

PANDEMIA DE COVID-19 Y SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL SAN PEDRO

NATALIA ÁLVAREZ BANDRÉS¹
CARMEN MELÉNDEZ LABORDA¹
CRISTINA BAYO NEVADO¹
PABLO SOTO ALVAREDO¹
JUAN M^a DE MIGUEL JIMENO¹
HONORIO MARÍN MÉNDEZ^{1*}

RESUMEN

La OMS reconoce a la Rehabilitación como un elemento esencial para mejorar los resultados de la salud del siglo XXI.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un continuo reto, se han ido sucediendo cambios constantes en la forma de afrontar la enfermedad.

El impacto que ha supuesto la pandemia se observa en el incremento del volumen de interconsultas que se nos ha realizado desde el Servicio de Medicina Intensiva, así como el número de sesiones y de técnicas empleadas en los tratamientos de los pacientes ingresados.

La pandemia ha revelado que la labor de los servicios de rehabilitación es ahora más esencial que nunca.

Palabras Clave: Rehabilitación, pandemia, reto, esencial.

WHO recognizes Rehabilitation as an essential element in improving health outcomes in the twenty-first century.

The SARS-CoV-2 pandemic has been a continuous challenge, there have been constant changes in the way of dealing with the disease.

The impact of the pandemic is observed in the volume increase of consultations that have been carried out from the Intensive Care Medicine Service, as well as the number of sessions and techniques used in the treatments of hospitalized patients.

The pandemic has revealed that the rehabilitation services work is now more essential than ever.

Keywords: Rehabilitation, pandemic, challenge, essential.

1. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario San Pedro (Logroño).

* Autor de correspondencia: hmarinm@riojasalud.es

1. INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020 nuestra vida cambió. Como personas y como sanitarios. La Rehabilitación, entendida en su forma más amplia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad de las personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. Se reconoce como un elemento **ESENCIAL** para mejorar los resultados de la salud del siglo XXI. Se trata de una inversión que aporta beneficios en términos de costo tanto a quien la precisa como a la sociedad en conjunto.

La llegada de la pandemia producida por la irrupción del denominado SARS-CoV-2 a la Comunidad Autónoma de La Rioja ha supuesto un continuo reto para los distintos profesionales que se integran en el Servicio de Rehabilitación, ya que se han ido sucediendo cambios continuos en la forma de afrontar la enfermedad. En marzo de 2020 nuestra labor dejó de ser esencial. Inicialmente algunos de nuestros pacientes dejaron de acudir a nuestras consultas y tratamientos. Poco después, fuimos nosotros los que tuvimos que notificar a cada uno de ellos del cese completo de nuestra actividad asistencial. En nuestro servicio únicamente se mantuvo el trabajo con los pacientes hospitalizados no covid. Este trabajo fue decreciendo rápidamente a medida que los pacientes COVID se adueñaban de cada una de las plantas de nuestro hospital.

En el hospital San Pedro muchos de nosotros cambiamos nuestro puesto de trabajo: unos ayudaron en la labor organizativa de la urgencia, otros cogieron los teléfonos de salud responde incluso apoyamos en las plantas COVID cuando fue necesario.

Pero nuestros pacientes se quedaron sin nosotros, y nosotros sin ellos. Inicialmente no se planteó valorar ni tratar desde el servicio de rehabilitación a estos pacientes. La falta de equipos de protección individual y el desconocimiento hicieron que, durante el primer mes, además de dejar de tratar a nuestros pacientes habituales, tampoco tratáramos a los COVID. Compañeros de otros hospitales comenzaron a desarrollar videos informativos para que los pacientes ingresados a los que no podíamos acompañar tuvieran a todo nuestro equipo un poco más cerca. En nuestro hospital se grabaron videos que pudieran ponerse a disposición de los enfermos colaboradores ingresados en planta.

Esta actitud se fue modificando paulatinamente y cambia en la Semana Santa de 2020, cuando se plantea la necesidad de mejorar la atención a los pacientes afectos de infección por SARS-CoV-2, mediante la incorporación de las terapias de rehabilitación, tanto a los pacientes ingresados en planta como en la UMI.

En busca de una mejor respuesta el 15 de abril de 2020 se presenta el "PROTOCOLO ACTUACIÓN REHABILITACIÓN EN EL PACIENTE COVID-19" elaborado por la Dra. Álvarez Bandrés que busca recoger y establecer recomendaciones sobre el tratamiento rehabilitador a aplicar a estos pacientes. Desde ese momento, la implicación del Servicio de Rehabilitación en el

tratamiento de los pacientes afectos, o con secuelas, por la infección por SARS-CoV-2, no ha hecho más que aumentar. El 24 de diciembre se amplía el tratamiento rehabilitador que se venía realizando en días laborables a realizarse también en fines de semana y festivos, inicialmente a partir de la citada fecha para los pacientes ingresados en la unidad de medicina intensiva (UMI) y posteriormente se amplía a los pacientes ingresados en planta. No sólo se incrementan las jornadas de tratamiento, sino que también se incrementan las técnicas y las modalidades terapéuticas empleadas.

La inmovilización del paciente crítico produce alteraciones significativas que repercuten de forma negativa en el sistema cardiovascular, respiratorio, neuromuscular, entre otros favoreciendo la aparición de eventos adversos. La movilización precoz del enfermo crítico es una recomendación establecida por las guías de práctica clínica de las sociedades científicas internacionales para mejorar los resultados y evitar las secuelas de los enfermos que sobreviven al alta de UMI. Diferentes estudios han demostrado la factibilidad de la estrategia y su impacto en los resultados y la seguridad para llevarlas a cabo.

La rehabilitación busca mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad, con el objeto de obtener la mayor restauración funcional posible. Los principales objetivos de la rehabilitación en los pacientes afectos de síndrome post-UMI son:

- Mejorar la capacidad funcional, la tolerancia al esfuerzo y la calidad de vida
- Restablecer la respiración voluntaria
- Minimizar o evitar las complicaciones respiratorias asociadas:
- Reducción de la estancia hospitalaria
- Reducción de la dependencia de ayudas externas invasivas.

Una de nuestras prioridades, siempre ha sido, una vez obtenida la estabilización clínica, la movilización precoz, estableciendo y modificando el nivel del tratamiento rehabilitador según la evolución clínica del paciente. Nuestra terapeuta ocupacional nos apoya en la realización del cribado de las alteraciones cognitivas que realiza cuando lo considera el médico rehabilitador y que nos ayuda a iniciar tratamiento cognitivo de forma precoz. Si es necesario el paciente es valorado por la neuropsicóloga que colabora con nuestro servicio en el área de daño cerebral de forma ambulatoria.

Otro punto que se ha de valorar es la disfagia, ya que cerca del 60% de los pacientes que son intubados en las UMI sufren disfagia después de la extubación y, aproximadamente, un 50% de ellos aspiran. Además, un tercio de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con intubación orotraqueal o con ventilación mecánica tienen síntomas de disfagia al alta hospitalaria.

Los pacientes con una estancia en UMI prolongada presentan una recuperación de la deglución más lenta por lo que deben valorarse exhaustivamente para prevenir complicaciones relacionadas con su disfagia.

2. METODOLOGÍA

2.1. Impacto en el Servicio de Rehabilitación

Para constatar los cambios producidos en estos meses, y el impacto que se ha producido en nuestro Servicio, se han estudiado las interconsultas y las fichas de tratamiento, haciendo hincapié, en los pacientes por los que se nos han consultado desde la UMI.

Debido a las grandes variaciones que se producían en el estado general de los pacientes y los continuos cambios en la estabilidad clínica de los mismos, y tal y como dictan los protocolos, se estableció la supervisión telemática diaria por parte de los facultativos de rehabilitación en los casos de los pacientes ingresados en la UMI.

3. RESULTADOS

El primer dato que nos indica el impacto que ha supuesto la infección por SARS-CoV-2 es el incremento del volumen de interconsultas que se han realizado desde el Servicio de Medicina Intensiva que pasó de 20 en el año 2017, 25 en 2018 y 44 en 2019, a 191 únicamente por infección por SARS-CoV-2, en el periodo comprendido entre el 15 de abril de 2020 y el 14 de abril de 2021. De ellas 143 se trataban de hombres (74,8%). En la primera ola se realizaron 30 interconsultas, 61 en la segunda y 100 en la tercera.

El segundo dato de lo que ha supuesto podemos verlo en el mes de febrero de 2021, cuando se produjo el máximo número de interconsultas realizadas por este Servicio. En un mes con 140 interconsultas, cuando nunca se habían superado las 105 interconsultas en un mes, casi el 50% fueron por secuelas tras la infección por SARS-CoV-2.

En cuanto a las técnicas empleadas, movilización precoz, fisioterapia respiratoria y logopedia para el tratamiento de la disfagia la evolución de las técnicas empleadas fue la siguiente (Tabla 1):

Tabla 1. Número de técnica empleadas en las diferentes olas

Primera ola	— 1 técnica: 24 pacientes — 2 técnicas: 6 pacientes
Segunda ola	— 1 técnica: 37 pacientes — 2 técnicas: 18 pacientes — 3 técnicas: 6 pacientes
Tercera ola	— 1 técnica: 35 pacientes — 2 técnicas: 54 pacientes — 3 técnicas: 11 pacientes

En cuanto al número de sesiones de rehabilitación que ha realizado cada paciente durante su periodo de ingreso los datos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Número de sesiones realizadas en cada paciente

Primera ola	— 1 a 5 sesiones: 6 pacientes — 6 a 20 sesiones: 17 pacientes — Más de 20 sesiones: 7 pacientes
Segunda ola	— 1 a 5 sesiones: 15 pacientes — 6 a 20 sesiones: 2 pacientes — Más de 20 sesiones: 18 pacientes
Tercera ola	— 1 a 5 sesiones: 17 pacientes — 6 a 20 sesiones: 47 pacientes — Más de 20 sesiones: 36 pacientes

Como podemos apreciar con el mejor conocimiento de la patología se ampliaron las técnicas terapéuticas empleadas, así como el inicio más precoz y el aumento de los recursos disponibles, produjo el incremento en el número de sesiones aplicadas durante el ingreso hospitalario.

4. DISCUSIÓN

4.1. Nuestras asignaturas pendientes

Nuestros pacientes COVID graves tienen cada vez una mejor atención, algo para lo que es esencial la comunicación entre los servicios de intensivos y rehabilitación para optimizar nuestra aportación. La fatiga postcovid que mejora con nuestra intervención no es una patología que estemos siguiendo en nuestras consultas. En el momento actual se está elaborando una guía para la indicación desde Atención Primaria de pacientes COVID y esperemos que con ella podamos aportar nuestro grano de arena a estos pacientes.

Pero no todo es COVID. La actual situación ha revelado que la labor de los servicios de rehabilitación es más necesaria que nunca. Esta situación obligó a cerrar nuestras puertas hasta mitad de junio de 2020.

Esto ha tenido relevantes consecuencias para la evolución de su estado físico y mental. Algunos pacientes han sufrido un retroceso en la evolución de sus patologías. Por todo ello la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación ha lanzado la campaña #RehabilitacionEsencial, con ella esperamos que se considere nuestro trabajo esencial para salud de los pacientes. No somos prescindibles, porque nuestros pacientes no pueden prescindir de nosotros.

5. CONCLUSIONES

El 30 de octubre de 2020 el director general de la OMS habla de forma categórica de los efectos a largo plazo de la COVID-19: “aunque aún estamos aprendiendo sobre el virus, lo que está claro es que no es solo un

virus que mata gente. Para un número significativo de personas, este virus supone una serie muy amplia de efectos serios a largo plazo”. Y agregó: “es imperativo que los gobiernos reconozcan los efectos a largo plazo de la COVID-19 y se aseguren de darle un acceso a los servicios de salud a estos pacientes. Esto incluye atención primaria, y cuando sea necesario, cuidados especiales y REHABILITACIÓN”.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del Servicio de Rehabilitación por su desempeño y dedicación a lo largo de todo este tiempo de pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Brodsky, M. B., Huang, M., Shanholtz, C., Mendez-Tellez, P. A., Palmer, J. B., Colantuoni, E., & Needham, D. M. (2017). Recovery from dysphagia symptoms after oral endotracheal intubation in acute respiratory distress syndrome survivors. A 5-year longitudinal study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(3), 376-383.
- Díaz Ballve, L. P., Dargains, N., Urrutia Inchaustegui, J. G., Bratos, A., Milagros Percaz, M. D. L., Bueno Ardariz, C., ... & Settembrino, E. (2017). Weakness acquired in the intensive care unit. Incidence, risk factors and their association with inspiratory weakness. Observational cohort study. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 29, 466-475.
- Gomez A, Lopez AM, *et al.*, (2020). Actualización en rehabilitación respiratoria en el paciente COVID 19 de SORECAR. Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorespiratoria (SORECAR). Disponible en: <http://www.sorecar.net/covid-19.htm>.
- Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., Granger, C. L., ... & van der Lee, L. (2020). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of physiotherapy*, 66(2), 73-82.
- Zhang, L., Hu, W., Cai, Z., Liu, J., Wu, J., Deng, Y., ... & Qin, Y. (2019). Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(10), e0223185.
- Recomendaciones sobre movilización precoz y rehabilitación respiratoria en la COVID 19 de la sociedad española de medicina intensiva, crítica y de unidades coronarias (SEMICYUC) y la sociedad española de rehabilitación y medicina física (SERMEF). Disponible en : <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/05/RECOMENDACIONES-SEMICYUC-SERMEF.pdf>