



Determinados procesos neurológicos modifican las características de la marcha normal como consecuencia de la **alteración de la fuerza** de los músculos que intervienen, o de **la coordinación** que debe existir entre ellos, condicionando una marcha característica de cada situación.

MARCHA BALANCEANTE

Existe paresia de los músculos de la cintura pélvica. Al fallar la sujeción de la pelvis, la cual cae del lado del miembro dinámico se produce un balanceo latero-lateral, además hay una exageración de la lordosis lumbar. Esta marcha con amplio balanceo de caderas recuerda la de los patos y se conoce por tanto con el nombre de marcha de pato o de ánade





MARCHA EQUINA

Se caracteriza porque el paciente muestra una dificultad para realizar la flexión dorsal del pie, por lo que, para no arrastrarlo durante la marcha, levanta exageradamente la rodilla y al apoyar el pie lo hace tocando primero el suelo con la punta. Afectación del nervio ciático poplíteo externo.



MARCHA HEMIPLÉJICA

Este tipo de marcha se origina por una lesión unilateral de la vía piramidal. La marcha hemipléjica se caracteriza por la sinergia extensora. La extremidad inferior se mantiene en extensión durante todo el ciclo de la marcha; en la fase de balanceo realiza un movimiento de circunducción, y en la fase de apoyo se eleva el centro de gravedad con caída de la pelvis hacia el lado opuesto por falta de musculatura abductora.

La extremidad inferior se mantiene en extensión durante todo el ciclo de la marcha. El paciente camina lentamente, apoyando el peso del cuerpo sobre el miembro no afectado, desplazando el parético en arco, al tiempo que el brazo afectado permanece pegado al cuerpo en semiflexión.

El paciente con este trastorno puede beneficiarse de la fisioterapia y de la atención por parte del traumatólogo-ortopeda (ortesis). En el tratamiento debemos insistir en la flexión dorsal del tobillo y dedos, en el equilibrio y traslado del peso sobre el lado afectado. Al principio evitaremos el uso del bastón para intentar que la marcha sea simétrica. Suelen aparecer dos problemas principalmente: en la fase de apoyo durante el traslado de peso a la pierna afecta falta la reacción de equilibrio; mientras que en la fase oscilante, para evitar la elevación de pelvis y circunducción hay que enseñar al paciente a flexionar la rodilla con la cadera en extensión sin levantar la pelvis y luego llevar la rodilla flexionada hacia delante, realizando la flexión dorsal del pie.

MARCHA PARAPARÉTICA

La marcha paraparética se ocasiona por la espasticidad bilateral de los miembros inferiores. Se debe con frecuencia a lesiones medulares que afectan a ambas vías piramidales al mismo tiempo. El paciente refiere una sensación de rigidez y pesadez en los miembros inferiores, con dificultad para despegar los pies del suelo.

MARCHA ATÁXICA

Falta de equilibrio al caminar y movimientos de las piernas poco precisos y con mala coordinación.

Hay tres tipos:

-Cerebelosa (que coordina el movimiento). Esto causa una gran variedad de síntomas neurológicos elementales, tales como la hipotonía antagónica, la asinergia, la dismetría, la discronometría y la disdiadococinesia.

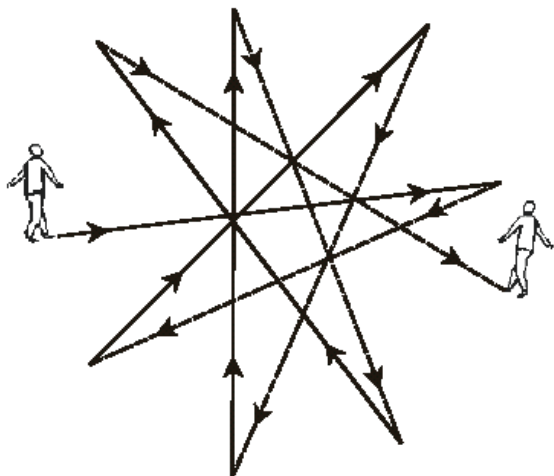
-Sensitiva: los pacientes con ataxia sensitiva tienden a adoptar una amplia base de sustentación y a realizar pasos lentos e inestables, con una marcha que les hace andar de forma cautelosa y precisando de la ayuda visual. Encuentran dificultades para caminar por superficies irregulares o con disminución de la iluminación. La prueba de Romberg será positiva en estos enfermos. Durante el examen físico se solicita al enfermo que se sitúe de pie con ambos pies juntos y que mantenga los ojos cerrados. En los pacientes afectados, esto hará que la inestabilidad empeore notablemente, y se produzcan oscilaciones amplias de la estabilidad y posiblemente una caída al suelo si no es sujetado el paciente.

-Ataxia laberíntica o vestibular. El sistema vestibular detecta la aceleración lineal y rotacional de los movimientos de la cabeza. Modifica y coordina los movimientos pero no inicia actividad motora. En este tipo de ataxia es muy importante buscar los síntomas y signos acompañantes, como vértigo, náuseas, vómitos y nistagmo, porque a menudo se encuentran en trastornos vestibulares agudos unilaterales. El nistagmo está frecuentemente presente, generalmente es unilateral y más pronunciado sobre la mirada lejana hacia el lado de afectación vestibular.



MARCHA VESTIBULAR

Desviación lateral en el sentido de una pulsión vectorial hacia el lado del vestíbulo anulado. (**marcha en estrella**). La lesión bilateral puede hacer imposible la marcha.



MARCHA PARKINSONIANA

La marcha Parkinsoniana o festinante (marcha apresurada) es la que aparece de forma típica en los síndromes parkinsonianos avanzados. Al comienzo de la marcha el tronco está flexionado hacia delante, avanzando el centro de gravedad por delante de su posición habitual, con ambas piernas discretamente flexionadas por la rodilla y los brazos en semi-flexión en el codo. Los pasos son muy cortos y rápidos, no llegan a equilibrar la verticalidad del centro gravitatorio (como si persiguieran el centro de gravedad), por lo que el desequilibrio tiende a ser cada vez mayor y, al no ser capaces de alargar el paso el intento de compensación se lleva a cabo con una especie de trote, cada vez más rápido que puede llegar a conducir a la caída.

Cruzar el marco de una puerta, intentar apresurarse en un semáforo o simplemente sentirse observado hacen que el individuo con parkinsonismo se quede bloqueado, «congelado», pateando con muy breves pasos, con una especie de «tartamudeo» de la marcha sin poder avanzar.

MARCHA ESPÁSTICA

Caminar rígido, con pies en arrastre, resultante de una contracción muscular unilateral prolongada. Cuando son ambas extremidades inferiores las que están espásticas se produce una "marcha en tijera".

-Esclerosis múltiples.



MARCHA COREICA

Se produce por el trastorno de la Corea infantil de Sydenham o por la enfermedad de Huntington en el adulto. Presencia de movimientos permanentes y rápidos, cambiantes de cara, tronco y miembros, incluyendo los dedos de la mano que hacen movimientos de “tocar el piano”.

Lucía Rodrigo Ibáñez

Enfermera Centro Terapéutico de día
Puerta del Parral