reumatoidea				
Fractura antigua				
EPOC				
Asma				
Depresión				
Demencia				
Incontinencia Urinaria				
Trastorno del Sueño				
Caídas Frecuentes				
Post Operado Caderas				

Observaciones:

.....

.....

.....

Nombre y Firma Medico. **Fecha:**

ANEXO N° 3
EVALUACIÓN KINESICA FUNCIONAL

NOMBRE.:			EDAD:			N° FICHA:					
INGRESO <input type="checkbox"/>			FECHA:.....			REEVALUACIÓN <input type="checkbox"/>			FECHA:.....		
DOLOR OSTEOARTICULAR: Utilice Escala Visual Análoga EVA, escriba el puntaje frente a cada articulación:											
			Der.	Izq.				Der.	Izq.		
Hombro					Cadera						
Columna					Rodilla						
DERECHA			HOMBRO			IZQUIERDA					
1	2	3	PRUEBA DE RASCADO DE LA ESPALDA			3	2	1			
cm.						cm.					
DERECHA			CODO			IZQUIERDA					
1	2	3	FLEXIÓN			3	2	1			
1	2	3	EXTENSIÓN			3	2	1			
1	2	3	SUPINACIÓN			3	2	1			
1	2	3	PRONACIÓN			3	2	1			
DERECHA			MANO			IZQUIERDA					
1	2	3	OPOSICIÓN			3	2	1			
1	2	3	PRENSIÓN			3	2	1			
DERECHA			CADERA			IZQUIERDA					
1	2	3	TEST PERNAS CRUZADAS			3	2	1			
DERECHA			RODILLA			IZQUIERDA					
1	2	3	FLEXIÓN			3	2	1			
1	2	3	EXTENSIÓN			3	2	1			
DERECHO			TOBILLO			IZQUIERDO					
1	2	3	FLEXIÓN			3	2	1			
1	2	3	EXTENSIÓN			3	2	1			
DERECHO			COLUMNA LUMBAR-CADERAS- ISQUIOTIBIALES			IZQUIERDO					
cm.			PRUEBA DE SENTARSE EN LA SILLA Y ALCANZAR LA PUNTA DEL PIE			cm.					
%			FUERZA DE CUADRICEPS			%					
CAIDAS						SI	CANTIDAD				
ESTACIÓN UNIPODAL			DERECHASeg.	IZQUIERDASeg.					
TIMED UP AND GO		Segundo								
SI			AYUDAS TÉCNICAS			NO					
BASTÓN			ANDADOR			SILLA DE RUEDAS		OTRO:			

PESQUISA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIFICULTADES PARA ESCRIBIR (letra pequeña e ilegible) SI NO			
BRADICINESIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Signo Obligado)	RIGIDEZ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Flexión y Extensión de Muñeca y Codo)	TEMBLOR DE REPOSO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Mov. Pulgar – Índice, mano Recíproco)	ARRASTRA UN PIE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA		NO	SI Veces x semana.....
DONDE:			
EV. FUNCIÓN CARDIOVASCULAR: Test de los 6 minutos			
Pulso reposo			
Presión arterial inicial			
Escala de Borg en reposo: número y nombre			
Distancia máxima obtenida con el mayor esfuerzo recorrida en metros			
Escala de Borg al finalizar: número y nombre			
Frecuencia cardiaca después de la marcha			
Presión arterial final.			
ANTECEDENTES PSICOSOCIALES Y REDES			
¿Se siente acompañado (a)?		si	no
¿Siente que las personas de casa se preocupan de usted?			
¿Le agrada participar en actividades de grupo?			
¿Presenta alteraciones del sueño?			
DIAGNÓSTICO KINÉSICO FUNCIONAL:			
PRESTACIONES KINESICAS			
Alivio Dolor <input type="checkbox"/>	Rangos articulares <input type="checkbox"/>	Fuerza muscular <input type="checkbox"/>	Integración psicosocial <input type="checkbox"/>
Marcha <input type="checkbox"/>	AVD <input type="checkbox"/>	Tolerancia al esfuerzo <input type="checkbox"/>	Cognición <input type="checkbox"/>
Equilibrio <input type="checkbox"/>	Prevención de caídas <input type="checkbox"/>	Ayudas técnicas <input type="checkbox"/>	Fisioterapia <input type="checkbox"/>
Otros:.....			
PLAN DE TRATAMIENTO		INDIVIDUAL/ N° SESIONES	GRUPAL/ N° SESIONES

KINESIÓLOGO:.....

ANEXO N° 4
INSTRUCTIVO DE FICHA INGRESO Y REEVALUACIÓN
KINESICA INTEGRAL

Objetivos:

1. Medir la funcionalidad integral desde el punto de vista: físico, sensorial y psicosocial.
2. Efectuar un diagnóstico kinésico funcional a partir de la funcionalidad medida.
3. Determinar los objetivos a intervenir
4. Elaborar un plan de atención de acuerdo a los déficit detectados.
5. Evaluar los cambios obtenidos al finalizar la intervención.

Áreas de la Ficha

La ficha se compone de las siguientes áreas:

- I. Identificación del paciente.
- II. Antecedentes clínicos e indicación médica de rehabilitación.
- III. Dolor osteoarticular.
- IV. Screening de la funcionalidad segmentario.
- V. Evaluación de la fuerza muscular de cuádriceps.
- VI. Reporte de caídas
- VII. Evaluación de la estabilidad postural.
- VIII. Uso de ayudas técnicas
- IX. Registro de la práctica de actividad física.
- X. Sospecha de Enfermedad de Parkinson.
- XI. Evaluación de la función cardiovascular.
- XII. Pesquisa de antecedentes psicosociales y de redes.
- XIII. Diagnóstico kinésico y objetivos de tratamiento.
- XIV. Modalidades de intervención.
- XV. Trabajo con monitoras de la comunidad

I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Registrar el nombre, edad, número de ficha y RUT del paciente, así como la fecha de ingreso o reevaluación.

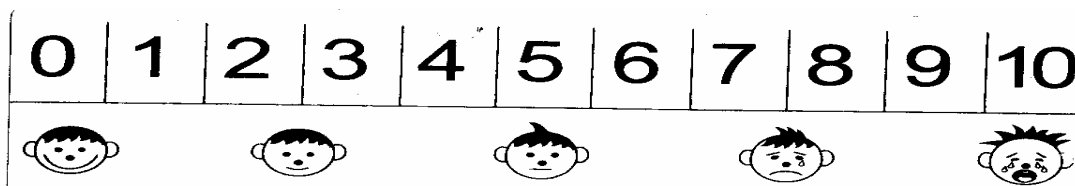
II. ANTECEDENTES CLÍNICOS E INDICACIÓN MÉDICA DE REHABILITACIÓN.

El paciente será derivado a kinesiólogo con los siguientes antecedentes: condiciones de riesgo, evaluaciones funcionales (Índice de Katz, EFAM) Yesavage, Pfeffer, patologías, fármacos que actualmente tiene indicados el paciente por patología e indicación médica de rehabilitación.

III. DOLOR OSTEOARTICULAR:

Localización y medición de la percepción del dolor osteoarticular: El dolor osteoarticular se medirá mediante la **Escala visual análoga (EVA)**: que consiste en una regla en línea horizontal, donde se observan inscritos los números del cero al diez. Usted debe solicitar al paciente que asocie al dolor con el número de la siguiente forma:

“Dígame, cuanto le duele su.....entre “0” y “10”, siendo “0” igual a ningún dolor y “10” a un dolor insoportable.



Si el paciente no asocia el número a su valor simbólico, puede utilizar las imágenes de los rostros que aparecen bajo los números para lograr de una forma indirecta cuantificar la percepción del dolor

Registrar la intensidad del dolor reportado en casilleros (hombro, columna, cadera y rodilla). Si lo requiere anote bajo los casilleros otras articulaciones que presenten dolor.

Considere que entre los primeros síntomas de la Enfermedad de Parkinson está el dolor articular pseudo reumático probablemente secundario a la rigidez muscular.

IV. SCREENING DE LA FUNCIONALIDAD ARTICULAR SEGMENTARIO

Objetivo: detectar disfunciones de las extremidades o columna para luego proceder a una evaluación específica si lo requiere.

Consideraciones:

- Observe los movimientos durante todas las fases de las pruebas en busca limitaciones, alteración del ritmo y asimetría.
- Detener la prueba si el paciente experimenta dolor.
- Demuestre y luego solicite al paciente que repita diversos movimientos.
- Calificar las pruebas funcionales según la siguiente escala:

Escala de Valoración de los Movimientos Funcionales	
Valor	Condición
1	No lo logra
2	Lo logra parcialmente
3	Lo logra

Hombro: Para la evaluación global del complejo articular del hombro se utilizará la prueba de rascado de la espalda.

Prueba de rascarse la espalda (Back scratch test)

Evalúa flexibilidad del tren superior. El participante debe estar de pie y ubicar una extremidad sobre algún hombro con el codo orientado hacia arriba y con la palma de la mano hacia abajo tocando la espalda, como indica la lámina. La otra extremidad debe estar en sentido contrario con la palma hacia arriba y el dorso de la mano adosada a la espalda. El paciente debe intentar tocar las puntas de los dedos.



- Realizar dos prácticas antes del registro.
- Verificar si los dedos medios están dirigidos el uno hacia el otro lo mejor posible.
- No permitir que los participantes junten sus dedos y se tiren.
- Registrar con una regla la distancia en centímetros entre los dedos medios.

Codo: efectuar en forma simultánea pruebas activas de: flexión, extensión, supinación y pronación de codo.

- **Flexión:** demuestre y solicite una flexión de codo hasta que la mano toque la cara anterior del hombro.
- **Extensión:** demuestre y solicite desde la posición anterior, una extensión del codo con la palma de la mano en supinación.
- **Supinación:** demuestre y solicite con el codo en flexión de 90° adosado al tronco y las manos empuñadas, con las palmas hacia abajo. A continuación gire el puño hasta que la palma mire hacia arriba.
- **Pronación:** demuestre y solicite utilizando la posición del codo anterior, pida al paciente que gire desde la posición de supinación hasta que la palma mire hacia abajo. Opcionalmente la mano puede empuñar un lápiz para objetivar la excursión del movimiento.

Mano: explorar por separado los movimientos de: oposición y prensión gruesa.

- **Oposición:** demuestre y solicite al paciente el movimiento del pulgar para que logre tocar la punta del pulgar con cada una de las puntas de los dedos.
- **Prensión:** demuestre y solicite al paciente que empuñe con fuerza la mano y observe si es capaz de hacerlo. En la prensión gruesa normal los dedos están muy juntos en movimiento continuo, y tocan la palma a nivel del surco palmar distal.

Cadera: se utilizará una prueba que incorpore movimientos combinados.

- **Test de las piernas cruzadas:** con el paciente sentado, solicitar que cruce una pierna sobre la otra, apoyándola sobre la rodilla contraria. Se exploran los movimientos de flexión, abducción y rotación externa de la cadera. Repetir en lado contrario.
- **Rodilla:** con el paciente en posición sentado con las piernas colgando en 90° de flexión, solicitar que efectúe los movimientos de **extensión** de rodilla en contra de la fuerza de gravedad y luego de **flexión** de rodilla a favor de la fuerza de gravedad. Se sugiere palpar la articulación, en el transcurso de la prueba, para detectar posibles crepitaciones.

Tobillo: se explorará los movimientos de flexo-extensión del tobillo con el paciente sentado, rodillas en 90°, pies apoyados en el suelo. Demuestre y solicite que el paciente efectúe los siguientes movimientos:

- **Flexión dorsal o dorsiflexión:** apoyando el talón en el suelo, levante la punta del pie hacia arriba.
- **Extensión o flexión plantar:** la punta del pie apoyada en el suelo, solicite que levante el talón.

Columna lumbar, cadera e isquiotibiales: se utilizará un método indirecto para evaluación de flexibilidad de columna lumbar, cadera e isquiotibiales.

- **Prueba de sentarse en la silla y alcanzar la punta del pie (chair sit-and-reach test)**

Material y equipo:

- 1 silla de app. 43 cm. de altura y estable.
- Cinta métrica o regla.

Procedimiento:

- Paciente sentado al borde de la silla.
- Una pierna debe estar doblada con el pie completamente apoyado sobre el piso.
- La otra pierna debe estar con la rodilla extendida y el talón apoyando en el piso con el tobillo en ángulo de 90°.
- Dirigir el tronco lentamente hacia delante hasta la punta del pie de la extremidad inferior con la rodilla extendida de la siguiente forma: brazos extendidos, manos superpuestas con los dedos medios al mismo nivel, de tal forma que logre tocar la punta del pie. Evitar que flexione la rodilla extendida durante la prueba. Practicar un par de veces antes de registrar
- Mantener unos dos segundos la posición máxima alcanzada.



Registro:

Medir la distancia entre el dedo medio de la mano y la punta del pie correspondiente al mismo hemicerpo. Repetir la prueba en ambos lados.

Medidas de seguridad:

- Silla debe estar apoyada a una pared
- Deben exhalar el aire cuando se inclinan lentamente hacia delante
- Evitar dar saltos en la silla
- Elongar suavemente, nunca llegar a un punto que ocasione dolor

- Contraindicado en personas con osteoporosis severa o presencia de dolor estimulado por esta posición, pacientes secuestrados de AVE.

V. EVALUACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR

Medición de la fuerza muscular de cuádriceps.

La fuerza muscular se evaluará en base al Cuádriceps, que constituye uno de los principales grupos musculares del cuerpo. La escala de medida será en porcentaje de la fuerza en relación a la aplicación de resistencias de la fuerza de gravedad, resistencia moderada y resistencia máxima.

El paciente sentado, apoyando la espalda a la silla, caderas y rodillas en 90° con apoyo de los pies al suelo. Brazos cruzados en el pecho y el Kinesiólogo fija con una mano a nivel supra patelar, la otra extremidad inferior permanece relajada. Solicitar al paciente que haga una máxima extensión voluntaria de rodilla. Si lo logra, proceder a medir la fuerza muscular del cuádriceps con resistencia manual, según los siguientes criterios:

Evaluación manual:

- **0%** Ausencia de contracción muscular.
- **25%** Vence parcialmente la resistencia de la fuerza de gravedad y no completa el arco de movimiento normal.
- **50%** Vence la resistencia de la fuerza de gravedad completando todo el arco de movimiento normal.
- **75%** Vence una resistencia moderada ejercida por el kinesiólogo en forma manual, fijando con una mano a nivel suprapatelar y la otra a nivel de los maléolos, durante todo el arco movimiento.
- **100%** Vence una resistencia máxima ejercida por el kinesiólogo en forma manual, fijando con una mano a nivel suprapatelar y la otra a nivel de los maléolos, durante todo el arco movimiento.

VI. REPORTE DE CAÍDAS

Consultamos al paciente si ha presentado caídas los últimos 6 meses. Las alternativas son: No y Si. Luego se registra el número de caídas reportadas.

VII. ESTABILIDAD POSTURAL (EQUILIBRIO)

A continuación se ejecutan pruebas que específicas para la evaluación del equilibrio estático y dinámico que se correlacionan con el riesgo de caer, entre ellas están: *Estación Unipodal* (EU) y *Timed up and go* (TUG).

Estación Unipodal (EU):

Instrucciones:

- Paciente de pie utilizando calzado habitual.
- Vista al frente.
- Extremidades superiores cruzadas sobre el pecho con las manos tocando los hombros.
- El evaluador se ubica al costado del paciente.
- Primero demuestre y luego solicite al paciente que mantenga el equilibrio sobre un pie, durante el mayor tiempo posible, sin dejar que sus piernas se toquen entre si. La otra extremidad inferior debe mantener una flexión de **cadera y rodilla en 90°**.
- Cronometrar el tiempo, desde el momento en que la cadera y rodilla logren la flexión de 90°.
- Criterios para detener el cronometraje del test son los siguientes: si las piernas se tocan entre si, los pies se mueven de su posición inicial, el pie toca el suelo, o los brazos se mueven desde su posición inicial.
- Registrar el resultado del primer intento si el tiempo logrado es igual o superior a cinco segundos. De lo contrario se registra el mejor tiempo logrado de tres intentos.
- Repetir el procedimiento en la otra extremidad inferior (ver tabla).

Timed Up and Go (TUG):

Instrucciones:

- Paciente bien sentado contra el respaldo de la silla.
- Brazos descansando sobre los muslos, y los pies colocados justo detrás de la línea de partida.
- Marcar un recorrido de tres metros desde la línea de partida hacia una pared.
- El evaluador se ubica de pie, a media distancia entre la línea de partida y la marcación a tres metros de ésta.

- A la orden de partida, se pide al paciente que se levante de la silla, camine a paso normal los tres metros hacia la pared, dé la vuelta, y regrese a la silla, volviendo a retomar la posición sentado.
- Cronometrar el tiempo desde que se da la orden de partida, hasta que el sujeto tras caminar el recorrido de seis metros retorna a su silla y apoya su espalda contra el respaldo de ésta. (ver tabla adjunta)
- Registre observaciones.

Estación Unipodal			
Objetivo	Función medida	Pobl. Objetivo	Méritos y limitaciones
Detectar riesgo de caída.	Equilibrio estático sobre un pie. Valor normal > 5 seg.	Adultos mayores, pacientes con inestabilidad postural, frágiles o con antecedentes de caídas.	Sencillo, rápido y de bajo costo. Altamente sensible a riesgos de caídas. Baja especificidad. Requiere uso de cronómetro.
Timed up & go			
Objetivo	Función medida	Pobl. Objetivo	Mérito y limitaciones
Predecir caídas en adultos mayores frágiles o de riesgo.	Cuantifica el equilibrio dinámico. -Normal < 10 seg. Riesgo leve de caída 10 a 20 seg. Alto riesgo de caída > 20 seg.	Adultos mayores inestables, frágiles o estudio de caídas.	Sencillo, rápido y de bajo costo. Requiere espacio adecuado, silla y cronómetro. Sensible y específico en la predicción de caídas.

VIII. USO DE AYUDAS TÉCNICAS

Preguntar por el uso y tipo de ayuda técnica que utiliza el paciente para desplazarse al momento de la evaluación. Las alternativas de respuestas son: No y Si opciones son: bastón, andador, y silla de ruedas.

IX. EGISTRO DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA.

Se efectúa una encuesta donde se consigna si el adulto mayor realiza actividad física. Las alternativas de respuestas son No. Si es afirmativa se pregunta por la frecuencia semanal y el lugar donde la realiza, así como el tiempo empleado en cada sesión.

X. SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON

El objetivo es contribuir a la pesquisa de signos y síntomas que orienten a la presentación de una posible Enfermedad de Parkinson. En caso de estar presentes, el paciente será derivado a médico de Atención Primaria.

Observe la presentación de los siguientes signos y síntomas: (detalles en Guía Clínica Enfermedad de Parkinson)

- Bradicinesia y al menos uno de los siguientes síntomas o signos:
- Rigidez muscular
- Temblor de reposo
- Marcha con arrastre de un pie
- Dificultad para escribir (letra pequeña e ilegible).

XI. EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN CARDIOVASCULAR

Test de marcha de 6 minutos (tm6')

Espacio físico:

El test se puede llevar a cabo en cualquier superficie plana y recta de 30 metros de longitud, tanto en el exterior o interior con adecuada ventilación. El recorrido de los 30 metros debe ser marcado cada 3 metros y señalar la partida y el término del circuito de 60 metros, idealmente con una huincha fosforescente. Se recomienda colocar un cono (de tráfico, color naranja) para indicar el retorno. Si no dispone de una superficie recta y plana de 30 metros es posible aplicar este test en un trayecto más corto de 15-20 metros. No se recomienda aplicar este test en una superficie mayor de 100 o menor de 15 metros.

Materiales

- Un reloj con cronómetro
- Tiza, cal, cinta fosforescente u otro tipo de marcador
- Conos para marcar los puntos de retorno en el circuito de caminata
- Una silla liviana y fácil de transportar a lo largo del circuito de caminata
- Planillas de registro de los datos
- Esfigmomanómetro de mercurio y fonendoscopio
- Un monitor de frecuencia cardiaca (tipo Polar) para la determinación de frecuencia cardiaca (opcional).
- Teléfono en caso de urgencia

Preparación del paciente

- Uso de ropa comfortable
- Zapatos cómodos para caminar
- Si usa bastón u otro apoyo para caminar debe utilizarlo durante el test
- Continuar con su tratamiento medicamentoso habitual (si corresponde)
- Consumir una comida liviana con 2 horas de anticipación
- Los pacientes no deben haber realizado ejercicio vigoroso a lo menos 2 horas antes del inicio del test.

Protocolo

- Comenzar el test sin haber realizado pre-calentamiento
- El paciente debe descansar por 10 minutos, sentado cerca de la posición de partida. Durante este tiempo se deber realizar el registro de los datos, chequear posibles contraindicaciones al test.
 - Registrar pulso y presión arterial.
 - Comprobar uso de ropa y zapatos adecuados.
- Aplique Escala de Borg antes del inicio de la prueba.
- Ajustar el cronómetro a cero o el “timer” a 6 minutos.

ESCALA DE BORG MODIFICADA	
(Percepción subjetiva del nivel de cansancio o fatiga)	
El individuo debe colocar una nota de su nivel de cansancio o fatiga según la siguiente escala:	
0	Absolutamente nada
0,5	Casi nada
1	Muy poco
2	Poco
3	Moderado
4	Algo pesado
5-6	Pesado
7-9	Muy pesado
10	Demasiado pesado

Instrucciones al paciente:

- Instruya al paciente: “el objetivo de esta prueba es caminar la mayor distancia que Ud. pueda en 6 minutos. Durante este tiempo caminará ida y vuelta el circuito varias veces. En caso que sienta que le falta el aire o se fatigue puede bajar el ritmo o incluso si fuera necesario detenerse, retomando la caminata lo antes posible.”
- Caminará de ida y dará la vuelta alrededor del cono (o marca) sin detenerse. El instructor hará una demostración.
- Anote cada vuelta del circuito con un contador o haciendo una marca en el casillero correspondiente.
- Posicione al paciente en el lugar de partida. Tome el tiempo apenas inicia la marcha.

Una vez iniciada la marcha:

Estimule al paciente con las palabras que se señalan a continuación, informando el tiempo restante minuto a minuto: después del 1er minuto, dígame, “Lo está haciendo bien, le quedan 5 minutos”; faltando 4 minutos, dígame “Siga, lo está haciendo muy bien, le quedan 4 minutos”, Cuando queden 3 minutos, dígame, “Lo está haciendo muy bien, ya completó la mitad del tiempo”. Cuando le queden 2 minutos, dígame, “Siga caminando, le quedan tan sólo 2 minutos.” Cuando le falte 1 minuto, dígame, “Lo está haciendo muy bien, le queda sólo un minuto.” No lo presione ni lo apure, use sólo las palabras señaladas para estimularlo. Avísele al paciente que en 15 segundos más finalizará la prueba y en ese momento deberá detenerse y quedarse en el lugar.

Al dar por terminada la prueba:

- Camine hacia el paciente y marque el lugar de detención para medir esa distancia, sumándola a la distancia recorrida según el número de vueltas realizadas.
- Consigne la distancia recorrida total y cualquier observación acerca de la prueba que pueda interferir en la comparación con las pruebas sucesivas.
- Post-test, mida la frecuencia cardiaca, presión arterial y aplique Escala de Borg modificada.
- Felicite al paciente por el esfuerzo. Puede ofrecerle un vaso de agua.
- Al repetir el test de ejercicio éste debe ser realizado en la misma hora del día para minimizar la variabilidad por este factor.

Entrenamiento del personal

- Recomendable es que el profesional se familiarice previamente con el test.
- Utilizar siempre las órdenes señaladas anteriormente para mantener una metodología estandarizada.

Criterios de finalización anticipada

- Suspender la prueba en caso de:
- Dolor en el pecho.
- Disnea intensa
- Calambres en las piernas
- Mareos
- Marcha tambaleante
- Marcada palidez facial
- Manifiesta necesidad de detenerse.

XII. PESQUISA DE ANTECEDENTES PSICOSOCIALES Y DE REDES

Estas cuatro preguntas intentan indagar sobre la relación que tienen los adultos mayores con su entorno familiar – social y su posible efecto en su situación de salud funcional.

- ¿Se siente acompañado (a)?
- ¿Siente que las personas de casa se preocupan de usted?
- ¿Le agrada participar en actividades de grupo?
- ¿Presenta alteraciones del sueño?

XIII. DIAGNÓSTICO KINÉSICO FUNCIONAL Y OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

A continuación y en base a los antecedentes aportados por la interconsulta médica, antecedentes funcionales y la evaluación kinésica integral del adulto mayor se procede a enunciar el diagnóstico kinésico funcional.

Objetivos de tratamiento:

Los objetivos se desprenden de la evaluación kinésica integral efectuada y están en directa relación con la modalidad de atención seleccionada.

Los principales objetivos son:

- a) Control del dolor.
- b) Aumento en los rangos articulares.
- c) Aumento de la fuerza muscular.
- d) Mejorar el equilibrio estático.
- e) Estabilizar la marcha
- f) Indicar, corregir o modificar el uso de ayudas técnicas para la marcha.
- g) Aumentar la tolerancia al esfuerzo.
- h) Incrementar el nivel cognitivo.
- i) Lograr o mejorar la integración psicosocial.

XIV. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

El Programa de Rehabilitación Integral Comunitaria tiene dos modalidades de intervención: individual, grupal.

1.- **Individual:** Accederán a esta modalidad todo paciente que cuyas características funcionales se vean alteradas y que requieran de una atención personalizada.

Al inicio de la rehabilitación los pacientes participarán en 3 sesiones en grupos de no más de cuatro personas con patologías afines. La reevaluación será semanal para el control de los resultados. En caso de continuar con dolor, las sesiones pueden extenderse por periodos iguales hasta totalizar un máximo de 4 semanas de tratamiento. Posteriormente si no se obtienen los resultados esperados se deriva a médico.

Implementación requerida para la atención individual.

Equipamiento:	
▪ Sala con buena iluminación y calefacción.	▪ Bicicleta ergo métrica
▪ Camilla, escabel	▪ Paralela y espejo
▪ Sabanillas, toallas.	▪ Bandas elástica de diversas tensiones
▪ TENS	▪ Pesas de ½, 1 y 2 kilos.
▪ Compresas heladas (cold pack)	▪ 1 Silla de ruedas
▪ Refrigerador con congelador.	▪ 1 Andador fijo
▪ Set de compresas húmedo calientes	▪ 1 Andador móvil (4 ruedas)
▪ Calentador de compresas	▪ 2 Pares de bastones
▪ Espejo de pared (200 x 200 cm.)	▪
Insumos	
▪ Gel electroconductor	▪ Papel toalla.
▪ Tela adhesiva.	

2.- **Grupal:** posterior a la atención de pequeños grupos, el paciente se integrará a sesiones de grupos de hasta 10 personas. El número de sesiones grupales será de siete con una frecuencia de tres semanales y una hora.

Se debe contar con material mínimo para este programa de trabajo:

1. Sala con buena ventilación e iluminación.
2. Sillas
3. Estante donde guardar materiales.
4. Equipo de música
5. Bandas elásticas
6. Material de apoyo (bastones de ejercicios, botellas con arena o agua de ½ kilo, sacos de arena de 1 kilo, cuerdas, etc)
7. Balones de diferentes tamaños.
8. Jarro y vasos para beber agua.

XV. TRABAJO CON MONITORAS DE LA COMUNIDAD

El kinesiólogo en conjunto con enfermera y asistente social tomara contacto con las monitoras existentes en las sedes comunitarias, invitándolas a participar en este programa, con previa capacitación en el tema relacionado con el envejecimiento, trato con los adultos mayores, apoyo domiciliario, autocuidado de la salud, así como la definición de sus funciones de apoyo en el programa de rehabilitación.

Las (os) monitoras (es) participaran en el apoyo diario que entregara el kinesiólogo en la sala de rehabilitación, por ejemplo supervisar el que los AM realicen sus pautas de ejercicios en terapia individual, entregar cartillas educativas a familiares y adultos mayores, colaborará en la organización del trabajo grupal realizando: toma de presión arterial, frecuencia respiratoria y cardiaca, registro de asistencia diaria, ubicación de sillas y material de trabajo.

Luego del alta kinésica, las monitoras deberían dar continuidad a los grupos en las sedes comunitarias, así como de apoyo al seguimiento que se realizará en domicilio con distintos niveles de discapacidad.

Observación: Se reevaluará solo aquellos aspectos funcionales de acuerdo a los objetivos planteados para el paciente.

XVI INTERSECTORIALIDAD

El kinesiólogo debe mantener un trabajo permanente con la intersectorialidad:

- Liga contra el Mal de Parkinson.
- Oficina Municipal del Adulto Mayor.
- FONADIS
- INP
- SENAMA.
- Chiledeportes
- Organizaciones de discapacitados y adultos mayores.