

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara pandemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020. La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo más común con una prevalencia creciente con el envejecimiento, lo que configura una condición que predispone a un mayor riesgo de COVID-19 complejo.

Para responder a la necesidad inminente de continuidad de neurorehabilitación en contexto SARS-CoV-2 en esta población en nuestra institución se implementó un protocolo multidimensional de TR.

**Objetivo principal:** determinar los efectos de un protocolo de TR transdisciplinario sobre la calidad de vida en EP en contexto de pandemia, en una institución privada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Objetivos secundarios:** determinar la eficiencia del sistema de TR, en términos de adherencia y usabilidad.

Comparar el impacto de la TR vs. rehabilitación presencial (RP).

	Virtual	Pres.
<b>Genero</b>		
Mujeres / Hombre	13/22	6/5
<b>Tiempo de Evolución (años)</b>		
<1 año	0	0
1-5 años	15	5
>5-10 años	10	2
>10 años	10	4
<b>Educación recibida</b>		
Primario	1	5
Secundario	13	2
universitario/terc	21	4
<b>Trabaja</b>		
SI/ No	23/12	5/6
<b>Medicación</b>		
Levodopa	31	11
Ag. dopaminérgico	8	4
Inhibidor com-T	0	1
Inhibidor mao-B	4	0
Amantadina	0	0
Otros	0	1

TABLA 1: Datos Demográficos.

## Material y Método

Estudio retrospectivo, 35 pacientes con EP en tratamiento sistematizado transdisciplinario de TR centrado en la persona entre marzo 2020 a enero 2021. Se realizaron comparativas con grupo control de 11 pacientes con EP que realizaron RP de neurorehabilitación entre octubre 2020 a marzo 2021. Realizaron 45 minutos de sesión, 2 veces a la semana, durante 12 semanas. Los individuos fueron evaluados al inicio (T0) y al final de la rehabilitación (T1) con:

- **PDQ 39 (Parkinson Disease Questionnaire);** este instrumento contiene 39 ítems distribuidos en las siguientes áreas: diez son sobre movilidad, seis sobre el bienestar emocional, cuatro sobre estigma, tres sobre apoyo social, cuatro sobre estado cognitivo, tres sobre comunicación y tres sobre malestar corporal. Los ocho dominios se puntúan en una escala de 0 a 100; un valor mayor indica una peor calidad de vida.

- **SCOPA (Scales for Outcomes in Parkinson's Disease),** este instrumento se desarrolló en la Universidad de Leiden considerando los aspectos clínicos más relevantes de la enfermedad; está compuesto por SCOPA Motor (SPES-SCOPA); SCOPA Cognitivo (SCOPA-COG); SCOPA-AUT; SCOPA-SLEEP; SCOPA-PC; SCOPA Psicosocial (SCOPA-PS); SCOPA-DC; SENS-PD. Para este trabajo se analizaron los datos del SPES-SCOPA, consta de tres secciones: evalúa impedimentos motores, funciones de las actividades de la vida diaria y complicaciones motoras. Hay cuatro opciones de respuesta, que van de 0 (normal) a 3 (grave). SCOPA-COG, incluye 10 ítems divididos en cuatro dominios (memoria, atención, funcionamiento ejecutivo y viso espacial), y su puntuación va de 0 a 43; SCOPA-PS, incluye 11 ítems con un rango posible de 0-33, examina las consecuencias psicosociales de la enfermedad.

- **Escala analógica visual (EVA),** en el momento final (T1) los pacientes calificaron su satisfacción en relación al tratamiento virtual mediante EVA. Los que puntuaron 8-10 muy satisfechos, de 7-6 satisfechos, y los que puntuaron 0-5 insatisfechos.

En resumen, cada sesión de rehabilitación incluyó tareas motoras y cognitivas, actividades de ocio y de doble tarea. El abordaje se centró en la persona para mejorar el equilibrio, la resistencia, flexibilidad, la velocidad y la fuerza de los miembros superiores e inferiores, las funciones ejecutivas, la memoria, el lenguaje y las capacidades de doble tarea, facilitando así que el paciente retomara o mantenga los roles ocupacionales limitados por la patología y el contexto socio sanitario que se presenta con enfoque directo sobre la calidad de vida de la persona.

## Resultados

De la población incluida se muestran las características demográficas de ambos grupos en la **Tabla 1**. Después del tratamiento, las puntuaciones de PDQ 39 (**Gráfico 1**) y SCOPA-PS (**Gráfico 2**) habían mejorado significativamente en ambos grupos ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias significativas en la mejora del SPES-SCOPA A entre grupos, sí se evidenció mejora significativa en SPES-SCOPA B - AVD (**Gráfico 3**) entre los datos previos y posteriores a la rehabilitación del grupo de TR ( $p < 0,05$ ). En ambos grupos la totalidad de pacientes con EP finalizaron los tratamientos. En relación al objetivo de adherencia y usabilidad (**Gráfico 4**) del grupo TR, el 90 % manifestó estar satisfecho con la TR.

## Conclusiones

TR transdisciplinaria en EP resultó una herramienta útil en el contexto de una pandemia real. Facilitó el cumplimiento del tratamiento, la adherencia, la motivación y el rendimiento en las AVD. Se evidenció mejora general sobre la calidad de vida auto percibida.

Gráfico 1: PDQ-39 (Calidad de Vida)

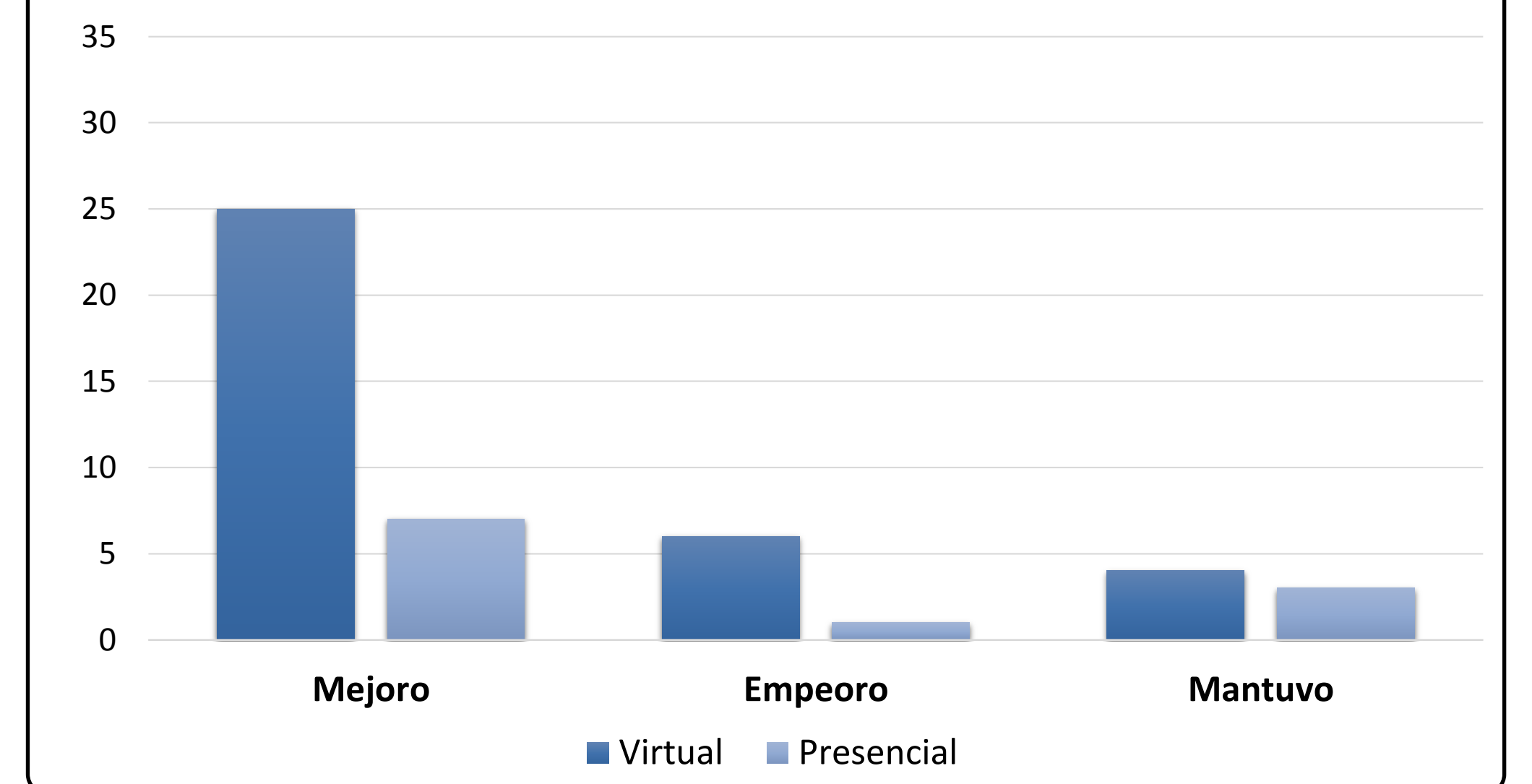


Gráfico 2: SCOPA-PS

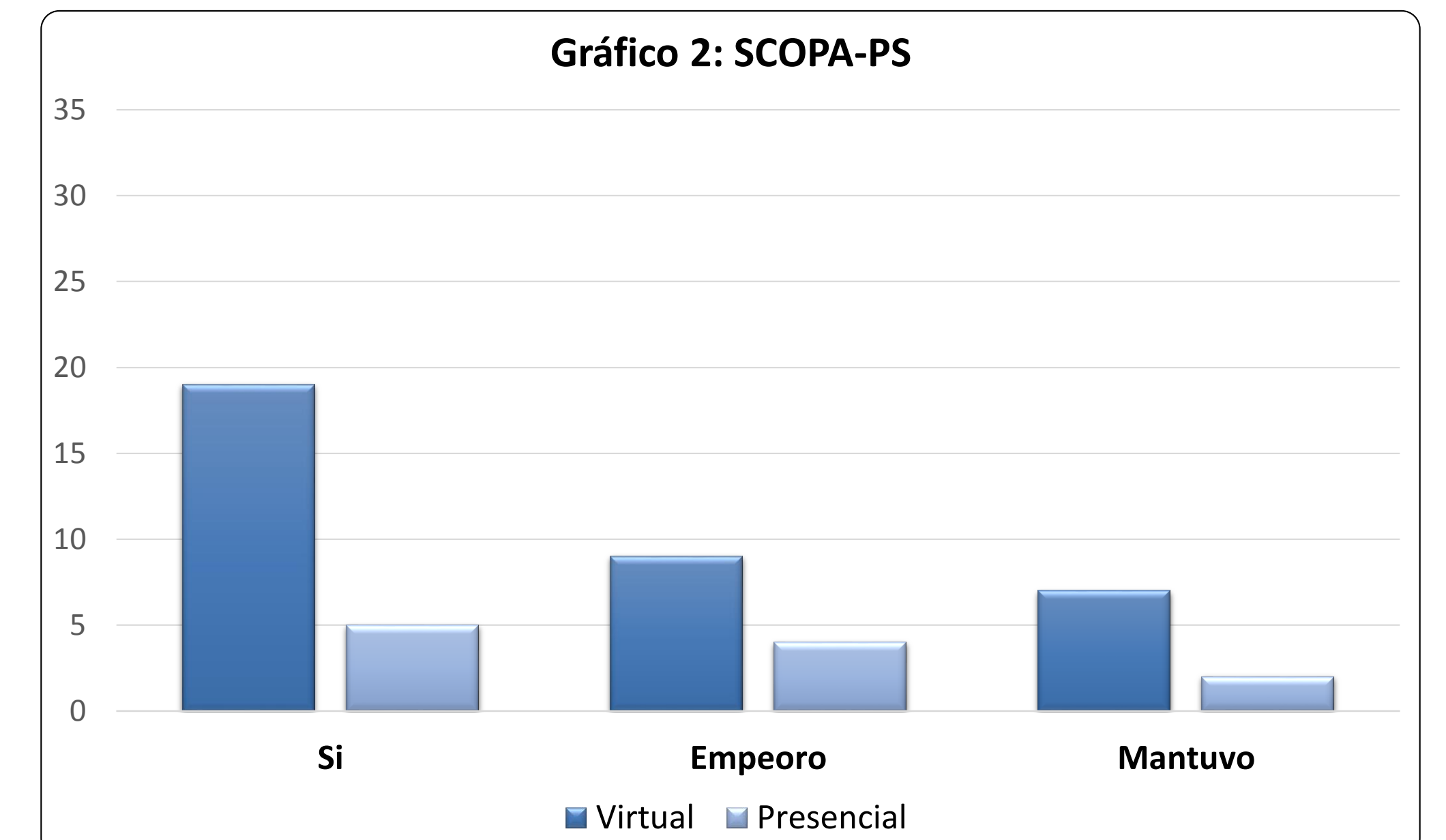


Gráfico 3: SPES-SCOPA B

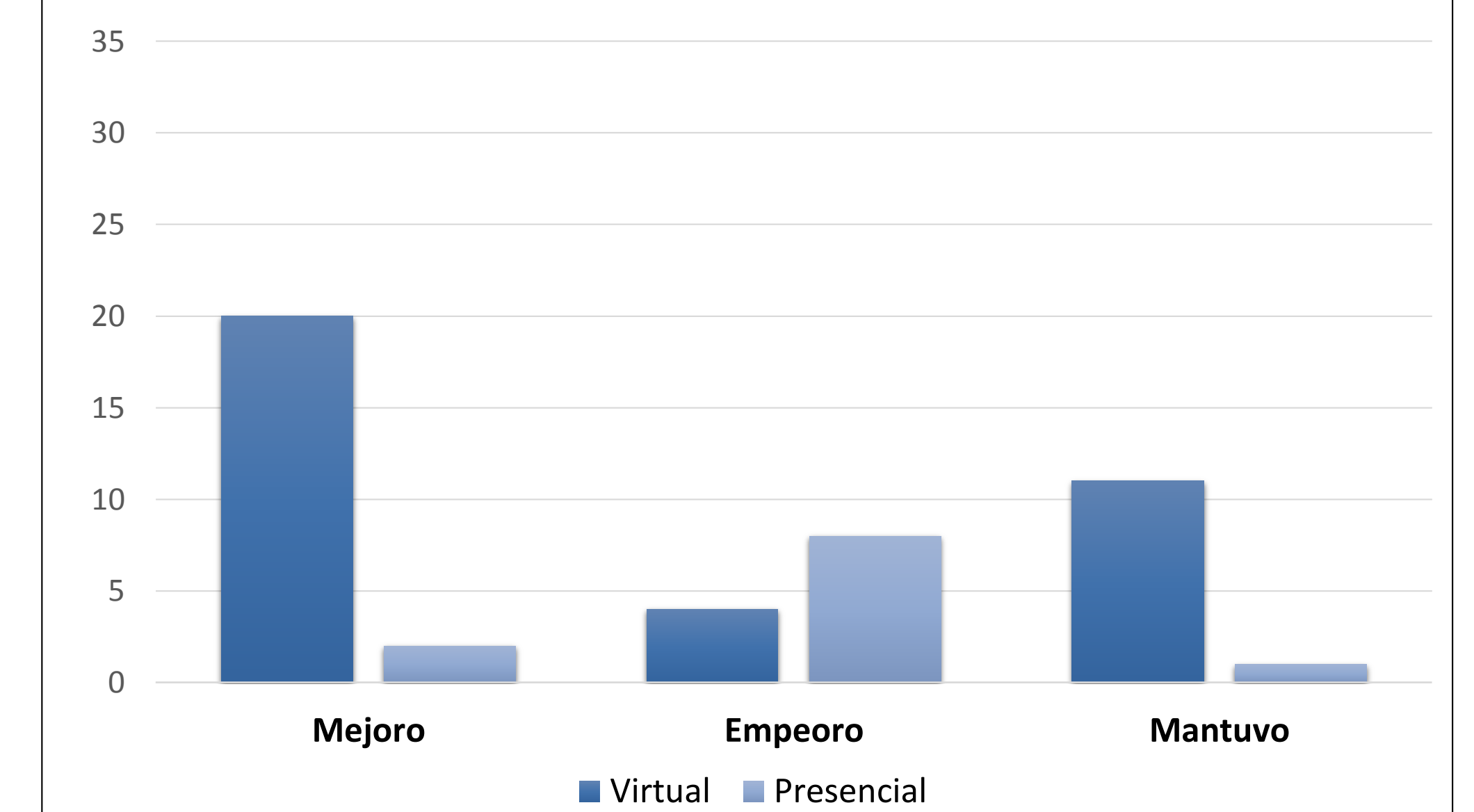
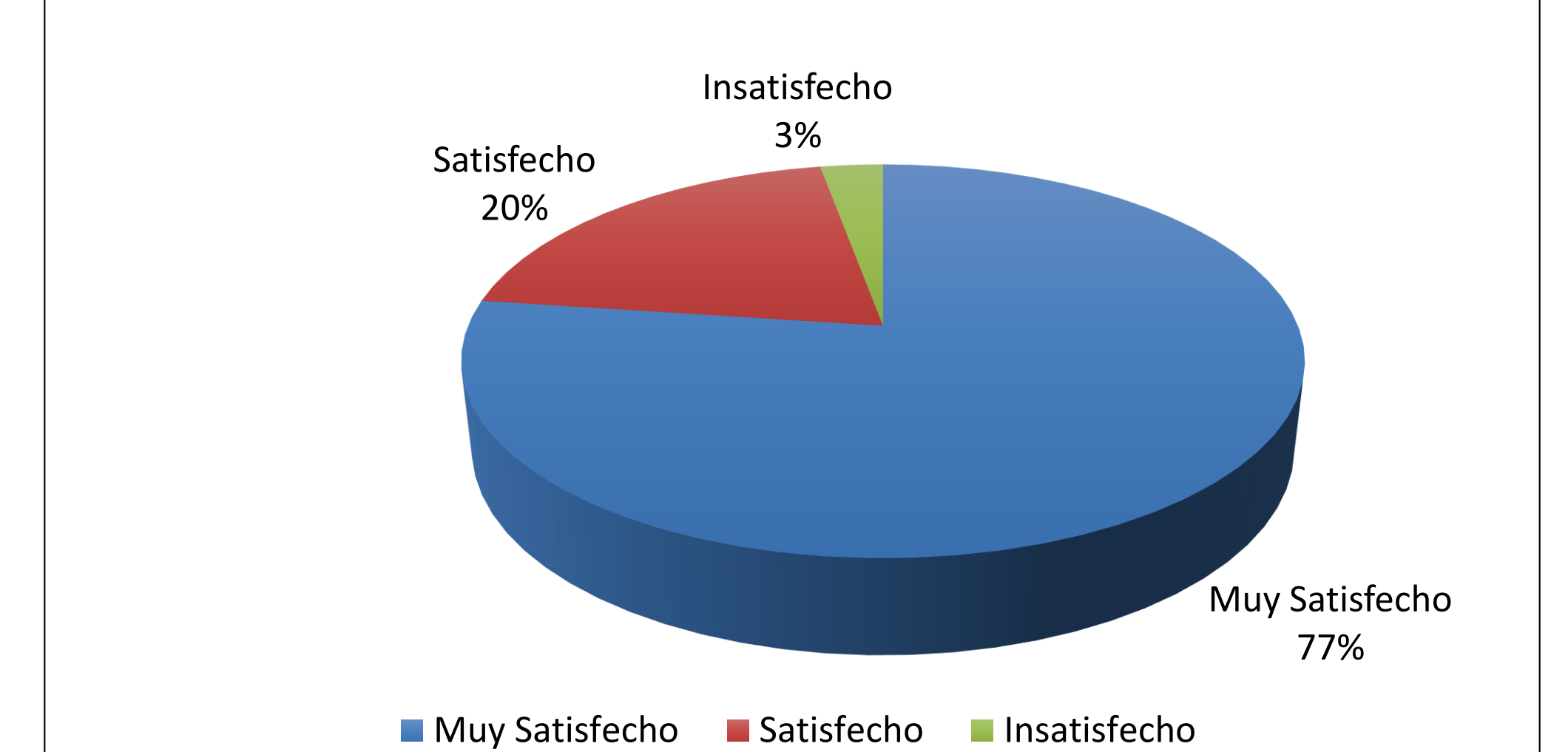


Gráfico 4: Grado de Satisfacción EVA



## Contacto

Lic. TO Myriam Scaffa  
INEBA – UNR  
TERAPIA OCUPACIONAL  
Email: mscaffa@ineba.net  
Web: www.ineba.net

## Referencias

- [1] Ellis T, Rochester L. Mobilizing Parkinson's disease: the future of exercise. *Parkinson's Dis.* (2018) 8(s1):S95–100. doi: 10.3233/JPD-181489
- [2] Berganzo, K., Tijero, B., González-Eizaguirre, A., Somme, J., Lezcano, E., Gabilondo, I., & Gómez-Esteban, J. C. (2016). Síntomas no motores y motores en la enfermedad de Parkinson y su relación con la calidad de vida y los distintos subgrupos clínicos. *Neurología*, 31(9), 585-591
- [3] Schrag, A., Jahanshahi, M., & Quinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69(3), 308–312. http://doi.org/10.1136/jnnp.69.3.308
- [4] C. Aviñó Farret M. T. Maneiro Chouza I. Clemente Benaiges. Neurorehabilitación en la enfermedad de Parkinson. *Neurología Supl* 2007;3(7):22-29
- [5] Torres Carro, O.; León, M.; Alvarez, E.; Maragoto, C.; Alvarez, L.; Rivera, O., Bases para el abordaje integral en la neurorehabilitación de la Enfermedad de Parkinson Idiopática, *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2002, 3(2): 105-108
- [6] Gage, H., Storey, L., 2004. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. *Clinical Rehabilitation* 18 (5) 463–482.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara pandemia de COVID-19 el 11 de marzo de 2020. La enfermedad de Parkinson (EP) es el segundo trastorno neurodegenerativo más común con una prevalencia creciente con el envejecimiento, lo que configura una condición que predispone a un mayor riesgo de COVID-19 complejo.

Para responder a la necesidad inminente de continuidad de neurorehabilitación en contexto SARS-CoV-2 en esta población en nuestra institución se implementó un protocolo multidimensional de TR.

**Objetivo principal:** determinar los efectos de un protocolo de TR transdisciplinario sobre la calidad de vida en EP en contexto de pandemia, en una institución privada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Objetivos secundarios:** determinar la eficiencia del sistema de TR, en términos de adherencia y usabilidad.

Comparar el impacto de la TR vs. rehabilitación presencial (RP).

### Contacto

Lic. TO Myriam Scaffa  
INEBA – UNR  
TERAPIA OCUPACIONAL  
Email: mscaffa@ineba.net  
Web: www.ineba.net

### Referencias

- [1] Ellis T, Rochester L. *Mobilizing Parkinson's disease: the future of exercise*. *Parkinson's Dis.* (2018) 8(s1):S95–100. doi: 10.3233/JPD-181489
- [2] Berganzo, K., Tijero, B., González-Eizaguirre, A., Somme, J., Lezcano, E., Gabilondo, I., & Gómez-Esteban, J. C. (2016). Síntomas no motores y motores en la enfermedad de Parkinson y su relación con la calidad de vida y los distintos subgrupos clínicos. *Neurología*, 31(9), 585-591
- [3] Schrag, A., Jahanshahi, M., & Quinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69(3), 308–312. <http://doi.org/10.1136/jnnp.69.3.308>
- [4] C. Aviñó Farret M. T. Maneiro Chouza I. Clemente Benaiges. Neurorehabilitación en la enfermedad de Parkinson. *Neurol Supl* 2007;3(7):22-29
- [5] Torres Carro, O.; León, M.; Alvarez, E.; Maragoto, C.; Alvarez, L.; Rivera, O., Bases para el abordaje integral en la neurorehabilitación de la Enfermedad de Parkinson Idiopática, *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2002, 3(2): 105-108
- [6] Gage, H., Storey, L., 2004. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. *Clinical Rehabilitation* 18 (5) 463–482.

## Material y Método

Estudio retrospectivo, 35 pacientes con EP en tratamiento sistematizado transdisciplinario de TR centrado en la persona entre marzo 2020 a enero 2021. Se realizaron comparativas con grupo control de 11 pacientes con EP que realizaron RP de neurorehabilitación entre octubre 2020 a marzo 2021. Realizaron 45 minutos de sesión, 2 veces a la semana, durante 12 semanas. Los individuos fueron evaluados al inicio (T0) y al final de la rehabilitación (T1) con:

- **PDQ 39 (Parkinson Disease Questionnaire)**; este instrumento contiene 39 ítems distribuidos en las siguientes áreas: diez son sobre movilidad, seis sobre el bienestar emocional, cuatro sobre estigma, tres sobre apoyo social, cuatro sobre estado cognitivo, tres sobre comunicación y tres sobre malestar corporal. Los ocho dominios se puntúan en una escala de 0 a 100; un valor mayor indica una peor calidad de vida.

- **SCOPA (Scales for Outcomes in Parkinson's Disease)**, este instrumento se desarrolló en la Universidad de Leiden considerando los aspectos clínicos más relevantes de la enfermedad; está compuesto por SCOPA Motor (SPES-SCOPA); SCOPA Cognitivo (SCOPA-COG); SCOPA-AUT; SCOPA-SLEEP; SCOPA-PC; SCOPA Psicosocial (SCOPA-PS); SCOPA-DC; SENS-PD. Para este trabajo se analizaron los datos del SPES-SCOPA, consta de tres secciones: evalúa impedimentos motores, funciones de las actividades de la vida diaria y complicaciones motoras. Hay cuatro opciones de respuesta, que van de 0 (normal) a 3 (grave). SCOPA-COG, incluye 10 ítems divididos en cuatro dominios (memoria, atención, funcionamiento ejecutivo y viso espacial), y su puntuación va de 0 a 43; SCOPA-PS, incluye 11 ítems con un rango posible de 0-33, examina las consecuencias psicosociales de la enfermedad.

- **Escala analógica visual (EVA)**, en el momento final (T1) los pacientes calificaron su satisfacción en relación al tratamiento virtual mediante EVA. Los que puntuaron 8-10 muy satisfechos, de 7-6 satisfechos, y los que puntuaron 0-5 insatisfechos.

En resumen, cada sesión de rehabilitación incluyó tareas motoras y cognitivas, actividades de ocio y de doble tarea. El abordaje se centró en la persona para mejorar el equilibrio, la resistencia, flexibilidad, la velocidad y la fuerza de los miembros superiores e inferiores, las funciones ejecutivas, la memoria, el lenguaje y las capacidades de doble tarea, facilitando así que el paciente retomara o mantenga los roles ocupacionales limitados por la patología y el contexto socio sanitario que se presenta con enfoque directo sobre la calidad de vida de la persona.

	Virtual	Pres.
<b>Genero</b>		
Mujeres / Hombre	13/22	6/5
<b>Tiempo de Evolución (años)</b>		
<1 año	0	0
1-5 años	15	5
>5-10 años	10	2
>10 años	10	4
<b>Educación recibida</b>		
Primario	1	5
Secundario	13	2
univeritario/terc	21	4
<b>Trabaja</b>		
SI/ No	23/12	5/6
<b>Medicación</b>		
Levodopa	31	11
Ag. dopaminérgico	8	4
Inhibidor com-T	0	1
Inhibidor mao-B	4	0
Amantadina	0	0
Otros	0	1

**TABLA 1: Datos Demográficos.**

### Contacto

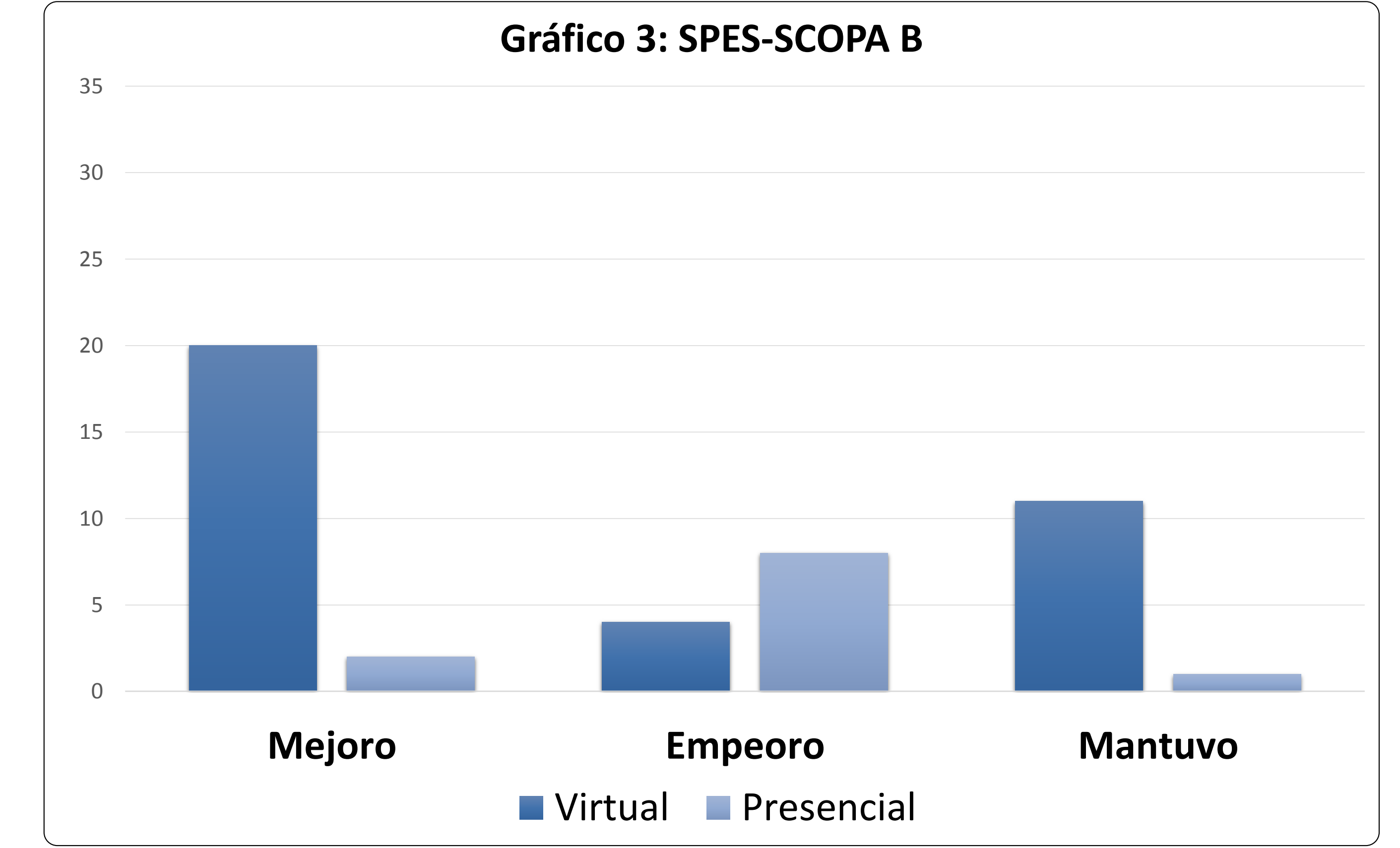
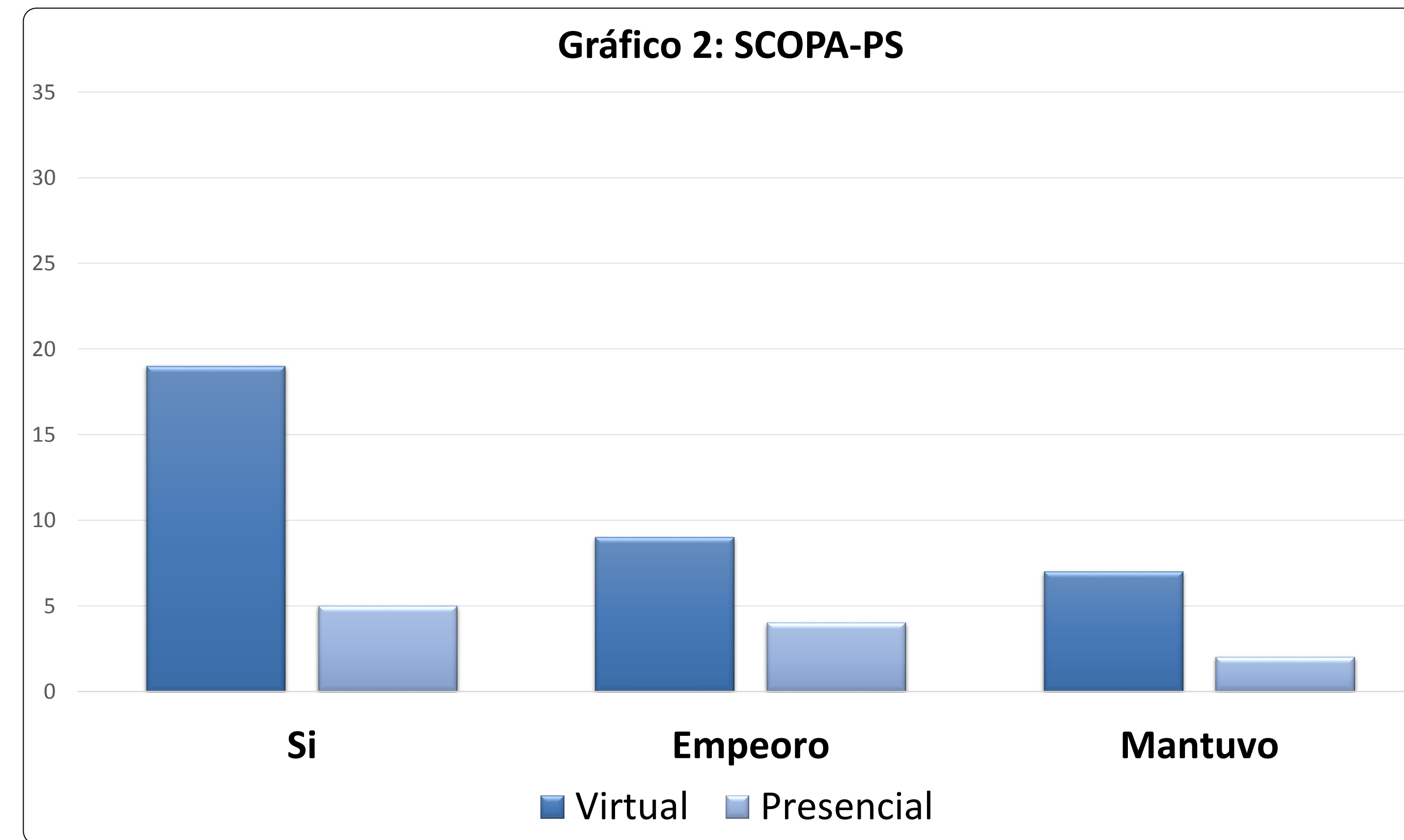
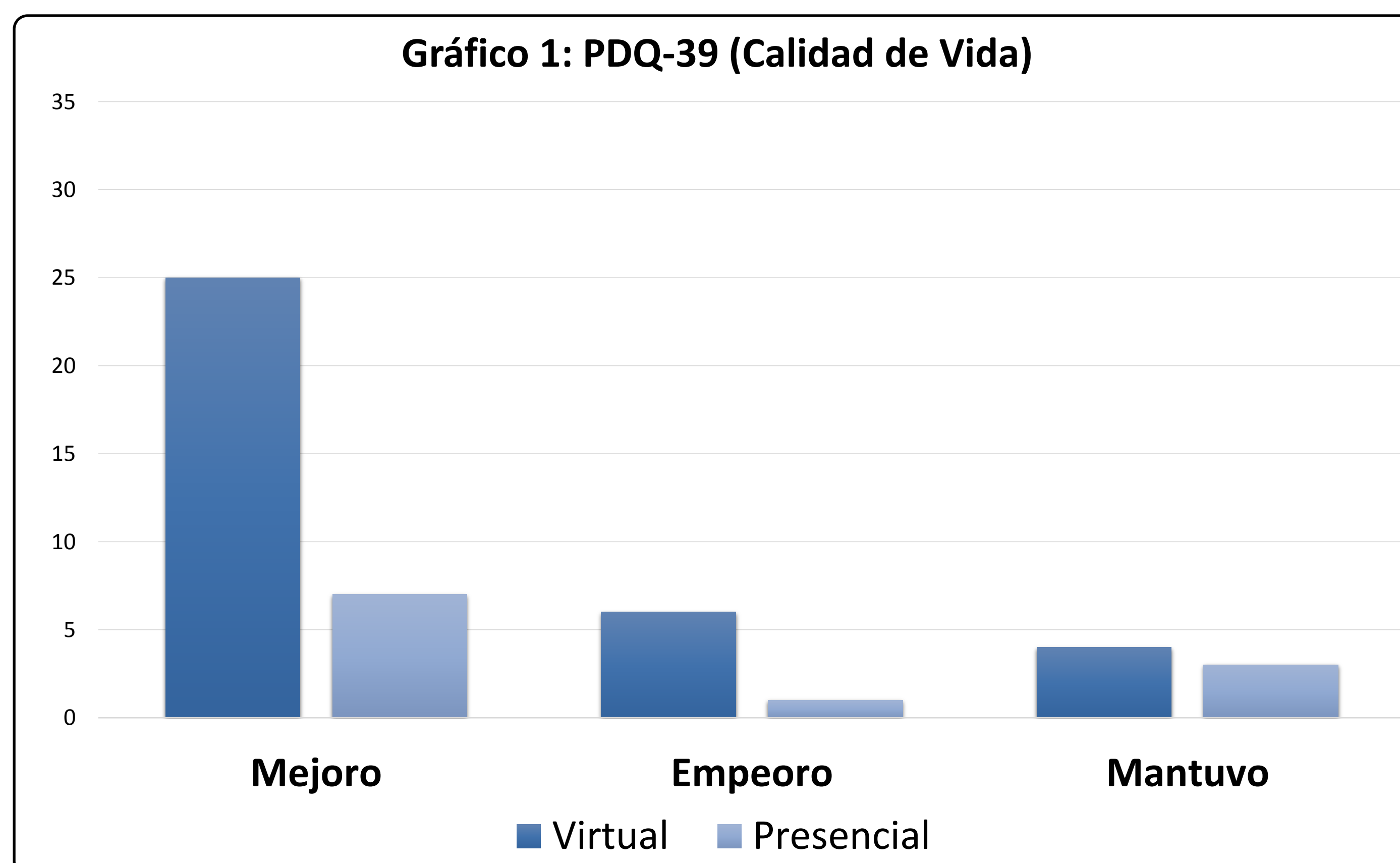
Lic. TO Myriam Scaffa  
INEBA – UNR  
TERAPIA OCUPACIONAL  
Email: mscaffa@ineba.net  
Web: www.ineba.net

### Referencias

- [1] Ellis T, Rochester L. *Mobilizing Parkinson's disease: the future of exercise*. Parkinson's Dis. (2018) 8(s1):S95–100. doi: 10.3233/JPD-181489
- [2] Berganzo, K., Tijero, B., González-Eizaguirre, A., Somme, J., Lezcano, E., Gabilondo, I., & Gómez-Esteban, J. C. (2016). Síntomas no motores y motores en la enfermedad de Parkinson y su relación con la calidad de vida y los distintos subgrupos clínicos. *Neurología*, 31(9), 585-591
- [3] Schrag, A., Jahanshahi, M., & Quinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69(3), 308–312. <http://doi.org/10.1136/jnnp.69.3.308>
- [4] C. Aviñó Farret M. T. Maneiro Chouza I. Clemente Benaiges. Neurorehabilitación en la enfermedad de Parkinson. *Neural Supl* 2007;3(7):22-29
- [5] Torres Carro, O.; León, M.; Alvarez, E.; Maragoto, C.; Alvarez, L.; Rivera, O., Bases para el abordaje integral en la neurorehabilitación de la Enfermedad de Parkinson Idiopática, *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2002, 3(2): 105-108
- [6] Gage, H., Storey, L., 2004. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. *Clinical Rehabilitation* 18 (5) 463–482.

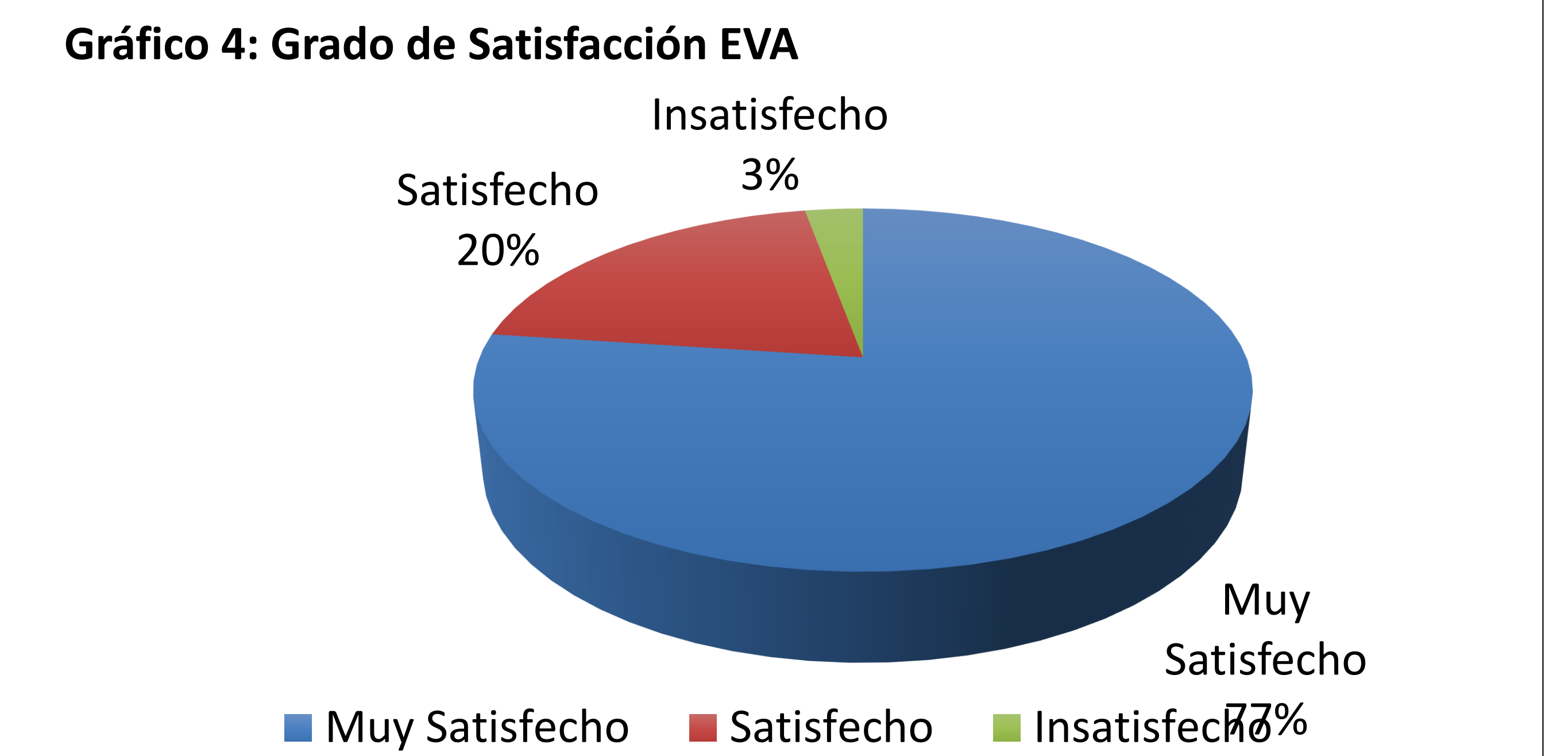
## Resultados

De la población incluida se muestran las características demográficas de ambos grupos en la **Tabla 1**. Después del tratamiento, las puntuaciones de PDQ 39 (**Gráfico 1**) y SCOPA-PS (**Gráfico 2**) habían mejorado significativamente en ambos grupos ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias significativas en la mejora del SPES-SCOPA A entre grupos, sí se evidenció mejora significativa en SPES-SCOPA B - AVD (**Gráfico 3**) entre los datos previos y posteriores a la rehabilitación del grupo de TR ( $p < 0,05$ ). En ambos grupos la totalidad de pacientes con EP finalizaron los tratamientos. En relación al objetivo de adherencia y usabilidad (**Gráfico 4**) del grupo TR, el 90 % manifestó estar satisfecho con la TR.



## Conclusiones

TR transdisciplinaria en EP resultó una herramienta útil en el contexto de una pandemia real. Facilitó el cumplimiento del tratamiento, la adherencia, la motivación y el rendimiento en las AVD. Se evidenció mejora general sobre la calidad de vida auto percibida.



### Contacto

Lic. TO Myriam Scaffa  
INEBA – UNR  
TERAPIA OCUPACIONAL  
Email: mscaffa@ineba.net  
Web: www.ineba.net

### Referencias

- [1] Ellis T, Rochester L. *Mobilizing Parkinson's disease: the future of exercise*. Parkinson's Dis. (2018) 8(s1):S95–100. doi: 10.3233/JPD-181489
- [2] Berganzo, K., Tijero, B., González-Eizaguirre, A., Somme, J., Lezcano, E., Gabilondo, I., & Gómez-Esteban, J. C. (2016). Síntomas no motores y motores en la enfermedad de Parkinson y su relación con la calidad de vida y los distintos subgrupos clínicos. *Neurología*, 31(9), 585-591
- [3] Schrag, A., Jahanshahi, M., & Quinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69(3), 308–312. <http://doi.org/10.1136/jnnp.69.3.308>
- [4] C. Aviñó Farret M. T. Maneiro Chouza I. Clemente Benaiges. *Neurorrehabilitación en la enfermedad de Parkinson*. *Neurol Supl* 2007;3(7):22-29
- [5] Torres Carro, O.; León, M.; Alvarez, E.; Maragoto, C.; Alvarez, L.; Rivera, O., Bases para el abordaje integral en la neurorrehabilitación de la Enfermedad de Parkinson Idiopática, *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2002, 3(2): 105-108
- [6] Gage, H., Storey, L., 2004. Rehabilitation for Parkinson's disease: a systematic review of available evidence. *Clinical Rehabilitation* 18 (5) 463–482.