



ARTICULO ORIGINAL

Accesibilidad de pacientes con Síndrome Parkinsoniano al servicio de kinesiología de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Análisis del tiempo de espera diagnóstico - ingreso. Estudio descriptivo.

Camila F. Baeza^{1*}, Stephanie Simone Villarroel¹

Servicio de Kinesiología, Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina¹

Contacto: camilabaezajg@gmail.com*

ACCESSIBILITY OF PATIENTS WITH PARKINSON'S SYNDROME TO THE KINESIOLOGY SERVICE OF A PUBLIC HOSPITAL IN THE AUTONOMOUS CITY OF BUENOS AIRES. ANALYSIS OF THE WAITING TIME FOR DIAGNOSIS - ADMISSION. DESCRIPTIVE STUDY.

Fecha de recepción: 01/04/2025

Fecha de aprobación: 23/06/2025

RESUMEN

El objetivo es escribir el tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico y el ingreso al Servicio de Kinesiología de sujetos con síndrome parkinsoniano a un Hospital Público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo en sujetos con síndrome parkinsoniano ingresados a un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La variable de resultado fue el tiempo, registrado en meses, desde el diagnóstico médico hasta el ingreso al Servicio de Kinesiología, mientras que las variables secundarias, fueron datos sociodemográficos (edad, género y diagnóstico). Todas las variables registradas fueron recolectadas de fichas kinésicas. Se registraron un total de 30 fichas de sujetos con diagnóstico médico de síndrome parkinsoniano. La Tabla 1 muestra las características clínico-demográficas de los mismos y en la figura 1, se puede observar un diagrama de caja con un delta de tiempo de 48 meses desde el diagnóstico hasta el acceso al Servicio de Kinesiología. El análisis del tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico y el ingreso al Servicio de Kinesiología resalta una demora notable en el acceso a la atención kinésica, destacando que la mayoría de los casos se observan por encima del tiempo promedio.

Palabras clave: Trastornos Parkinsonianos, Enfermedad de Parkinson, Accesibilidad a los servicios de salud, Rehabilitación.

ABSTRACT



The aim is describe the time elapsed between the medical diagnosis and admission to the Physical therapy service of subjects with Parkinson's syndrome at a Public Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. Observational, descriptive, and retrospective study in subjects with Parkinson's syndrome admitted to a Public Hospital in the Autonomous City of Buenos Aires were made. The outcome variable was the time, recorded in months, from the medical diagnosis to admission to the Physiotherapy Division, while the secondary variables were sociodemographic data (age, gender, and diagnosis). All recorded variables were collected from physiotherapy form. A total of 30 records of subjects with a medical diagnosis of Parkinson's syndrome were recorded. Table 1 shows their clinical-demographic characteristics and Figure 1 shows a box diagram with a time delta of 48 months from diagnosis to access to the Physical therapy service. The analysis of the time elapsed between medical diagnosis and admission to the Physical therapy service highlights a notable delay in access to physiotherapy care, highlighting that most cases are observed above the average time.

Keywords: Parkinsonian Disorders, Parkinson Disease, Health Services Accessibility, Rehabilitation.

RESUMO

O objetivo e descrever o tempo decorrido entre o diagnóstico médico e a admissão no Serviço de Fisioterapia de indivíduos com síndrome de Parkinson em um Hospital Público da Cidade Autônoma de Buenos Aires. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo de indivíduos com síndrome de Parkinson internados em um Hospital Público da Cidade Autônoma de Buenos Aires. A variável desfecho foi o tempo, registrado em meses, entre o diagnóstico médico e a admissão no Serviço de Fisioterapia, enquanto as variáveis secundárias foram dados sociodemográficos (idade, sexo e diagnóstico). Todas as variáveis foram coletadas dos prontuários de fisioterapia. Foram registrados 30 prontuários de indivíduos com diagnóstico médico de síndrome de Parkinson. A Tabela 1 apresenta suas características clínicas e demográficas, e a Figura 1 apresenta um box plot com delta de tempo de 48 meses entre o diagnóstico e a admissão no Serviço de Fisioterapia. A análise do tempo decorrido entre o diagnóstico médico e a admissão no Serviço de Fisioterapia evidencia um atraso significativo no acesso ao atendimento fisioterapêutico, com a maioria dos casos observados além do tempo médio.

Palavras-chave: Transtornos Parkinsonianos, Doença de Parkinson, Acessibilidade aos Serviços de Saúde, Reabilitação.

INTRODUCCIÓN

El parkinsonismo es un síndrome neurodegenerativo que comprende seis manifestaciones clínicas motoras específicas: temblor en reposo, bradicinesia, rigidez, pérdida de reflejos posturales, postura en flexión y el fenómeno de congelamiento. Para que el síndrome sea considerado como tal, es necesario que se presente dentro del cuadro, bradicinesia o temblor en reposo, pudiendo combinarse o no con el resto de la clínica.¹

El síndrome parkinsoniano se clasifica según su presentación en distintas categorías: forma idiopática o típica (enfermedad de parkinson), y formas atípicas como el parkinsonismo degenerativo atípico, la atrofia multisistémica (AMS), demencia con cuerpos de Lewy (DCL), parálisis supranuclear progresiva



(PSP), síndrome corticobasal (CBS) y el parkinsonismo secundario (síndromes de demencia, inducidos por droga y enfermedades heredo degenerativas).²

Los síndromes parkinsonianos atípicos (SPA) y la enfermedad de parkinson (EP) típica son difíciles de distinguir debido a la similitud de síntomas al comienzo de la enfermedad, lo que lleva a un diagnóstico erróneo o un retraso en el mismo. El diagnóstico diferencial depende de que se identifiquen ciertas características claves o "señales de alerta" propias de los parkinsonismos atípicos. Estas señales incluyen compromiso axial temprano, caídas tempranas y frecuentes, deterioro cognitivo precoz, respuesta deficiente a la levodopa, disfunción autonómica grave y síntomas bulbares tempranos como disfagia, disfonía y disartria.³

Un estudio del año 2022 en Estados Unidos describe que la prevalencia de la PSP, AMS y CBS fue menor a 10/100.000 habitantes y las estimaciones de incidencia se sitúan a 1/100.000 personas-año.³ En cuanto a la prevalencia de la EP aumenta con la edad, reportando a nivel mundial una incidencia de 14/100.000 personas-año en población general, que llega a 160/100.000 personas-año en mayores de 65 años al año 2021.⁴

La terapia física es el único tratamiento no farmacológico recomendado en las primeras etapas de la enfermedad de parkinson. Las afecciones motoras asociadas con la progresión de la enfermedad, como el congelamiento de la marcha, la inestabilidad postural, y la dificultad en la transferencia del propio cuerpo no se abordan mediante un enfoque farmacológico.⁵ El ejercicio físico, definido como una actividad destinada a mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física, puede facilitar la plasticidad sináptica, aumentar los niveles de proteínas sinápticas, receptores de glutamato y factores neurotróficos. El glutamato, como principal neurotransmisor excitatorio del cerebro, activa a los receptores AMPA (α -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol propiónico) generando cambios rápidos en la excitabilidad sináptica necesarios para la comunicación neuronal. Además, el ejercicio físico estimula la producción de factores neurotróficos y neuroprotectores, regulan la plasticidad y mejoran la función cerebral. También contrarresta efectos adversos al incrementar estos factores, reduciendo la inflamación y el estrés oxidativo. Asimismo, promueve la liberación de dopamina y la expresión de receptores dopaminérgicos, mejorando los síntomas motores y cognitivos. Esto sugiere que el ejercicio físico podría ser una intervención eficaz para mitigar la progresión de la EP, destacando la importancia del sistema glutamatérgico en el aprendizaje motor.⁶ Se requiere terapia física que integre el entrenamiento de la movilidad, la fuerza, la flexibilidad y la resistencia, con el objetivo de mejorar el funcionamiento general de los pacientes en etapas tempranas y promover el proceso mediante el cual el tejido nervioso lleva a cabo cambios re-organizacionales o adaptativos, propios de los mecanismos neuroplásticos.⁷ En el caso de los parkinsonismos atípicos, se debe apreciar el impacto de la patología, en la funcionalidad y consecuente discapacidad para poder elegir la dirección de tratamiento adecuada. La evidencia que respalda la rehabilitación en la EP es útil para guiar la dirección de la rehabilitación en pacientes atípicos. El tratamiento abarca estrategias tanto restaurativas como compensatorias para mejorar la función y el desarrollo de actividades, y debe considerarse para complementar las intervenciones médicas. Dado que la intervención farmacológica suele producir efectos limitados, la rehabilitación adquiere un rol fundamental en la optimización del funcionamiento de los pacientes, contribuyendo al enlentecimiento del proceso neurodegenerativo.⁸ Una actualización en rehabilitación en EP del año 2022 menciona que la derivación al área de rehabilitación a menudo se



retrasa y los pacientes inician tratamiento luego de presentar congelamiento de la marcha y caídas frecuentes, por tanto, considera importante evaluar el nivel funcional de los pacientes en la etapa inicial y planificar estrategias de rehabilitación para retrasar su progresión.⁹ Es importante comprender los factores que afectan la derivación por parte de los médicos al área de rehabilitación, debido a la influencia que puede tener en la calidad de la atención institucional de la salud.⁷

Habiendo mencionado la relevancia del comienzo temprano de la rehabilitación kinésica y su impacto sobre los síntomas claves y la posibilidad de adaptación del sistema nervioso central mediante cambios neuroplásticos en pacientes con EP y SPA, consideramos fundamental conocer los tiempos de derivación para concientizar a profesionales de la salud sobre la importancia de dichas intervenciones. En este sentido, el objetivo de este trabajo fue identificar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico y el ingreso al Servicio de kinesiología de sujetos con síndrome parkinsoniano a un Hospital Público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y participantes

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, y retrospectivo en sujetos mayores de 18 años de edad con diagnóstico de síndrome parkinsoniano que asistieron al Servicio de Kinesiología del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (HRMR), ubicado en el barrio de Monte Castro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre noviembre del año 2022 hasta diciembre del año 2024.

Criterios de Elegibilidad

Fueron incluidos aquellos sujetos mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de síndrome parkinsoniano, que ingresaron con modalidad ambulatoria al Servicio de Kinesiología. Fueron excluidos aquellos sujetos que presentaban diagnóstico de patología neurológica coexistente y las fichas kinésicas sin fecha de diagnóstico médico.

Variables

La variable de resultado fue el tiempo medido en meses desde el diagnóstico médico hasta la fecha de ingreso al Servicio de Kinesiología. Las variables sociodemográficas fueron: edad (años), sexo biológico (masculino/femenino), tipo de parkinsonismo (típico/atípico). Todas las variables fueron recolectadas de las fichas kinésicas.

Recolección de datos

Se recolectaron por medio de fichas kinésicas confeccionadas por el Servicio de Kinesiología. La información obtenida fue codificada y estuvo resguardada en una computadora privada con clave. La misma, fue utilizada exclusivamente por las investigadoras de manera confidencial para los fines de esta investigación. La base de datos se desarrolló utilizando la plataforma Software Microsoft Excel, Office 365.



Consideraciones éticas

El consentimiento informado fue requerido por la institución para la autorización de las fichas. Los datos filiatorios de los sujetos fueron resguardados mediante la codificación en una base de datos con acceso exclusivo a las investigadoras. El trabajo comenzó una vez aprobado el protocolo por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca y el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (Registro de protocolo de PRISA N°13625)

Análisis estadístico

Las variables categóricas (sexo y diagnóstico) se reportaron como número de presentación (frecuencia absoluta) y porcentaje (frecuencia relativa). Las variables continuas (edad) que asumieron una distribución normal se presentaron como media y desvío estándar (DE). La distribución de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk la cual se utiliza para evaluar si un conjunto de datos sigue una distribución normal. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizó el software IBM SPSS Statistics 25.

RESULTADOS

Se registraron un total de 30 fichas de sujetos con diagnóstico médico de síndrome parkinsoniano entre noviembre del año 2022 y diciembre del año 2024.

La **Tabla 1** muestra las características clínico-demográficas de los mismos. En la **Fig. 1**, se puede observar un diagrama de caja con un delta de tiempo en meses desde el diagnóstico del síndrome parkinsoniano hasta el acceso a Kinesiología, siendo la mediana 48 meses.

Tabla N° 1. Característica de los participantes

Variables	n= 30
Edad, media (DE), años	64 (11,7)
Sexo masculino, n (%)	20 (66,7)
Diagnostico, n (%)	
Típico (EP)	20 (66,7)
Atípico *	10 (33,3)

DE: desvío estándar **EP:** Enfermedad de Parkinson

* Parkinsonismo degenerativo atípico, atrofia multisistémica, demencia con cuerpos de Lewy, parálisis supranuclear progresiva, síndrome corticobasal y parkinsonismo secundario (síndromes de demencia, inducidos por droga y enfermedades heredo degenerativas).

Figura 1. Representación gráfica del tiempo desde el diagnóstico médico hasta el ingreso al Servicio de Kinesiología.

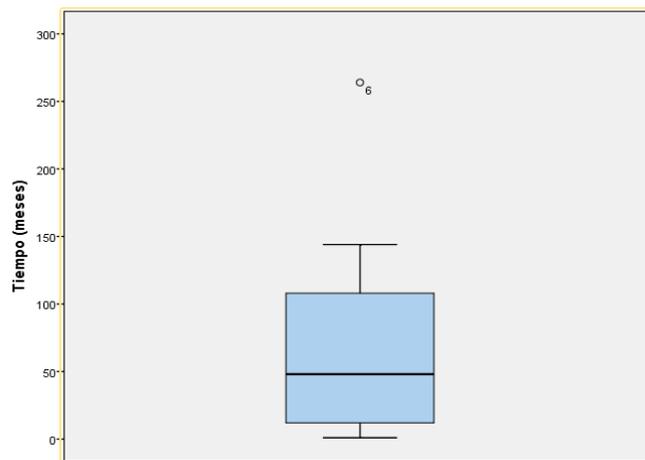


Diagrama de caja con un delta de tiempo en meses desde el diagnóstico del síndrome parkinsoniano hasta el acceso al Servicio de Kinesiología, siendo la mediana 48 meses. Se destaca que la mayoría de los casos se observan por encima del tiempo promedio.

DISCUSIÓN

Se puede observar que la mayoría de los sujetos con diagnóstico de síndrome parkinsoniano accedieron a rehabilitación tras un largo período desde el diagnóstico médico, con una mediana de 48 meses.

La EP es un trastorno frecuente en la población añosa y constituye la segunda causa de enfermedad neurodegenerativa más común después de la demencia de Alzheimer. Se trata de un proceso multisistémico complejo en el que, en etapas tempranas, puede ser difícil diferenciarlo de otros parkinsonismos atípicos debido a la similitud en su presentación clínica.^{2 10} El diagnóstico de EP no reduce la expectativa de vida,¹¹ pero ciertos factores, como la disfagia, la demencia y las caídas frecuentes con fracturas, se asocian con un peor pronóstico y mayor mortalidad, lo mismo sucede en las variantes atípicas.¹²

La escasa información disponible sobre el diagnóstico certero y tratamiento efectivo en los parkinsonismos atípicos, genera incertidumbre sobre cuál sería el momento adecuado para la derivación a la consulta kinésica. Se necesita mayor cantidad de estudios de investigación para evaluar la efectividad que tendría dicho abordaje en la progresión de sus trastornos.



En el caso de la EP, está demostrado que un abordaje temprano, orientado al control sintomático, mejora la calidad de vida y el bienestar del paciente. Incluso está evidenciado que alteraciones, como el desequilibrio postural y los trastornos de la marcha, pueden manifestarse desde la primera consulta neurológica.¹³

Una encuesta de la Asociación Europea de la Enfermedad de Parkinson reveló que los síntomas con mayor prevalencia en los pacientes son los trastornos motores (94%), seguidos por síntomas depresivos (84%), trastornos cognitivos (65%) y trastornos del sueño (40%).¹⁴ Diversos estudios señalan que los pacientes suelen ser derivados a rehabilitación varios años después del diagnóstico, cuando ya presentan discapacidad motora grave y los síntomas se vuelven resistentes al tratamiento farmacológico. Esto implica la pérdida de oportunidades para implementar medidas preventivas en las primeras etapas de la enfermedad.^{11 16}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación es un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. En el caso del síndrome parkinsoniano, el impacto de la enfermedad no se limita solamente al ámbito físico, sino que afecta también dimensiones psicológicas y sociales, influyendo en la vida cotidiana, el entorno laboral y las actividades recreativas. En efecto, resulta fundamental optimizar los tiempos de derivación, ya que una intervención kinésica temprana podría mitigar el deterioro funcional y mejorar la autonomía del paciente.¹⁴

De ahí surge nuestro interés en comprender los tiempos de derivación de estos pacientes, entendiendo la importancia de implementar una conducta terapéutica psicofísica desde periodos iniciales de la enfermedad con el fin de aminorar el impacto de ésta en sus capacidades físicas y habilidades motoras. Se necesita un enfoque de prevención secundaria para la rehabilitación a fin de abordar los signos de discapacidad incipiente e inactividad física de forma temprana y regular, durante el curso de la enfermedad.

El tratamiento farmacológico a largo plazo se asocia con fluctuaciones motoras, ligadas a la desaparición del efecto de la medicación antes de la siguiente dosis. Estas complicaciones son comunes y afectan a más del 50% de los pacientes tratados con levodopa durante lapsos mayores a 5 años¹⁰, tiempo que se acerca al resultado obtenido en nuestro estudio.

Las intervenciones de rehabilitación deberían estar disponibles en todos los niveles de salud, haciendo hincapié en el entrenamiento de la fuerza, la resistencia, la marcha y el equilibrio, en un plan de tratamiento que pueda ofrecer alivio sintomático. Este tipo de intervención debería comenzar en el momento del diagnóstico y no sólo en momentos de crisis.¹⁵

En ese sentido, la OMS pone el foco en la importancia de emplear políticas de salud globales para implementar estrategias en la promoción, prevención y reducción de riesgos en pacientes con EP, procurando la disponibilidad de medicamentos básicos y terapias interdisciplinarias como la rehabilitación.¹⁶

Como principales limitaciones de este trabajo podemos mencionar que la muestra fue reducida, ya que previo al periodo contemplado no se atendía a esta población por consultorios externos en nuestro servicio. Nuestro hallazgo podría ser la base para futuros estudios en los que se investigue el efecto de una intervención kinésica temprana en pacientes con síndrome parkinsoniano. Un seguimiento a largo



plazo podría aportar mayor conocimiento sobre el impacto en las actividades y la participación de esta población con un abordaje en etapas iniciales de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

El análisis del tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico y el ingreso al Servicio de Kinesiología resalta una demora notable en el acceso a la atención kinésica. Destacando que la mayoría de los casos se observan por encima del tiempo promedio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Prof. Lic. Andrea Leiva por su valiosa tutoría en metodología, cuyo acompañamiento fue fundamental en el desarrollo de este trabajo. También extendemos nuestro agradecimiento al Prof. Lic. Fernando González por su rol como crítico, cuyas observaciones y sugerencias contribuyeron a mejorar la calidad de este estudio. Asimismo, agradecemos a los Lic. Marcos Valdez y Facundo López por brindarnos acceso a las fichas de los pacientes del Servicio de Kinesiología. Finalmente, expresamos nuestro agradecimiento al jefe del servicio, Lic. Guillermo Gagliardi, por su apoyo.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.



REFERENCIAS

1. Fahn S. Description of Parkinson's disease as a clinical syndrome. *Ann N Y Acad Sci.* 2003 Jun; 991:1-14. doi: 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07458.x
2. Caproni S, Colosimo C. Diagnosis and Differential Diagnosis of Parkinson Disease. *Clin GeriatrMed.* 2020 Feb; 36(1):13-24. doi: 10.1016/j.cger.2019.09.014.
3. Lo RY. Epidemiology of atypical parkinsonian syndromes. *Tzu Chi Med J.* 2021 Jan 19; 34(2):169-181. doi: 10.4103/tcmj.tcmj_218_20.
4. Castiñeira C. Enfermedad de Parkinson, Fistera. Fistera: Carmen Costa Ribas; 2021. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/enfermedad-parkinson/>
5. Domingos J, Coelho M, Ferreira JJ. Referral to rehabilitation in Parkinson's disease: who, when and to what end? *ArqNeuropsiquiatr.* 2013 Dec; 71(12):967-72. doi: 10.1590/0004-282X20130209
6. Xu X, Fu Z, Le W. Exercise and Parkinson's disease. *Int Rev Neurobiol.* 2019; 147:45-74. doi: 10.1016/bs.irn.2019.06.003
7. Yan Y, Xu Y, Wang X, Wang Y, Huang C, Lin R, Chen M, Lin M, Li H. The effect of multi-component exercise intervention in older people with Parkinson's disease and mild cognitive impairment: A randomized controlled study. *GeriatrNurs.* 2024 Nov-Dec; 60:137-145. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.08.028.
8. White DK, Katz DI, Ellis T, Buyan-Dent L, Saint-Hilaire MH. Rehabilitation of patients with atypical parkinsonian disorders. En: *Atypical Parkinsonian Disorders.* Totowa, NJ: Humana Press; 2005. p. 485-94. doi: 10.1385/159259834X
9. Yoon SY. Update on Parkinson's Disease Rehabilitation. *BrainNeurorehabil.* 2022 Jul 26;15(2):e15. doi: 10.12786/bn.2022.15.e15.
10. Martínez-Fernández R, Gasca-Salas CC, Sánchez-Ferro Á. Actualización en la Enfermedad de Parkinson. Actualización en la Enfermedad de Parkinson. *Rev médica Clín Las Condes.* 2016; 27(3):363-79. DOI: 10.1016/j.rmcl.2016.06.010
11. Kalia LV, Lang AE. Parkinson's disease. *Lancet.* 2015 Aug 29; 386(9996):896-912. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61393-3
12. Lyons KE, Pahwa R. Diagnosis and initiation of treatment in Parkinson's disease. *Int J Neurosci.* 2011; 121 Suppl 2:27-36. doi: 10.3109/00207454.2011.620197.
13. Domingos J, Keus SHJ, Dean J, de Vries NM, Ferreira JJ, Bloem BR. The European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease: Implications for Neurologists. *J Parkinsons Dis.* 2018;8(4):499-502. doi: 10.3233/JPD-181383.
14. Córceces P, Ofman SD, Estay JA, Hermida PD. Enfermedad de Parkinson: una actualización bibliográfica de los aspectos psicosociales [Parkinson's disease: a bibliographic update of psychosocial aspects]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.* 2022 Jun 6; 79(2):181-187. Spanish. doi: 10.31053/1853.0605.v79.n2.33610.
15. Ellis TD, Colón-Semenza C, DeAngelis TR, Thomas CA, Hilaire MS, Earhart GM, Dibble LE. Evidence for Early and Regular Physical Therapy and Exercise in Parkinson's Disease. *Semin Neurol.* 2021 Apr; 41(2):189-205. doi: 10.1055/s-0041-1725133.
16. Parkinson Disease : A Public Health Approach. Technical Brief. 1st ed., World Health Organization, 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355973/9789240050983-eng.pdf?sequence=1>