



## Comunicaciones

## 2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

### Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)

#### 77. HERRAMIENTAS DIGITALES PARA DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR COMORBILIDADES SECUNDARIAS A COVID-19

Rubén González Báidez<sup>1</sup>, Amalia Anguita Rodríguez<sup>1</sup>, Rocío Alfaro Fernández<sup>1</sup>, Carmen Callado Catalán<sup>2</sup> y Juan Cantos Ruiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Atención a Grandes Discapacitados Físicos Infanta Leonor de Albacete, Albacete, España. <sup>2</sup>Gerencia de Atención Integrada de Hellín (Albacete) SESCOAM, Albacete, España. <sup>3</sup>Gerencia de Atención Integrada de Albacete, SESCOAM, Albacete, España.

**Palabras clave:** Digital. Diagnóstico. Seguimiento.

**Introducción:** La crisis sanitaria ha provocado un brusco cambio en la sociedad, atacando de forma más severa a colectivos más vulnerables como ancianos, personas con discapacidad o personas en riesgo de exclusión social. En una sociedad cada vez más tecnológica, estos colectivos no tienen acceso a dispositivos de comunicación con acceso a internet, bien por desinformación, desinterés o no poder acceder económicamente a estos servicios.

**Material y métodos:** Se realizará una revisión bibliográfica sistemática de artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Scielo, Web of Science, PEDRO, Lilacs y Cochrane. Como palabras clave, se han usado las palabras: COVID, digital, app, support, disease. Los operadores booleanos seleccionados han sido AND y OR. Como criterios de inclusión, se han seleccionado artículos en español e inglés, cuya antigüedad no superara los 5 años. Como criterios de exclusión, se han descartado aquellos artículos con antigüedad superior a 5 años y cuya temática no se ajustaba a la del estudio. Se han encontrado 6 artículos, de los cuales han sido seleccionados 5.

**Resultados:** Hoy en día, la tecnología se ha convertido en una herramienta inesperada, tanto para posible herramienta de cribado y diagnóstico, como seguimiento de aquellos pacientes a los que les han dado el alta tras contagio por COVID-19, así como los infectados o en cuarentena por contacto estrecho con pacientes diagnosticados. La tecnología es todavía un elemento lejano en los núcleos de población de edad avanzada, y para muchos de ellos, es imposible acceder por su situación económica a tablets o móviles. Por ello, se han creado iniciativas como #mirarteotravez en las cuales se pretendía realizar una donación altruista de tablets que las personas jóvenes no usaban, bien por encontrarse obsoletas o por otros motivos. De las más conocidas en España, destacamos la app RadarCOVID, como mé-

todo de alerta de contagios en las diferentes comunidades, pero son muchas más las utilizadas o creadas específicamente para permitir un seguimiento a personas en situación de vulnerabilidad. No obstante, todavía no existe un marco legislativo europeo común, que pueda asegurar ciertos parámetros como la protección de datos y anonimato de las personas que quieran preservar su derecho a la intimidad. Otra app conocida como "Conectayos", tiene como objetivo comunicar a personas ancianas que hubieran enfermado o se encuentren en aislamiento, con otros profesionales sanitarios como médicos para establecer consultas en modalidad online, así como enfermeros o fisioterapeutas. Otras herramientas, como milaulas.com o Microsoft teams, han demostrado también ser una herramienta interesante, tanto como medio de comunicación con los profesionales sanitarios, como una manera útil para establecer ejercicios de carácter teórico-práctico, así como grabación de vídeos que permita reducir el impacto psicológico del aislamiento y/o las secuelas de la enfermedad.

**Conclusiones:** Las tecnologías de la información y la comunicación pueden resultar útiles para el desarrollo de una labor sanitaria de calidad por parte de los profesionales sanitarios, aunque es necesario un acceso real a las mismas, y la realización de una interfaz sencilla, de funciones básicas pero importantes a su vez, de cara a que las personas con discapacidad, o las personas ancianas puedan desarrollar su uso en función de sus posibilidades individuales.

#### Bibliografía

1. Bokolo A Jr. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. *J Med Syst.* 2020;44(7):132.
2. Yang S, et al. The use of ICT during COVID-19. *Proc Assoc Inf Sci Technol.* 2020;57(1):e297.
3. Király O, et al. Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Compr Psychiatry.* 2020;100:152180.
4. Ohannessian R, et al. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e18810.
5. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria. Ministerio de Sanidad. Consultado vía web en 1 de Febrero de 2020.

#### 90. REHABILITACIÓN PARA PACIENTES COVID. GUÍA DE RECOMENDACIONES

María Oliva González Oria, Inmaculada Díaz Cano Carmona, Ana M<sup>a</sup> López Lozano, Beatriz Rendón Fernández, Antonio Galván Ruiz, Gracia Martínez Crespo y Juana María Barrera Chacón

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Palabras clave:** Virus SARS-CoV-2. Complicaciones de la COVID-19. Rehabilitación post-COVID-19.

**Introducción:** La neumonía por SARS-CoV-2 es una enfermedad infecciosa respiratoria altamente contagiosa que causa disfunción respiratoria, física y psicológica. En la mayoría de casos la recuperación es espontánea, aproximadamente el 14% desarrolla una enfermedad grave que requiere hospitalización y soporte de oxígeno y el 5% requiere ingreso a una unidad de cuidados intensivos con el desajuste físico que la inmovilización provoca. La movilización precoz dirigida y rehabilitación respiratoria debe realizarse tan pronto como sea posible siempre que lleve, al menos, 12-24 horas estable, ya que reducen las tasas de morbilidad y la estancia media hospitalaria. Sin embargo, el alto riesgo de contagio en fases tempranas hace que no siempre sea posible y/o necesario la presencia de un facultativo. Nuestro objetivo es aportar la información necesaria para la realización de dichos ejercicios mediante documentación escrita e ilustrada.

**Material y métodos:** Se realiza una revisión bibliográfica en las principales bases de datos médicas con el fin de identificar estudios que apoyen, con evidencia científica, los ejercicios que vamos a enseñar a los pacientes. Se ilustra con imágenes los ejercicios seleccionados para reforzar su entendimiento. Diseñado el borrador se muestra en sesión conjunta a diferentes facultativos con el fin de mejorar la estructura y el contenido. Posteriormente se entrega a personas de diferente edad, sexo y nivel cultural para valorar la comprensión y modificar las dificultades encontradas.

**Resultados:** Se presenta un folleto de fácil entendimiento con información básica sobre la enfermedad y sus complicaciones, consejos sobre hábitos de vida saludable, beneficios del ejercicio físico y tipos de ejercicios que el paciente debe realizar durante su ingreso hospitalario y al alta a domicilio acompañados de imágenes ilustrativas. Se completa la información con teléfonos de ayuda y contacto con la Unidad para dudas.

**Conclusiones:** Un programa de rehabilitación motora y respiratoria que incluya ejercicios respiratorios, aeróbico y de resistencia, realizados de manera progresiva según tolerancia, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y mejora la capacidad funcional en pacientes afectados por neumonía grave por infección por SARS-CoV-2. Con la entrega de este folleto informativo pretendemos resolver dudas frecuentes, ampliar conocimientos básicos de su proceso y reforzar el cumplimiento del ejercicio para mejorar los resultados funcionales del paciente.

### 93. CÓMO ADAPTAR UN SERVICIO DE REHABILITACIÓN A LA SITUACIÓN DE PANDEMIA COVID-19

**Blanca Palomino Aguado,** Belén Alonso Álvarez, Ezequiel Hidalgo Galache, María Santos Oliete, Santiago Fidel Miranda Bautista, Alberto Molero Sánchez, M<sup>a</sup> Elena Martínez Rodríguez, David Pozo Crespo y Juana Gallardo González

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Pandemia. COVID-19.

A lo largo de las difíciles semanas de pico de epidemia cada centro hospitalario ha organizado su actividad asistencial sin protocolos previos establecidos, dado que no existían precedentes similares que permitieran repetir modelos de actuación. Los servicios de Medicina Física y Rehabilitación fueron adaptándose a las consecuencias provocadas por la pandemia y reorganizaron sus recursos y destinado un mayor número de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales a las plantas de hospitalización para poder atender las necesidades de tratamientos de los pacientes con COVID-19, dada la alta prevalencia de consecuencias físicas graves que se observan en estos durante el ingreso. En esta comunicación explicamos cómo organizamos nuestra actividad asistencial en el Servicio de Rehabilitación del Hospital, siguiendo las fases en las que la OMS divide el transcurso de una pandemia. Atendiendo a las necesidades de personal médico, dada la magnitud del número de ingresos por COVID-19, el 20 de marzo y de forma progresiva hasta llegar al 80% de la plantilla, facultativos y médicos

residentes de Rehabilitación se integran en los equipos COVID. Dada la inesperada complejidad de la afectación pulmonar y física observada en los pacientes durante y tras su ingreso por COVID-19, los facultativos de rehabilitación, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales se ven obligados a realizar nuevos protocolos terapéuticos, en base a lo publicado por las sociedades científicas de expertos.

### 127. MANEJO DE LOS PACIENTES COVID EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DE SEGOVIA

**Ana María Pozo Román,** María Begoña de la Fuente de Hoz, Noemí M<sup>a</sup> Paz Hernández Revilla, Félix Leandro Montes Padilla y Rocío Lozano Jareño

*Complejo Hospitalario Segovia (Sacyl), Segovia, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. COVID. Polineuropatía.

Describimos lo que ha supuesto la pandemia COVID en el Servicio de Rehabilitación de Segovia desde su comienzo en marzo de 2020 hasta la actualidad. El inicio de la enfermedad supuso el cierre de nuestro Servicio para dar cabida a camas COVID, ya que el hospital necesitó habilitar nuevos espacios (también cafetería y salón de actos) para poder atender a todos los pacientes que lo necesitaron. Desde entonces, hemos tenido que adaptarnos a las distintas situaciones, atendiendo directamente a los pacientes COVID y buscando una respuesta para la multitud de pacientes no COVID que se habían quedado sin tratamiento para sus patologías, a veces graves. La organización llevada a cabo en la provincia de Segovia, ha sido: 1. Atención en UCI. El tratamiento ha ido dirigido, fundamentalmente, a tratar la polineuropatía del enfermo crítico y la insuficiencia respiratoria, evitando las maniobras que pudieran crear aerosoles, pero buscando una mayor eficacia en los movimientos respiratorios de los pacientes. 2. Atención en planta. El objetivo ha sido recuperar la fuerza perdida y mejorar la capacidad respiratoria, ajustando las pautas a la situación concreta de cada caso. El tratamiento se ha realizado en la propia habitación, progresando en la intensidad y dificultad de los ejercicios según la evolución lo permitía. En estos enfermos se añadieron pautas de estimulación cognitiva a través de un librito realizado por nuestra terapeuta ocupacional, que se les entregaba para que fueran trabajando durante las largas horas de ingreso. 3. Atención ambulatoria. Una vez que los pacientes recibían el alta, iban a su domicilio con un cuadernillo de ejercicios progresivamente más complejos, para continuar el trabajo allí. Antes de abandonar el hospital se valoraba su situación, de forma que los pacientes que presentaban algún tipo de focalidad continuaban su tratamiento en nuestro Servicio mientras que los que mostraban únicamente un desacondicionamiento generalizado, eran seguidos y controlados por las Unidades de Fisioterapia de los Centros de Salud. Este doble circuito para los pacientes ambulatorios era y es bidireccional, de forma que los pacientes pueden volver al hospital o pasar a seguimiento en primaria según evolucione su situación. Esta planificación ha permitido abordar el tratamiento de los pacientes en una circunstancia muy adversa, con los gimnasios intermitentemente cerrados y después con unos ratios de presencialidad muy bajos por las exigentes medidas de seguridad.

### 185. PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19 TRATADOS MEDIANTE FISIOTERAPIA DE ABRIL A MAYO 2020

**Susana María Cofiño Rodríguez,** Enrique Arias Rosado, Emilio Javier Frutos Reoyo, Marcos Gándara Alonso, María del Pilar Bermejo de la Fuente, Rosario Peñacoba Martín, Mirian Martín Gallego, Sara Sastre Parro, Sheila Narros Navas y Ernesto Candau Pérez

*Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.*

**Palabras clave:** Fisioterapia. Ingreso. Rehabilitación.

**Objetivos:** Establecer las características epidemiológicas y factores de riesgo en pacientes ingresados por COVID-19 tratados mediante fisioterapia de abril a mayo 2020.

**Material y métodos:** Diseño: estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional. La población (n = 56) es la totalidad de los pacientes ingresados por COVID-19 tratados mediante fisioterapia de abril a mayo 2020, reportados en la base de datos del servicio de rehabilitación. Se valoraron los datos de la totalidad de la población estudiada. La recolección de los datos fue realizada por los investigadores. Se elaboró una base de datos en Microsoft Office Excel® 2010. Se realizó procesamiento estadístico con correlación de variables. El análisis de datos se efectuó utilizando medidas de tendencia central, tablas de frecuencia y tablas generales.

**Resultados:** En nuestro centro se inició la rehabilitación mediante fisioterapia respiratoria y motora a pacientes ingresados por COVID-19 en abril de 2020. Un total de 56 pacientes fueron tratados durante los dos primeros meses. La distribución por sexo es de 12 mujeres (21%) y 44 (79%) hombres. Se presentarán los rangos edad, prevalencia de factores de riesgo cardiorrespiratorio, el desarrollo de miopatía o polineuropatía, el tipo de asistencia ventilatoria, la estancia hospitalaria y el tipo de fisioterapia realizada.

## 200. PROYECTO PILOTO - GUÍA DE EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA ORIENTADA A PACIENTES INGRESADOS Y AL ALTA EN LA PANDEMIA DE COVID-19

**María del Mar Rivas Estepa**, Jorge Izquierdo Maza, Alba María Prados Lumbierres, Silvia Beatriz Romero de la Higuera, Francisco José Gallego Peñalver, Gentian Çuko Nushi, Javier Ruiz Serrano, Ana Martínez González, Celia Rodríguez Cuesta y Natalia Arauz de Robles Aldehuela

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Ejercicios. Respiratorio.

Los coronavirus pertenecen a un grupo de virus ARN con predilección por el sistema digestivo y respiratorio con transmisión principalmente respiratoria. A finales del año 2019 en Wuhan, provincia de Hubei, China, aparece un nuevo subgrupo de coronavirus altamente patógenos, conocidos como SARS-CoV-2, dando lugar a la pandemia que acontece actualmente, con el nombre de COVID-19. Actualmente, millones de personas sufren un proceso relacionado con esta patología, derivando en ocasiones en neumonía severa, necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y, en los casos más desfavorables, la muerte del paciente. Con el objetivo de continuar con el tratamiento rehabilitador a nivel respiratorio, intentando reducir al máximo el riesgo de infecciones cruzadas en el ambiente sanitario, se ha desarrollado una guía de ejercicios de rehabilitación respiratoria, para pacientes seleccionados, ingresados y al alta. Tras un consenso entre médicos rehabilitadores, y fisioterapeutas, se determina una serie de ejercicios en función de la movilidad del paciente para que sean realizados de manera autónoma. Tras esto, y junto con imágenes y pies de foto explicativos, se le indica tanto la frecuencia diaria como el tiempo que deberá llevarlos a cabo, así como aquellos síntomas de alarma por los que interrumpirlos. Se incluyó, además, un código QR, y se publicó la guía de ejercicios en el sitio web del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, para facilitar la difusión de la misma y favorecer la disponibilidad y alcance a la población susceptible. Dicha guía de ejercicios fue inscrita en la agencia del ISBN. Tras la entrega de la guía de ejercicios, la buena aceptación y realización de éstos por parte del paciente, y la valoración en consulta tras el alta, se ha visto una clara mejoría del estado de desacondicionamiento propio de los pacientes que sufren encamamiento prolongado, así como una pronta recuperación de los mismos, en términos de mejoría de capacidad respiratoria y autonomía en las actividades básicas de la vida diaria. La

elaboración de esta guía de ejercicios ha supuesto una herramienta en el mantenimiento y mejora de la función respiratoria y movilización de secreciones, así como en la recuperación de la movilidad del paciente tras su ingreso, disminuyéndose asimismo el contagio y transmisión del COVID-19 durante el periodo de pandemia.

## 233. REHABILITACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍA COVID. EVALUACIÓN A TRES MESES

**Mª Pilar Valverde Mateos**, Ana González Romero, Ana Isabel Martín Fernández, Vanessa Alvarado Ramos, Marta Conejo Fraile, Paula Peña Moneva y Juan Carlos Miangolarra Page

*Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Neumonía COVID. COVID persistente.

**Introducción:** Presentamos un estudio descriptivo y transversal, realizado con pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Fuenlabrada con el diagnóstico de Neumonía por COVID-19 durante los meses de marzo, abril y mayo de 2020. Todos ellos fueron valorados por el Servicio de Rehabilitación y realizaron fisioterapia durante su ingreso hospitalario.

**Objetivos:** Valorar su evolución y estado tras tres meses del alta hospitalaria.

**Material y métodos:** Se recogen datos de 59 pacientes, diferenciando los que fueron valorados por el médico rehabilitador en UCI (41 pacientes), de los valorados en planta de hospitalización (18 pacientes). Los datos se toman de su Historia Clínica electrónica, y se realiza una entrevista telefónica tres meses después del alta hospitalaria. Se analizan datos de su evolución y de la rehabilitación realizada durante su hospitalización, evolución tras el alta y durante los meses siguientes, y se analiza también su situación en el momento de la entrevista.

**Resultados:** Los pacientes de nuestra muestra tuvieron una mayor estancia hospitalaria, tanto en las unidades de UCI como en plantas de hospitalización, un mayor índice de complicaciones, y también un mayor porcentaje de reingresos hospitalarios, respecto a los datos generales de pacientes ingresados por neumonía COVID del hospital. Todos nuestros pacientes recibieron sesiones de fisioterapia motora y/o respiratoria. Tuvieron una buena recuperación funcional con la fisioterapia intrahospitalaria recibida, la cual fue valorada muy positivamente por los pacientes. Tras 3 meses del alta hospitalaria el 54% de nuestros pacientes continuaban realizando en su domicilio, a diario, los ejercicios de fisioterapia aprendidos durante su hospitalización. Después de tres meses, el 84% de estos pacientes tienen síntomas persistentes, siendo los más frecuentes disnea, cansancio y depresión/ansiedad. Esto les produce una disminución en la reincorporación a actividades cotidianas previas a su ingreso, y al mundo laboral, así como un deterioro en su calidad de vida relacionado con la salud medido con el cuestionario SF-36. Durante esos meses, el 95% de ellos han tenido seguimiento en consultas externas de Neumología, Medicina interna, y post-UCI de nuestro hospital. El 40,67% de estos fueron remitidos a consultas de Rehabilitación por alteraciones motoras o respiratorias persistentes, y a casi todos se les prescribió fisioterapia ambulatoria.

## 234. PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN EN POSTHOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN COVID-19

**Enrique Arias Rosado**, Ana María González Rebollo, Susana María Cofiño Rodríguez, Esther María Cantalapiedra Puentes, Irene Mendi Gabarain, Emilio Javier Frutos Reoyo, Marcos Gándara Alonso, María del Henar Agustín del Río, Elisa Mora Pérez y Esther García Martínez

*Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Posthospitalizado. COVID-19.



**Objetivos:** El objetivo de esta propuesta asistencial posinfección COVID-19 es coordinar, agilizar y mejorar la atención individualizada de los pacientes que presentan secuelas por esta patología. Se pretende mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes que han sufrido la enfermedad, realizando la elaboración de un plan terapéutico individualizado mediante rehabilitación de secuelas asociadas al aparato locomotor, respiratorias, neurológicas, cardíacas, así como con terapia ocupacional y rehabilitación domiciliaria en la actualidad.

**Material y métodos:** Se elaboró un protocolo de actuación en pacientes diagnosticados de infección por COVID-19 con posterior ingreso hospitalario, y que precisaron fisioterapia. Los pacientes son derivados desde Atención Primaria o Especializada al Servicio de Rehabilitación, donde son valorados una vez presentan estabilidad clínica y PCR negativa. De esta forma, se establece un plan de tratamiento ambulatorio o domiciliario en los casos que presenten secuelas más graves, o seguimiento mediante consulta no presencial y ejercicios en domicilio en los casos más leves. Seguimiento clínico prospectivo de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario secundario a infección por COVID-19 que fueron tratados con fisioterapia. Se evalúa mediante diferentes escalas de valoración, las posibles secuelas físicas derivadas de la enfermedad, como son la disnea, desacondicionamiento motor con atrofia muscular, dificultad para la deambulación y para las actividades de la vida diaria. De esta forma elaboramos un plan terapéutico individualizado a cada paciente.

**Resultados:** En nuestro centro, comenzamos a aplicar dicho protocolo en enero de 2021. Se presentarán los resultados preliminares, con los pacientes participantes hasta el momento.

**Conclusiones:** El motivo para realizar dicho protocolo es debido a que entre el 20% y 60% de los pacientes que superaron una infección por COVID-19 presentaron deterioro fisiológico persistente o algún grado de fibrosis pulmonar según estudios a medio plazo, que precisan atención y seguimiento por parte de los servicios de Rehabilitación para lograr un mejor reacondicionamiento.

## 266. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE NUESTRO SERVICIO DE REHABILITACIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

**Belén Alonso Álvarez,** Blanca Palomino Aguado, Elena Villalobos Baeza, Diana Sanz Heras, Carolina de Miguel Benadiba, Teresa Segura Santos, Silvia Domínguez Ibáñez, Mónica Pérez Ferreiro y Juana María Fernández Corporales

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Actividad. COVID-19.

La crisis provocada por la pandemia COVID-19, ha provocado profundos cambios en la actividad sanitaria. Presentamos la actividad que hemos desarrollado en nuestro Servicio de Rehabilitación, desde marzo hasta el 31 de diciembre de 2020, contemplando la gestión asistencial, colaboraciones, recursos humanos, investigación y calidad. Exponemos nuestros datos de consultas externas, con nuevas modalidades de prestación: consultas telefónicas, teleconsultas y e-consultas, fruto de la necesidad de adaptarnos a la realidad sociosanitaria. Describimos las técnicas realizadas, el ámbito asistencial en cada caso, la distribución de pacientes nuevos y revisiones y el porcentaje de absentismo en cada caso, comparando los datos con los del 2019. Describimos y cuantificamos la actividad de interconsulta hospitalaria llevada a cabo, y el case-mix de los procesos atendidos. Incluimos los datos de actividad desarrollada por Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia y cómo hemos continuado con la Educación Terapéutica en formato online. Ofrecemos asimismo nuestros datos de lista de espera tanto para consultas como para iniciar los tratamientos. Todos los miembros del Servicio, cambiamos nuestra habitual actividad, colaborando con la planta de pacientes COVID y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, y hemos sufrido muchos cambios a nivel contractual. Gra-

cias al esfuerzo de todos, hemos mantenido la actividad docente pregrado y posgrado y hemos participado en diferentes proyectos de investigación, y mejora de la calidad, con creación y actualización de Consentimientos Informados, protocolos de tratamiento, y bases de datos para poder analizar los datos de procesos tales como la fractura de cadera, la patología respiratoria o la disfagia.

## 454. ICTUS ISQUÉMICO, TROMBOFILIA Y COVID

**Antonio Carmona Espejo,** Andrés Rodríguez Salvador y Miguel membrilla Mesa

*Servicio Andaluz de Salud, Granada, España.*

**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular. Trombofilia. Infecciones por coronavirus.

**Caso clínico:** Paciente de 45 años con antecedentes de trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo complicado con tromboembolismo pulmonar en 2007 y estudio de trombofilia con heterocigosis para las mutaciones de los genes de la MTHFR y del factor XII. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria y trabajadora activa manual. Evolución: 4 semanas antes del suceso isquémico, sufre infección respiratoria COVID-19 sin criterios de ingreso hospitalario, con aislamiento domiciliario. Al mes de dicha infección comienza con hemiparesia facio-braquio-crural izquierda y disartria, mostrando el estudio de neuroimagen y perfusión cerebral el siguiente hallazgo: oclusión de la arteria carótida interna derecha desde su origen hasta intracraneal y oclusión en arteria cerebral media derecha a nivel M1. Realizándose por parte de radiología intervencionista trombectomía mecánica de rescate, con colocación de stent. Posteriormente en TAC craneal de control se evidencian datos de infarto maligno de Arteria cerebral media derecha con fenómenos expansivos asociados, que precisan la realización de craniectomía descompresiva. Tras varios días, se realiza TAC craneal de control donde no se observan fenómenos de resangrado, por lo que dado el antecedente trombótico de la paciente, más el efecto protrombótico de la infección por COVID-19 se decide instauración de heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas y ácido acetil salicílico. Tras la estancia de la paciente en la unidad de cuidados intensivos, es trasladada a planta de neurorehabilitación. En esta unidad la exploración manifiesta consciencia y orientación en las 3 esferas, con parálisis facial supranuclear izquierda, disartria leve, miembro superior izquierdo en fase II de Brunnstrom, incluida la mano y miembro inferior izquierdo en fase II de Brunnstrom además de mal control del tronco en sedestación. Portando sonda nasogástrica para alimentación. Se inician terapias de fisioterapia y terapia ocupacional. Se realiza test MECV-V que manifiesta seguridad para la ingesta de la textura líquida, por lo que se inicia dieta de disfagia. Continúa avanzando en terapias, hasta que su estado clínico, permite la continuidad de terapias en hospital de día.

**Discusión:** Como etiología del cuadro isquémico cerebral de la paciente se encuentra el antecedente de trombofilia, a lo que se añade el carácter protrombótico de la infección por COVID-19 como efecto sumatorio.

## 455. Telerrehabilitación en pacientes estables hospitalizados por COVID-19

**Jorge Izquierdo Maza,** Elena García Álvarez, Isabel Villarreal Salcedo, María del Mar Rivas Estepa, Ana Martínez González, Javier Ruíz Serrano, Alba María Prados Lumbierres, Silvia Beatriz Romero de la Higuera, Francisco José Gallego Peñalver y Natalia Araúz de Robles Aldehuela

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

**Palabras clave:** Telerrehabilitación. Coronavirus. COVID.

**Objetivos:** Disminuir la pérdida de autonomía del paciente. Potenciar un uso racional de los recursos humanos y materiales en el manejo del paciente con COVID-19.

**Material y métodos:** Debido a la crisis de abastecimientos de los equipos de protección individual y al auge de infecciones cruzadas entre los profesionales sanitarios al comienzo de la pandemia, se pretendió tratar mediante telerrehabilitación a los pacientes ingresados por infección por SARS-CoV-2. Para ello, empleamos un vídeo grabado por fisioterapeutas y médicos del Servicio de Rehabilitación que se transmitió a las 12:00 por circuito interno de televisión en las habitaciones de las plantas destinadas a dichos pacientes. Este proyecto piloto tuvo buena acogida por parte de los pacientes y sus familiares. La selección de los pacientes candidatos se fundamentó en precisos criterios de inclusión y exclusión definidos por los médicos rehabilitadores del servicio. El vídeo reúne y explica diversos ejercicios específicos sencillos agrupados en función de la movilidad del paciente haciendo hincapié en las pautas de seguridad. Como soporte audiovisual se añadió un código QR al final del vídeo para permitir su descarga y la reproducción en dispositivos del propio paciente. Se asoció a un determinado canal para que aquellos pacientes que fueran seleccionados por parte del Servicio de Rehabilitación tuvieran que sintonizarlo y así poder evitar que los pacientes no seleccionados por criterios de exclusión lo hicieran. La actividad se acompañó de dos infogramas: uno dirigido al paciente en el que se explican medidas de seguridad y la ejecución del programa de ejercicios y otro destinado a enfermería en el que se pedía colaboración en la recogida de información sobre los pacientes. La comunicación con el paciente se realizó de forma bidireccional a través del teléfono de la habitación. También se podrían haber usado otros dispositivos electrónicos.

**Resultados:** Hubo una gran aceptación tanto por los diferentes profesionales sanitarios como por los pacientes involucrados en el proyecto piloto. Se consiguió impulsar la independencia de nuestros pacientes y favorecer un uso racional de los recursos con una adecuada calidad asistencial.

**Conclusiones:** Se espera extender este proyecto en futuros repuntes de casos para aumentar el tamaño muestral y obtener resultados objetivos del mismo.

#### 460. REHABILITACIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE POST-COVID-19

**Ana María Andrés Toribio,** Jesús Martín Marfull, Laura Pérez-Hickman Díez e Isidoro Sánchez Blanco

*Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación domiciliaria. Autonomía. Recuperación funcional.

La pandemia COVID-19 ha afectado a un perfil de pacientes muy diverso englobado dentro de un amplio rango de edad. La evolución clínica tras la enfermedad difiere en gran medida entre ellos. Según nuestra experiencia clínica los pacientes de edad comprendida dentro de las décadas de los 50 y 60 años sufren una evolución más tórpida con un menoscabo mayor de su autonomía respecto a su situación funcional previa. Este tipo de paciente sufre la estancia prolongada en UCI, precisando ventilación mecánica invasiva y/o no invasiva y un posterior traslado a planta hospitalaria con la consecuente polineuropatía del paciente crítico. Desde el punto de vista rehabilitador atendemos pacientes que cumplen criterios de estabilidad respiratoria y hemodinámica tanto en UCI como en planta hospitalaria; nuestro objetivo es mejorar la funcionalidad del paciente reduciendo el déficit motor, evitando la aparición de deformidades y rigideces articulares e incrementando así la autonomía teniendo en cuenta las necesidades cardiorrespiratorias individuales. Durante el ingreso se explican pautas de ejercicios activos básicos según protocolo así como técnicas de ahorro energético para gestionar el nivel de actividad sin incrementar

en exceso la sensación disneica. Las opciones terapéuticas tras el alta hospitalaria son múltiples siendo la Rehabilitación domiciliaria la más adecuada en el tipo de paciente al que hacemos referencia dado que suelen presentar un desacondicionamiento físico severo, en ocasiones acompañado de limitaciones osteoarticulares y/o nerviosas derivadas del encamamiento prolongado lo cual limita de forma relevante la actividad así como los traslados (transporte sanitario-fisioterapia ambulatoria). Las principales ventajas de la rehabilitación domiciliaria son: la evaluación y tratamiento del enfermo se realizan en su entorno habitual, favoreciendo la integración de los logros aprendidos; se favorece la continuidad asistencial; permite adelantar el alta hospitalaria y disminuye los ingresos hospitalarios y además supone un ahorro de costes en transporte sanitario.

#### 461. REHABILITACIÓN HOSPITALARIA EN PANDEMIA COVID-19

**Ana María Andrés Toribio,** Jesús Martín Marfull, Laura Pérez-Hickman Díez e Isidoro Sánchez Blanco

*Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Protocolo. Pandemia COVID-19.

Los Servicios de Medicina Especializada Hospitalaria vieron modificada su actividad por la necesidad de personal en primera línea durante la pandemia COVID-19. Rehabilitación fue uno de los servicios afectados. Las consultas presenciales y la fisioterapia ambulatoria se suspendieron y la atención telefónica pasó a ser la actividad principal desde Consulta Externa. Una vez que los Servicios de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neumología e Infectología pudieron asumir la actividad asistencial derivada de la pandemia los profesionales de primera línea fueron recuperando sus funciones de forma paulatina. En la actualidad a nivel hospitalario, se reciben diariamente interconsultas de los diferentes servicios de especialidades que son asignadas a un facultativo encargado de su valoración presencial. En el caso de los pacientes derivados por neumonía SARS-CoV-2 PCR/Ag + se precisa del uso de equipos de protección individual según protocolo y se asignan siempre al mismo facultativo encargado de pacientes COVID/Post-COVID. Según cada caso se indicarán pautas a los pacientes y acompañantes o se pautará tratamiento de fisioterapia motora y/o respiratoria durante el ingreso. Según la evolución durante ingreso y el grado de desacondicionamiento y limitación funcional que presenten al alta existe la opción de continuar tratamiento de fisioterapia ambulatoria versus domiciliaria; en cualquier caso se realiza un seguimiento de los pacientes en Consulta Externa inicialmente de forma telefónica y posteriormente presencial si es preciso. En pacientes que residan en Centros Sociosanitarios es razonable el seguimiento telefónico para evitar confinamientos internos y traslados innecesarios en situación de pandemia. A nivel ambulatorio las consultas médicas presenciales se espacian entre pacientes lo máximo posible para evitar acúmulos en las salas de espera y se alternan con consultas telemáticas. Los tratamientos de fisioterapia ambulatoria se priorizan para determinadas patologías (urgentes-preferentes), los tratamientos se realizan a días alternos con todas las medidas de seguridad para personal y pacientes, previa firma del consentimiento informado para acudir al gimnasio. El personal auxiliar se encarga del checking de entrada así como de desinfectar mobiliario y cambiar material entre pacientes. El cierre de los centros de día y deportivos afecta negativamente a las rutinas de pacientes previamente estables.

#### 463. INFECCIÓN COVID-19, HALLAZGOS Y COMPLICACIONES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**Ana María Andrés Toribio,** Jesús Martín Marfull, Laura Pérez-Hickman Díez e Isidoro Sánchez Blanco

*Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.*

**Palabras clave:** Neumonía bilateral SARS-CoV-2. Timoma. Polineuropatía.

**Introducción:** La cronología referente a la COVID-19 es bien conocida. A finales de 2019, se detectó en Wuhan (Hubei, China) un brote local de neumonía cuya etiología, inicialmente desconocida, se atribuyó al poco tiempo al coronavirus de tipo 2 productor de síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). A la fecha, la pandemia por COVID-19 ha generado una escalofriante epidemiología mundial pocas veces registrada en la historia humana: millones de contagios confirmados y de reportes de remisión, sumados a un volumen creciente de miles de decesos.

**Caso clínico:** Paciente varón de 52 años que ingresa por Neumonía bilateral por SARS-CoV-2 en fase III en septiembre de 2020. Pruebas complementarias: analítica con elevación de marcadores de inflamación sistémica: dímero D, ferritina y linfopenia. Radiografía simple de tórax: neumonía bilateral, imagen nodular parahiliar derecha y cardiomegalia. TAC torácico: múltiples opacidades parcheadas con atenuación en vidrio esmerilado distribuidas por la periferia de ambos campos pulmonares en relación con neumonía COVID-19. Masa mediastínica anterior derecha de morfología polilobulada y densidad de partes blandas que alcanza los 12 cm de diámetro mayor y respeta las estructuras vasculares. Adenopatías paratraqueales bilaterales. RNM torácica: Los hallazgos sugieren como primera posibilidad, teniendo en cuenta comportamiento en esta exploración y su aspecto en estudios de TC previos, voluminoso quiste tímico multilocular versus timoma quístico no invasivo, y menos probable teratoma o linfoma. Diagnósticos: neumonía COVID-19 fase III/masa mediastínica sugerente de timoma/polineuropatía del paciente crítico. Evolución: requirió ingreso prolongado en UCI con VMI. Recibió tratamiento con bolus de dexametasona, ceftriaxona, tocilizumab y enoxaparina con adecuada respuesta terapéutica. Masa mediastínica anterior: timectomía en cirugía torácica (timoma reseado B2). Presentaba además un implante pleural precisando radioterapia adyuvante. Polineuropatía del paciente crítico en tratamiento rehabilitador con evolución motora y respiratoria favorable.

**Discusión:** La COVID-19 afecta de forma global a los pacientes que, por otra parte, pueden padecer otro tipo de patologías concomitantes que pueden verse enmascaradas. El abordaje y tratamiento multidisciplinar es fundamental para lograr resultados funcionales satisfactorios a largo plazo.

#### 465. INFECCIÓN COVID-19 Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ana María Andrés Toribio, Jesús Martín Marfull, Laura Pérez-Hickman Díez e Isidoro Sánchez Blanco

Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España.

**Palabras clave:** Infección COVID-19. TEP. Anticoagulación.

**Introducción:** La COVID-19, enfermedad respiratoria aguda causada por el coronavirus SARS-CoV-2, emergió en diciembre de 2019 en un mercado en Wuhan, la significativa transmisibilidad de este nuevo coronavirus y la elevada mortalidad asociada a la COVID-19, además de la carencia de tratamiento curativo, han convertido a esta enfermedad en un serio problema de salud a nivel mundial.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 75 años con antecedentes de panhipopituitarismo tras exéresis de tumor hipofisario y reconstrucción de fístula de LCR, que ingresa por neumonía bilateral SARS-CoV-2 complicada con tromboembolismo pulmonar (TEP). Pruebas complementarias: radiografía simple de tórax: infiltrados basales bilaterales con empeoramiento radiológico por lo que se solicitó AngioTAC que confirmó TEP subsegmentario en lóbulo inferior derecho e infarto pulmonar basal izquierdo. Extensa afectación parenquimatosa pulmonar intersticial en relación con infección COVID-19 que ocupaba aproximadamente el 80% del parénquima pulmonar con extensas áreas de condensación y fibrosis intersticial. Derrame pleural asociado. Ecocar-

diograma: FEVI 60%, válvula aórtica trivalva, insuficiencia mitral leve. Inicialmente fue tratada con oxigenoterapia de alto flujo, ceftriaxona, bolus de dexametasona, tocilizumab, baricitinib, amoxicilina-clavulánico y acetilcisteína. Tras objetivarse TEP se inició anticoagulación con HBPM 1 mg/kg/12h. Posteriormente comenzó con dolor dorsal que no mejoraba con analgesia y precisó TAC toracoabdominal que reveló un hematoma de pared dorsolumbar probablemente secundario a anticoagulación terapéutica que precisó traslado a Cirugía torácica para su drenaje. Diagnóstico: Fibrosis pulmonar secundaria a infección COVID-19/Hematoma secundario a tratamiento anticoagulante/insuficiencia respiratoria. Evolución favorable tras drenaje de hematoma fue valorada por Rehabilitación realizando tratamiento de fisioterapia motora y respiratoria consiguiendo deambulación autónoma con andador y una funcionalidad global aceptable para su edad y grado de afectación pulmonar residual.

**Discusión:** El TEP es una complicación de la enfermedad por COVID-19. Su diagnóstico clínico es difícil de establecer por el solapamiento de la clínica y los datos analíticos de las dos entidades. Existen además otras posibles complicaciones asociadas a los diversos tratamientos, por lo que se ha de realizar una valoración integral para solventarlas y minimizar las secuelas.

#### 497. FRACTURA METASTÁSICA DE CADERA EN UNA PACIENTE CON INFECCIÓN GRAVE POR COVID-19

José María Delgado Mendilívar, Esther López Cano, Manuel Ramírez Morales, Martí Peirau Gabarrell y Jose Antonio Expósito Tirado

Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Cáncer. Rehabilitación.

**Introducción:** Durante la implantación del 1º Estado de Alarma en España por la pandemia por COVID-19, los screening diagnósticos de cáncer se suspendieron y en los meses posteriores los diagnósticos de rutina han sufrido retrasos lo cual se prevé que condicionará un retraso en los diagnósticos con el impacto que ello supone en la supervivencia. Presentamos un caso clínico en el que la sospecha diagnóstica durante ingreso en UCI por infección COVID-19 grave permitió aplicar un tratamiento precoz.

**Caso clínico:** Paciente de 45 años con antecedente de lumbalgia por protrusión discal posterior L5-S1. Acude a urgencias por cuadro de disnea rápidamente progresiva y disgeusia con una saturación de O<sub>2</sub> del 92%. En radiografía de tórax se aprecian infiltrados bilaterales difusos por neumonía bilateral por SARS-CoV-2. La paciente ingresa en UCI requiriendo intubación y ventilación mecánica. Se solicita valoración por el Servicio de Rehabilitación al 26º día de ingreso. A la exploración la paciente se encuentra consciente, dirige la mirada y responde a órdenes sencillas y RASS+1. En la exploración del balance articular destaca inquietud a la movilización pasiva de la cadera derecha y acortamiento y rotación externa del miembro. Se solicita estudio radiológico urgente de cadera derecha, objetivándose fractura pertrocanterea de aspecto patológico en fémur derecho y lesión metafisaria tipo lítica que sugiere metástasis. Tras estudio completo se diagnostica de carcinoma infiltrante de mama derecha grado 1 de Nottingham. 4 días después se interviene mediante osteosíntesis con clavo endomedular con cemento óseo. Se inicia tratamiento fisioterápico durante el ingreso en UCI que continuó durante el ingreso en planta. Al alta hospitalaria realiza vida en silla de ruedas, con Barthel de 65 y clasificación funcional de Harris modificada de cadera de 35. Continúa tratamiento fisioterápico de forma ambulatoria y revisión en consulta externa de Rehabilitación. A los 10 meses presenta una mejoría funcional con marcha funcional, Barthel de 95 y clasificación funcional de Harris modificada de cadera de 76.

**Discusión:** En el caso de sufrir una infección grave por COVID-19 que pueden precisar ingresos de larga evolución en UCI y bajo seda-



ción, es importante tener la patología tumoral en el diagnóstico diferencial ante síntomas no habituales para que no pasen desapercibidos. En este caso, el diagnóstico precoz y el tratamiento rehabilitador han permitido alcanzar un mejor pronóstico de supervivencia y un buen resultado funcional.

## 521. PANDEMIA COVID-19 Y CAMBIOS EN PROCESOS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA Y UCI EN ESPAÑA

**Percy Begazo Flores<sup>1</sup>**, Marta Supervia Pola<sup>2</sup>,  
Marina Gimeno González<sup>1</sup> y Ana Belén Morata Crespo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Palabras clave:** Rehabilitación COVID-19. UCI. Respiratoria.

**Introducción:** Los diferentes Servicios de Rehabilitación (RHB) en todo el mundo se han adaptado a la situación actual tras la pandemia COVID-19, la gran cantidad de nuevos pacientes ha desbordado la capacidad asistencial. Valoramos el cambio que se produjo en los Servicios de Rehabilitación en España por la pandemia COVID-19, en las áreas de UCI y rehabilitación hospitalaria, así como en intervención sobre el paciente crítico.

**Material y métodos:** Estudio transversal, encuesta online (formulario de Google) cumplimentadas entre los días 16/04/2020 y 10/05/2020. La Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorespiratoria (SORECAR) realizó la difusión de la encuesta. El contenido se diseñó en base a las recomendaciones de un comité de expertos de SORECAR.

**Resultados:** Respuestas de 33 hospitales de 13 ciudades. Carga asistencial a pacientes con COVID-19: la media de demanda asistencial en UCI es de 16,5 Hojas de interconsulta (HIC)/semana (rango: 2-80), en planta de hospitalización: 17 HIC/semana de media (rango: 2-75). En el 39,3% solo un médico RHB se dedicaba al área de UCI, 2 en 17,1%, 3 en el 29,3%, 14,6% 4 o más (sin cambios tras pandemia). Horas de trabajo por semana: el tiempo medio dedicado por los médicos fue de 5,65 h/sem y por fisioterapeutas de 18 h/sem. Tras el inicio de la pandemia el tiempo medio de dedicación por médicos RHB se incrementó a 10,86 h/sem y a 29,84 h/sem en caso de fisioterapeutas. Solo seis centros hospitalarios (15,8%) contaban de forma previa a la pandemia COVID-19 con terapeutas ocupacionales (T.O.) en el área de RHB-UCI (con dedicación media de 5 h/sem). Tiempo por sesión: 30 min/paciente, antes y después de la pandemia. Un 53,5% de médicos RHB ha cursado una formación específica en COVID-19. En el 51,2% de casos no se realizó seguimiento ambulatorio, en 23,3% de los casos se dispone de consulta específica, en el 46,5% en proceso de desarrollo. En un 81,4% se cuenta con protocolo específico de RHB, en el 14% está en desarrollo.

**Conclusiones:** Se han duplicado las horas de trabajo dedicadas a esta área en los servicios de RHB, solo 6 centros cuentan con T.O. para UCI, la terapia combinada (FT y T.O.) ha probado mejorar los resultados. En el 76,7% de centros no se disponía de un protocolo ni de una consulta ambulatoria RHB-post-COVID. La pandemia ha evidenciado la necesidad de recursos y de tecnología para un correcto abordaje que minimice las limitaciones funcionales-discapacidades asociadas en los pacientes con formas graves-hospitalizaciones prolongadas por COVID-19.

## 548. CALIDAD DE VIDA POSALTA EN PACIENTES CON INGRESO EN UCI POR SARS-CoV-2 DE CARTAGENA

**María José López García**, David Jiménez Medina,  
Amina Dzenanovic Arnautovic, Sofía Amorós Rivera,  
Jesús Campos Albert, Francisco Pérez Fernández  
y María Magdalena Albaladejo Vergara

Complejo Hospitalario de Cartagena, Cartagena, España.

**Palabras clave:** Calidad de vida. UCI. SARS-CoV-2.

La infección por el virus COVID-19 puede provocar entre otras cosas neumonía que puede llevar a insuficiencia respiratoria precisando el paciente soporte respiratorio y según la gravedad ingreso en UCI. Para atender a estos pacientes de forma coordinada el Servicio de Rehabilitación colabora con el Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario de Cartagena valorando a aquellos pacientes que cumplen unos criterios de estabilidad clínica establecidos entre los dos servicios. Para estudiar las posibles secuelas y afectación en la calidad de vida de los pacientes tras el alta hospitalaria se inicia un estudio manteniendo la cooperación UCI-Rehabilitación, en el que se incluyeron pacientes de alta que habiendo estado en UCI hubieran sido valorados por Rehabilitación entre marzo 2020 y enero 2021, que aceptaron participar en el estudio y comprendían el español y se excluyeron los que no cumplían criterios o tenían otras patologías que provocaban discapacidad. A estos pacientes se les entrevistó de forma telefónica, se les informó del propósito y la naturaleza del estudio, se les pidió su consentimiento verbal y se les realizó una encuesta elaborada específicamente para este estudio y un cuestionario genérico de calidad de vida SF36. Los datos han sido tratados respetando la confidencialidad de los mismos mediante asignación de número de estudio a los participantes. Además se registraron datos epidemiológicos de las historias clínicas como sexo y edad (en el momento del ingreso), otros datos de interés como tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la realización de las encuestas (en meses), tiempo de estancia en UCI (en días), necesidad o no de IOT, tipo de asistencia respiratoria y días que se necesitó. Los datos se analizaron mediante programa SPSS. A 14 de febrero, se han incluido 38 pacientes, excluido 25. El 52,6% precisó oxígeno alto flujo frente al 47,4 de ventilación mecánica invasiva. La media de estancia en UCI fue de 14,11 días, con una media de 4,98 m desde el alta hasta la encuesta. En el SF-36 un 65,78% consideró que su salud estaba algo peor que hacía un año frente al 26,31% que la calificó como igual y en los ítems individuales el apartado subir escaleras junto con las alteraciones del sueño fueron los más afectados. En la escala específica diseñada para el estudio a destacar la valoración positiva del trato del personal sanitario durante el ingreso. Se encontró relación estadísticamente significativa entre los dos cuestionarios.

## 570. LINFEDEMA EN EL CONTEXTO DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

**María del Campo Sánchez**, Concepción Cuenca González,  
Lucía Fernández-Mellado Gómez, Alejandro Esteban Martínez,  
Almudena González Murillo, Luís Monleón Llorente,  
Idoya Barca Fernández, Lucía Garvín Ocampos  
y Marta Ciller Martínez

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Palabras clave:** COVID-19. SARS-CoV-2. Linfedema.

**Objetivos:** Aportar una posible relación entre la COVID-19 y la predisposición al desarrollo de linfedema a partir de un caso clínico.

**Caso clínico:** Mujer de 83 años, valorada por mareos de probable origen ortostático. Como antecedentes personales destacan síndrome rígido acinético, ictus isquémico vertebrobasilar, deterioro cognitivo moderado y disnea de moderados esfuerzos de probable origen cardial. Refiere mareo, tos no productiva y dolor torácico de características pleuríticas. Analítica con elevación al doble de su valor del dímero D y de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, VSG, ferritina, fibrinógeno). Radiografía de tórax: infiltrado en base izquierda. Exudado nasofaríngeo positivo para SARS-CoV-2. Tras deterioro clínico y empeoramiento de los parámetros analíticos, se solicitan hemocultivos y urocultivos: septicemia por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente, con sospecha de contaminación del ca-

téter de la línea media. Posteriormente, presenta dolor y limitación de la movilidad en el mismo miembro del catéter, descartándose la presencia de patología osteomuscular. Se solicita Doppler por progresivo aumento de volumen y consistencia, confirmándose la presencia de trombosis en vena subclavia izquierda. Por ello, se procede a realizar anticoagulación oral con rivaroxabán durante 3 meses y derivación a Rehabilitación para tratamiento de linfedema de predominio distal, circunmétricamente mayor a 3 centímetros respecto al contralateral y signo de Stemmer positivo.

**Discusión:** La evidencia científica actual ha demostrado que la infección por SARS-CoV-2 produce, entre otras alteraciones analíticas, alteraciones en la coagulación, favoreciendo los eventos trombóticos. Los sistemas linfático y venoso están estrechamente interrelacionados; la alteración de uno de ellos ocasionará la sobrecarga del otro. Así mismo, las infecciones cutáneas son favorecedoras de la aparición de linfedema o empeoramiento de un linfedema previo. No se puede determinar el desencadenante exacto de la aparición del linfedema en la paciente, si fue secundario a su infección cutánea o a la trombosis ocasionada por el estado de hipercoagulabilidad en el contexto de infección por SARS-CoV-2. Es fundamental un abordaje rehabilitador integral desde fases iniciales para evitar las complicaciones derivadas tanto de la propia infección como las secundarias a los ingresos prolongados y tratamientos requeridos para combatir la misma.

### 585. SÍNDROME DE DESACONDICIONAMIENTO POST-COVID EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

**Yunia Herbania Labrada Rodríguez,** Óscar Escolante Castro y Jara Velasco García-Cuevas

*Hospital Guadarrama, Madrid, España.*

**Palabras clave:** COVID-19. SARS-CoV-2. Tratamiento rehabilitador.

**Introducción:** Algunos estudios preliminares indican que tener esclerosis múltiple no aumenta el riesgo de contagiarse de COVID-19, pero algunas personas con esclerosis múltiple sí que podrían estar en mayor riesgo de complicaciones si se infectan.

**Caso clínico:** Mujer de 66 años con antecedentes personales de diabetes mellitus, dislipemia, hipotiroidismo y esclerosis múltiple progresiva, que ingresa en Unidad de Recuperación Funcional (URF) por síndrome de descondicionamiento tras ingreso prolongado y tórpido por SDRA asociado a neumonía bilateral grave SARS-CoV-2. Estancia en su hospital de referencia de 59 días, de ellos 29 días en UCI, precisó ventilación mecánica y dos ciclos de pronó. Presentó TVP segmentaria en tibial posterior izquierda y sobreinfección bacteriana de origen respiratorio. Exploración física al ingreso en URF: consciente y orientada, balances articulares libres, balances musculares miembros superiores 3/5 y miembros inferiores 2/5 en la Escala de la Medical Research Council. Transferencias con ayuda de 2 personas, no deambula. Índice de Barthel 35 y 0 en la Escala de Evaluación para la Capacidad de la Marcha, según, Funcional Ambulatory Classifier (FAC). Se prescribió tratamiento rehabilitador mediante técnicas de fisioterapia: cinesiterapia de fortalecimiento de las extremidades, entrenamiento de transferencias, equilibrio en bipedestación y reeducación de la marcha con ayudas técnicas. Al alta de URF: balances articulares libres, balances musculares miembros superiores 5/5 y miembros inferiores 3/5 psaos bilateral, 4/5 los restantes, en la Escala de la Medical Research Council. Transferencias autónomas, deambula con un bastón de mano. Índice de Barthel 90, FAC 3.

**Discusión:** El tratamiento del síndrome de descondicionamiento post-COVID en pacientes con esclerosis múltiple requiere de un equipo multidisciplinar, con la rehabilitación se logra devolver al paciente su mayor grado de capacidad funcional e independencia.

### 613. ESTUDIO SOBRE REHABILITACIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL TRAS HOSPITALIZACIÓN POR COVID

**David Pozo Crespo,** Diana Sanz Heras, María Santos Oliete, Elena Bárbara Villalobos Baeza, Adriana Carolina Goiri Noguera, Nathaly Merly Villa Santiago, Juana Josefina Delvalle González Gallardo, Ezequiel Hidalgo Galache, Blanca Palomino Aguado y Belén Alonso Álvarez

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Deterioro funcional. COVID.

**Introducción:** La COVID-19 es una enfermedad infecciosa declarada pandemia en marzo de 2020. El 20% de los pacientes precisa hospitalización y un 20% ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los síndromes de inmovilidad y de debilidad adquirida en UCI secundarios dejan un 25% de pacientes con graves secuelas. La rehabilitación precoz en estos pacientes mejora la funcionalidad al alta y la supervivencia. Nuestro objetivo principal es analizar características de los pacientes COVID valorados por Rehabilitación, tipos de tratamientos recibidos y resultados funcionales conseguidos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 114 pacientes de un total de 432 ingresados desde marzo hasta diciembre 2020, con diagnóstico COVID-19, que han recibido rehabilitación respiratoria, motora o ambas. Se han recogido variables epidemiológicas, comorbilidades, días de ingreso, tratamientos médicos recibidos y funcionalidad basal y al alta, mediante las escalas Barthel, FAC y Rankin modificada. Para el análisis estadístico se ha utilizado el SPSS-25.

**Resultados:** El 62,35% son varones y la edad media 69,3 años. Un 53,5% eran hipertensos, un 11,5% diabéticos y el 21,5% obesos. El 72,9% tenían un Barthel inicial de 100, el 16% entre 60 y 99 y el resto < 60. El 79,3% tenían un FAC inicial de 5. La estancia media hospitalaria fue de 36 días. De los 187 ingresados en UCI durante una media de 23,4 días, el 29% recibió tratamiento de rehabilitación y precisaron ventilación mecánica invasiva durante 15,7 días de media. El 20,2% fallecieron. En la primera valoración por Rehabilitación, realizada de media en el día 18 del ingreso, un 31,3% mantenía sedestación, un 20,5% bipedestación y un 27,7% solo toleraba movilizaciones pasivas. El 60,6% requirieron tratamiento de fisioterapia motora y respiratoria durante una media de 10 días. Al alta hospitalaria, el 62,4% tenía un FAC > 2 y un 40% un Rankin > 4. El 36,95% no precisaron continuar la rehabilitación al alta, un 28,6% fueron trasladados a centros de media estancia y un 32,1% recibieron fisioterapia domiciliaria.

**Conclusiones:** A pesar de ser un estudio descriptivo preliminar, el papel de la Rehabilitación se muestra como un tratamiento fundamental para la recuperación funcional de los pacientes ingresados por COVID-19, en especial tras largos periodos en UCI. En análisis futuros ya en proceso, se completará el estudio del total de pacientes y su evolución a los tres y seis meses del alta hospitalaria.

### 631. A PROPÓSITO DE UN CASO: POLINEUROPATÍA Y DOLOR NEUROPÁTICO TRAS INFECCIÓN SARS-CoV-2

**Ana Alonso Méndez,** Tania Morán Augusto, Omar Halil Rodríguez, Iria Bascuas Rodríguez y María Teresa Jorge Mora

*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España.*

**Palabras clave:** COVID. Polineuropatía. Dolor.

El manejo de las secuelas crónicas por la infección SARS-CoV-2 constituye un reto en la práctica clínica actual para los servicios de Rehabilitación. La miopolineuropatía es una manifestación neurológica frecuente en hospitalizaciones prolongadas y unidades de cuidados intensivos (UCI), que se asocia a inmovilización, uso de ventilación



mecánica o altas dosis de corticoides sistémicos entre otros factores; por lo que los pacientes COVID no constituyen una excepción. La polineuropatía (PNP) es una afectación axonal distal que cursa con debilidad muscular, reducción de los reflejos y afectación sensorial. La miopatía, en cambio, es una afectación muscular no secundaria a la denervación del músculo, que cursa con debilidad muscular proximal, rara afectación de reflejos y aferencias sensoriales intactas. Se presenta un caso de un varón de 54 años, con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad que desarrolló un síndrome de distrés respiratorio agudo severo de etiología inicialmente no filiada, con varias PCR para SARS-CoV-2 negativas, que requirió ventilación mecánica invasiva (VMI) en UCI durante 10 días y complicado con fallo multiorgánico. Posteriormente se determinó una serología IgG positiva para SARS-CoV-2. Una vez trasladado a planta de Medicina Interna se objetivó tetraparesia de predominio caudal, alteración sensitiva, arreflexia en miembros inferiores (MMII) y dolor neuropático grave en dorso de pie izquierdo. Se realizó electromiograma (EMG) compatible con PNP sensitivo motora desmielinizante y axonal, de intensidad moderada, con signos miopáticos asociados en cintura pélvica. Realizó tratamiento rehabilitador durante su ingreso y tras el alta, presentando mejoría parcial clínica en el balance muscular y en el EMG, persistiendo hipoestesia distal en MMII e inestabilidad, que precisa aún actualmente asistencia para la deambulación con una muleta. Como analgesia se utilizaron tramadol y pregabalina con un pobre resultado, por lo que finalmente se optó por un parche cutáneo de capsaicina 179 mg en la región de máximo dolor en el pie, consiguiendo así un mejor control analgésico. Se trata pues de un paciente con una PNP y miopatía de enfermo crítico tras ingreso prolongado por SARS-CoV-2, con secuelas funcionales y dolorosas persistentes 11 meses después. Se han de discutir también las posibles causas de esta PNP, ya que actualmente no existe bibliografía que documente o excluya la asociación directa causal con la infección.

### 687. TRATAMIENTO REHABILITADOR A TRAVÉS DE MATERIAL EDUCATIVO EN PACIENTES CON COVID-19

**Guillermo Rico Hernansanz**, Marta Supervía Pola, María Olga Arroyo Riaño, Antonio López Sánchez y David Peña Peña

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, España.*

**Palabras clave:** Material educativo. Rehabilitación. COVID-19.

**Introducción:** En Madrid, debido a la saturación hospitalaria se adaptaron hoteles medicalizados para traslado de pacientes que presentaban infección por SARS-CoV-2 con evolución favorable. Estos pacientes frecuentemente presentaban como secuela fatiga y descondicionamiento físico durante su ingreso en los hoteles precisando abordaje rehabilitador. El servicio de Rehabilitación desarrolló material educativo en formato papel y video sobre ejercicio terapéutico adaptados a diferentes situaciones funcionales.

**Objetivos:** Describir el perfil de pacientes ingresados en un hotel medicalizado y analizar el grado de satisfacción y adherencia al ejercicio pautado a través de material educativo durante el ingreso y en domicilio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes ingresados en el Hotel Ayre Colon durante abril y mayo de 2020 donde se analizó las variables socio demográficas y clínicas, así como las respuestas a los cuestionarios de grado de adherencia y satisfacción del tratamiento rehabilitador durante ingreso y al alta.

**Introducción:** Participaron 100 pacientes con una edad media de 52 años  $\pm$  14,5 y donde el 61% (n = 61) fueron mujeres. El 99% (n = 99) refirió comprender los ejercicios, realizándolos durante el ingreso el 90% (n = 90) mientras un 58% (n = 58) los realizaba al alta. El 92% (n = 92) se mostró "muy satisfecho" con el material educativo considerándolo fácil de realizar en el 100% (n = 100) de los casos.

**Conclusiones:** La utilización de material en formato papel y video sobre ejercicio terapéutico parece una recurso eficaz en el manejo de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 durante su ingreso, minimizando así la exposición del personal sanitario.

### 703. AFECTACIÓN CUTÁNEA SOBRE ANTIGUA CICATRIZ EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

**Lucía Fernández-Mellado Gómez**, Concepción Cuenca González, María del Campo Sánchez, Luis Monleón Llorente y Lucía Garvín Ocampos

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. COVID-19. Patrones dermatológicos.

**Introducción:** Los patrones dermatológicos asociados SARS-CoV-2 están relacionados con distintos momentos evolutivos y no suelen coexistir. Hay descritos 5 subtipos: acrales, erupciones urticariales, lesiones livedoides/necróticas, exantemas maculopapulares o vesiculares.

**Caso clínico:** Varón de 44 años que ingresa por Neumonía COVID-19, a finales de marzo 2020 tras 3 días de tos productiva, expectoración marronácea y rinorrea sin fiebre, disnea, diarrea, artroalgias ni lesiones dermatológicas. Como antecedentes personales destacan diabetes tipo 1 y antigua cicatriz no adherida en cara volar de antebrazo izquierdo de 12 cm de longitud tras accidente de moto. Presenta radiografía de tórax con consolidaciones bilaterales periféricas, iniciándose tratamiento con hidroxiquina y ceftriaxona según protocolo inicial vigente. Tras bajo nivel de consciencia y empeoramiento clínico (saturación 87% con reservorio), ingresa en UCI requiriendo ventilación mecánica invasiva durante 15 días y posterior traqueostomía. Destaca mala perfusión en cara anterior distal braquial bilateral con presencia de livedo reticular y duplicación de los valores del fibrinógeno y D dímero en analítica, pasando a ser anticoagulado con heparina. Desarrolló polineuropatía del enfermo crítico, con un balance muscular proximal de 1/5 en las cuatro extremidades, 2/5 a nivel distal en miembros superiores y 0/5 en miembros inferiores. Se prescribe tratamiento rehabilitador de cinesiterapia pasiva y fisioterapia respiratoria. Tras 2 meses de ingreso, apreciamos dos úlceras (5  $\times$  3 cm y 3  $\times$  2 cm) en la región volar del 1/3 proximal y medio del antebrazo izquierdo con restos necróticos y zonas desbridadas sobre antigua cicatriz. El caso clínico descrito correspondería a lesiones vasculares por microtrombos causando varias úlceras necróticas sobre la cicatriz previa, que condiciona menor adaptabilidad a la isquemia. En su etapa más precoz comenzó manifestándose como livedo reticular. Estas manifestaciones cutáneas aparecen en adultos de mediana edad inicialmente acompañando a la clínica respiratoria o de forma tardía, como en nuestro paciente. Son necesarias medidas de soporte y curas locales asociadas a tratamiento anticoagulante. Se realizaron en nuestro paciente, con evolución favorable.

**Discusión:** Las manifestaciones cutáneas en infecciones por SARS-CoV-2 pueden presentarse desde formas semejantes a livedo reticular hasta isquemia difusa o gangrena afectando a regiones distales.

### 757. COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2: AMPUTACIÓN TRANSFEMORAL BILATERAL

**Concepción Cuenca González**, Ola Mohamed Fathy Kamal, Rossana Chiessa Estomba, Miguel Archanco Olcese, Luis Monleón Llorente, Lucía Garvín Ocampos y Ángel Nava Muñoz

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

**Palabras clave:** COVID. Complicaciones. Amputación vascular.

**Introducción:** La infección por SARS-CoV-2 se asocia a aumento de la incidencia de trombosis, tanto del sistema venosos como arte-

rial, pudiendo llegar al 50% en enfermos con más graves o en los enfermos críticos. En los pacientes con infección SARS-CoV-2 son menos frecuentes la formación de coágulos en el sistema arterial que en el venoso, siendo los arteriales más graves porque aumentan el riesgo de accidente cerebro-vascular, infarto de miocardio, isquemia intestinal y de miembros. La isquemia aguda se describe a los 15 días después del inicio de los síntomas respiratorios. Presentamos un caso de complicación grave COVID.

**Caso clínico:** Paciente varón de 66 años. Antecedentes personales de HTA y trombopenia. Acude a urgencias por isquemia arterial bilateral aguda de ambos miembros inferiores y cuadro neumónico COVID positivo de 10 días de evolución, tratado ambulatoriamente con azitromicina. Analítica: aumento del tiempo de protrombina, LDH, ferritina, proteína C reactiva y dímero D (4 veces su valor normal). TAC abdomino-pélvico: enfermedad ateromatosa de aorta abdominal con extenso trombo mural en arteria iliaca común izquierda y oclusión de ambas arterias poplíteas. Se realiza trombectomía urgente bilateral con colocación de stent iliaco izquierdo y bypass iliaco derecho, ingresando en UCI con tratamiento con heparina de bajo peso molecular. Comienza con datos de coagulación intravascular diseminada con trombosis inmediata sobre arterias intervenidas, realizándose amputación transfemoral bilateral (inicial derecha y 5 días después izquierda). Presenta trombopenia precisando trasfusión de 3 concentrados de plaquetas y anemia tras amputaciones. Desarrolla fracaso renal agudo no oligúrico prerrenal resuelto con sueroterapia y diuréticos. Función respiratoria sin complicaciones, con tratamiento corticoide durante 10 días. Tras estabilización clínica y tratamiento anticoagulante oral, es dado de alta a centro de apoyo de media estancia para reacondicionamiento físico y protetiización por servicio de Rehabilitación.

**Discusión:** La infección por COVID incrementa la aparición de complicaciones vasculares en pacientes críticos como la trombosis arterial periférica aguda y la microembolia cutánea distal de dedos de pies o manos debidas, probablemente, al estado de hipercoagulabilidad secundario. La cirugía y la anticoagulación son opciones adecuadas para casos complicados, a pesar del riesgo de retrombosis.

## 800. DIFERENCIAS EN LA EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR DE MANERA PRESENCIAL VS ONLINE

Natalia Muñoz Viguera, Carmen Romero Sánchez, Lucía Fernández Bellver, Andrés Calvache Mateo, Paula Obeso Benítez y Marie Carmen Valenza

Universidad de Granada, Granada, España.

**Palabras clave:** Vía aérea superior. Deglución. Fonación.

**Introducción:** Recientes estudios muestran que el uso de la radioterapia genera secuelas largo plazo para la vía aérea superior en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Con el fin de conocer estas disfunciones, se lleva a cabo un seguimiento a los pacientes. Sin embargo, debido a la situación actual a consecuencia de la COVID-19, se han visto limitadas las consultas de carácter no urgente, sustituyéndolas por consultas telemáticas. Por ello y para poder garantizar la realización seguimientos de calidad, en los que no exista riesgo de sesgo por el medio de recogida de datos, se propone hacer un estudio previo en pacientes sanos.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer si existen diferencias en la evaluación de la vía aérea superior cuando se lleva a cabo de manera presencial, frente a la evaluación telemática.

**Material y métodos:** Se reclutaron un total de 16 controles sanos voluntarios, con edades entre 19 y 59, siendo la media de edad de 31,12. Se llevó a cabo una valoración por videollamada y una presencial de manera simultánea por dos evaluadoras, las cuales valoraron las funciones de la vía aérea superior, deglución y fonación. En la valoración de la deglución se empleó el Swallowing Test, que valora

la velocidad de deglución (ml/seg). Se complementó con La Escala de Evaluación de la Apraxia Orofacial, que da información sobre la posible alteración de la musculatura implicada en la deglución. En la valoración de la voz se valoró la frecuencia fundamental (F0) mediante el software PRAAT. Además, se tuvieron en cuenta las medidas aerodinámicas de la voz, Tiempo máximo de espiración (TME) y el cociente s/z.

**Resultados:** Los datos registrados por las dos evaluadoras obtuvieron respectivamente: Swallowing test  $27,16 \pm 14,32$  y  $26,65 \pm 14,25$ ; apraxia orofacial  $44,87 \pm 46,50$  y  $46,50 \pm 1,77$ ; F0  $160 \pm 53,54$  y  $167,64 \pm 56,84$ ; TME  $19,42 \pm 6,7$  y  $22,42 \pm 6,63$ ; s/z  $1,18 \pm 0,59$  y  $1,83 \pm 1,00$ . Con una medida promedio del coeficiente de correlación intraclass de 0,950 para el Swallowing Capacity Test; 0,796 para la apraxia orofacial; 0,959 para F0; 0,821 para TME; 0,793 para s/z; puntos gatillo 0,892; ángulo cervical 0,944; ángulo craneocervical 0,949. Las variables Swallowing Capacity test, s/z, TME y apraxia obtuvieron un valor de ( $p < 0,05$ ), mientras que en F0 fue de ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El uso de la videollamada como sustituto de la valoración presencial, no supone diferencia en los resultados de la evaluación de la vía aérea superior.

## 809. PERFIL DE PACIENTES POST-COVID DERIVADOS A CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN DE REHABILITACIÓN

Alicia Martínez Querol, Antonieta Falco, Marta Sabaté López, Carmen Simon-Talero Peña, Roser Roca Escribuela, Mireia Rodríguez Sampayo, Gemma Torrents Alba, Cristina Esperidon Navarro, Judith Sánchez Raya y Alba Gómez Garrido

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

**Palabras clave:** Post-COVID. Rehabilitación. Fatiga.

**Introducción:** La rehabilitación es importante para los pacientes con COVID-19 tanto en la fase aguda como para tratar las secuelas funcionales que se asocian. Se conoce que tras superar el evento agudo es frecuente que algunos de estos pacientes presenten secuelas funcionales tales como: persistencia de la disnea, fatiga, debilidad adquirida del paciente crítico y patologías asociadas del aparato locomotor o secuelas neurológicas por lo que es frecuente que se deriven a los servicios de rehabilitación. En la consulta de rehabilitación se valora la situación funcional, las comorbilidades asociadas que presentan y las necesidades de tratamiento rehabilitador.

**Objetivos:** Conocer el perfil de pacientes post-COVID derivados a consulta de alta resolución de rehabilitación.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo transversal de pacientes post-COVID visitados en rehabilitación entre agosto 2020 y enero 2021. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, necesidad ingreso previo e ingreso en unidad de críticos, capacidad funcional, fragilidad, sarcopenia, disnea, problemas asociados que presentaban e intervención rehabilitadora. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS.

**Resultados:** La muestra es de 83 pacientes (52 hombres y 31 mujeres) con una edad media de 56,58 años (DE 12,02). El 81% requirieron ingreso (el 64% en una unidad de críticos). La capacidad funcional fue de 76,81% (DE 42%). El 36% presentaban un nivel de disnea con escala MRC modificada mayor o igual a 2. En cuanto a la disfunción muscular tan solo 3,6% presentaban debilidad adquirida del paciente crítico, el 20% presentaban riesgo de fragilidad y el 14% presentaban sarcopenia. Las complicaciones asociadas que presentaban fueron: 30% de aparato locomotor, 10% neurológicas, 6% presentaron disfonía y un 4% disfagia asociada. El 30% no precisaron ningún tipo de intervención rehabilitadora. El 10% se prescribió una ortesis y el 62% realizaron tratamiento rehabilitador siendo el 41% presencial y 21% telemático.

**Conclusiones:** Cerca del 80% de los pacientes derivados al servicio de rehabilitación habían requerido un ingreso hospitalario, siendo

frecuente el ingreso en unidad a críticos, pese a ello el porcentaje de pacientes con debilidad adquirida del paciente crítico es baja. De los pacientes derivados, la sintomatología que presentaban era variada: disnea, fatiga, secuelas neurológicas y/o patología aparato locomotor. Dos tercios de los pacientes requirieron tratamiento rehabilitador.

### 811. BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN EL SÍNDROME POST-COVID

**Clara Roig Rabada**, Vicenta Pujol Blaya, Ana Isabel Mayer Frutos, Bernat Planas Pascual, Gonzalo Ballesteros Reviriego, Alberto Rojo Ruiz, Marta Moreno Genover, Alba Ruiz Rodríguez, Virginia Fernández Piñar y Patricia Launois Obregon

*Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

**Palabras clave:** Post-COVID. Rehabilitación. Fatiga.

**Introducción:** La rehabilitación es importante para los pacientes con COVID-19 tanto en la fase aguda como para tratar las secuelas funcionales que se asocian. Muchos de los pacientes que han sufrido COVID-19 presentan disnea, fatiga, intolerancia al esfuerzo y debilidad adquirida del paciente crítico por lo que está indicado realizar un programa de rehabilitación respiratoria.

**Objetivos:** Analizar los beneficios funcionales de los pacientes post-COVID tras realizar un programa de rehabilitación respiratoria.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo transversal de pacientes post-COVID que ha realizado programa de rehabilitación respiratoria entre agosto-diciembre del 2020. Las variables analizadas fueron: fuerza musculatura respiratoria (PIM y PEM), test de marcha seis minutos, short physical performance battery (SPPB) y número de sesiones de fisioterapia realizadas. La intervención fue un programa de rehabilitación respiratoria (ejercicio aeróbico, ejercicios de potenciación global y entrenamiento de la musculatura respiratoria). El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS.

**Resultados:** Se han incluido 17 pacientes (9 mujeres y 8 hombres) con una edad media de 54,35 años (DE 12,44). La valoración funcional previa fue: PIM medio de 54 mmHg (DE 19,86), PEM medio 69,69 mmHg (DE 24,17), test de marcha de 77,2% (18,91) y un SPPB medio de 8,53 (DE 2,05). Tras el programa de rehabilitación respiratoria la valoración funcional fue: PIM medio de 68,67 mmHg (SD 24,9), PEM medio 72,66 mmHg (DE 20,89), test de marcha de 81,07% (21,28) y un SPPB medio de 11,32 (DE 1,4). La media de sesiones de programa que han realizado fue de 18,95 sesiones (DE 5,6). Existe mejoría significativa del PIM, test de marcha y SPPB tras el programa.

**Conclusiones:** Los pacientes con síndrome post-COVID que realizan un programa de rehabilitación mejoran el rendimiento físico, la capacidad funcional y la fuerza de la musculatura respiratoria. Se recomienda derivar a rehabilitación respiratoria aquellos pacientes con síndrome post-COVID con alteración de la funcionalidad cardiorespiratoria.

### 831. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ASOCIADO A COVID-19 EN UN HOSPITAL DE NEURORREHABILITACIÓN

**Adrian José Maldonado Vilorio**<sup>1,2</sup>, Hatice Kumru Cam<sup>1</sup>, Sergiu Albu<sup>1</sup>, Margarita Vallés Casanova<sup>1</sup>, Cristian Andrés Figueroa Chacón<sup>1</sup>, Carmen Román Malo<sup>3</sup>, Silvia Casanova<sup>1</sup>, Enaritz Ibarguren<sup>1</sup> y Álvaro Betancourt Llanos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Guttmann, Barcelona, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España.

**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular. COVID-19.

**Introducción:** La COVID-19 se asocia con síntomas y complicaciones neurológicas, incluido el accidente cerebrovascular (ACV). Los

pacientes COVID-19 con ACV presentan hipercoagulabilidad, una estancia hospitalaria prolongada, mayor mortalidad y menor funcionalidad al alta hospitalaria comparado con pacientes con ICTUS sin la enfermedad asociada.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, demográficas, funcionales y los factores de riesgo asociados en los pacientes ingresados en Instituto Guttmann (IG) para rehabilitación intensiva con ACV asociado a COVID-19.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Entre marzo 2020 y febrero 2021, ingresaron 26 pacientes con complicaciones neurológicas tras infección aguda por COVID-19, de los cuales 7 presentaban secuelas de ACV. Estudiamos variables clínicas al ingreso y alta, demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), medicación, estancia hospitalaria, necesidad de ventilación mecánica (VM), traqueostomía, factores pronósticos de laboratorio, valoración funcional y tratamiento rehabilitador.

**Resultados:** Los pacientes eran 6 hombres y 1 mujer, edad media 50 ± 10 años. 6 pacientes tuvieron ACV isquémico y uno hemorrágico y todos presentaban secuelas de miopatía del enfermo crítico. 4 pacientes presentaban obesidad, HTA, dislipemia y diabetes y 2 pacientes no tenían FRCV. 6 pacientes que desarrollaron ACV isquémico se les administraba HBPM en dosis profilácticas y 1 paciente con ACV hemorrágico recibía HBPM a dosis terapéuticas por tromboembolismo pulmonar. La duración media de estancia hospitalaria fue 107 ± 58 días, el 100% ingresaron en UCI (54 ± 35 días de estancia) y VM (61 ± 57 días de traqueostomía). Todos presentaban elevación de dímero D, ferritina, PCR y LDH. Se observó una correlación significativa entre la estancia hospitalaria y una menor puntuación en la escala de independencia funcional (FIM) motora al ingreso. Tras la rehabilitación en IG (duración media 57 ± 32 días), hemos identificado una mejoría significativa en la escala FIM (64 ± 17 pts en el ingreso vs 97 ± 17 pts al alta). 4 pacientes presentaron al ingreso disfagia, resuelta al alta.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes eran hombres con FRCV y tuvieron hipercoagulabilidad, una estancia hospitalaria prolongada, ingreso largo en UCI, precisaron VM y desarrollaron complicaciones del paciente crítico. No obstante, tras 2-3 meses de rehabilitación intensiva se ha conseguido una mejoría significativa en la funcionalidad de estos pacientes.

### 838. REHABILITACIÓN EN LOS PACIENTES COVID-19 AL ALTA DE UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

**Inmaculada Díaz Cano Carmona**, María Oliva González Oria, Beatriz Rendón Fernández, Ana María López Lozano, María Gracia Martínez Crespo, Antonio Galván Ruiz y María Juana Barrera Chacón

*Servicio de Rehabilitación. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. Infección SARS-CoV-2. Unidades de Cuidados Intensivos.

**Introducción:** Neumonía por SARS-CoV-2 es una enfermedad infecciosa respiratoria altamente contagiosa que causa disfunción respiratoria, física y psicológica. En la mayoría de los casos de recuperación espontánea, pero aproximadamente el 14% desarrolla una enfermedad grave que requiere hospitalización y soporte de oxígeno y el 5% ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el desajuste físico que la inmovilización provoca. Presentamos los resultados de los pacientes valorados por el Servicio de Rehabilitación al alta de UCI ante infección por SARS-CoV-2.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de pacientes ingresados en UCI de nuestro hospital por neumonía por SARS-CoV-2 desde 01/10/2020 al 31/01/2021. Recogemos datos sociodemográficos, antecedentes personales, estancia media en UCI y hospital, Bar-



thel, FAC y mMRC (preingreso/alta), desarrollo de patología neurológica y necesidad de tratamiento rehabilitador.

**Resultados:** Muestra final de 206 pacientes. La edad media ha sido 62,53 años (16-82 años) siendo hombres el 76,23%. Un 41,74% han sido exitus y el 2,47% infecciones por SARS-CoV-2 nosocomiales. Estancia media en UCI de 15,13 días (2-91 días) y de 27,84 días en el hospital. El 11,6% de los pacientes con neumonía COVID han desarrollado patología neurológica, siendo en un 62,5% de los casos patología neurológica central (ACV isquémicos y encefalopatías) y en menor medida, periférica (fundamentalmente lesión ciático poplíteo externo y plexopatía braquial). Tras la valoración por rehabilitación, se les ha facilitado una guía elaborada por el equipo médico del servicio para resolver dudas acerca del proceso y pautas de ejercicios de intensidad y dificultad progresiva a realizar durante el ingreso y en domicilio. El 100% han realizado fisioterapia respiratoria. De los supervivientes, el 39,16% han realizado fisioterapia motora bien por la patología neurológica desarrollada, rigideces articulares o polineuropatía del paciente crítico.

**Conclusiones:** En nuestro estudio encontramos elevada mortalidad de los pacientes que ingresan en UCI. Alto número de pacientes han precisado tratamiento rehabilitador para su recuperación funcional. A destacar el desarrollo de patología neurológica post-COVID. El paciente con infección por SARS-CoV-2 durante su ingreso puede desarrollar otras complicaciones subsidiarias de valorarse y tratarse por los Servicios de Rehabilitación para una más rápida recuperación física y con las menores secuelas posibles.

#### 841. UTILIDAD DE UN ABORDAJE REHABILITADOR INTEGRAL A LOS TRES MESES DEL ALTA POR COVID-19

**Cristina Ana Dumitrana Dumitrana**<sup>1</sup>, Cristina García Vila<sup>1</sup>, Aránzazu Ariza Alfaro<sup>1</sup>, Renata Peroy Badal<sup>1</sup>, Ana Isabel Sevillano Castaño<sup>1</sup>, David Fraguas Ramos<sup>2</sup>, Laura Martín Álvarez<sup>2</sup>, Cristina Vélez Lozano<sup>2</sup>, Rosalía de Dios Álvarez<sup>2</sup> y Rodrigo Torres Castro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Torre, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

**Palabras clave:** Calidad de vida relacionada con la salud. Síntomas persistentes. COVID-19.

**Introducción:** El COVID-19 ha supuesto un tsunami sobre el sistema sanitario. Tras la fase aguda las consecuencias tardan meses en superarse. Como resultado de la gran saturación del sistema sanitario tras el alta hospitalaria, los pacientes tardan meses en ser valorados por un equipo de rehabilitación. Las secuelas generadas por la infección COVID-19 incluyen síntomas de vía respiratoria inferior, secuelas musculares, importantes secuelas cognitivas, así como secuelas psicológicas (ansiedad y depresión).

**Objetivos:** Evaluar los síntomas persistentes y la calidad de vida relacionada con la salud a 3 meses tras un ingreso hospitalario.

**Material y métodos:** Utilizamos la prueba de "1-minute-step" y el test de 6 minutos marcha como pruebas de actitud física, la batería de rendimiento físico corto (SPPB) para valorar la función de las extremidades, el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody para valorar la independencia de las actividades de la vida diaria, la escala de disnea mMRC así como el mini examen cognoscitivo de Lobo para valorar las alteraciones cognitivas.

**Resultados:** Más del 90% de los pacientes completaban un test de marcha sin paradas y con una distancia mayor de 300 metros. Todos los pacientes que realizaban un test de marcha de más de 350 metros tenían un índice de Barthel superior a 90. Más de 80% de los pacientes presentaban disnea con la marcha y sobre todo al subir escaleras. Las AVD instrumentales más afectadas son las relacionadas con el

esfuerzo físico como realización de la compra y limpieza del hogar. Aparece disnea con un valor igual o superior a 3 en la escala mMRC en el 55,5% de los pacientes. Las áreas cognitivas más afectadas son: memoria (75,6%), el cálculo-concentración (54,45%) y orientación témporo-espacial (64,8%). El 83% de los pacientes presentan ansiedad transitoria tras el episodio vivido de COVID-19.

**Conclusiones:** Los pacientes con COVID-19 tienen un funcionamiento físico bajo principalmente a causa de la disnea, así como un bajo rendimiento en las AVD a los tres meses del alta hospitalaria. Más de la mitad de los pacientes presentan trastorno de memoria, de concentración y de orientación témporo-espacial. Los pacientes ingresados por COVID-19 necesitan una valoración y tratamiento rehabilitador desde el ingreso hospitalario. Pero debido a la gran saturación del sistema sanitario también se benefician con un abordaje hospitalario integral a los 3 meses del alta hospitalaria.

#### 843. ¿PERSISTE DETERIORO FUNCIONAL Y COGNITIVO EN LA FASE POSAGUDA TRAS PADECER COVID-19?

**Cristina Ana Dumitrana Dumitrana**<sup>1</sup>, Cristina García Vila<sup>1</sup>, Aránzazu Ariza Alfaro<sup>1</sup>, Renata Peroy Badal<sup>1</sup>, Ana Isabel Sevillano Castaño<sup>1</sup>, Nazaret Uclés Córdoba<sup>2</sup>, Rebeca Asencio Vicente<sup>2</sup>, Claudia Martín Fernández<sup>1</sup>, África Alcorta Mesas<sup>2</sup> y Rodrigo Torres Castro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Virgen de la Torre, Madrid, España. <sup>2</sup>Hospital Infanta Leonor, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

**Palabras clave:** Rehabilitación posaguda. COVID-19. Trastornos funcionales y cognitivos.

**Introducción:** Desde el brote de la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el momento agudo, la mayor parte de la atención se ha centrado en el tratamiento del síndrome respiratorio agudo pero el COVID-19 tiene un impacto sobre la salud física mental y social, también en pacientes con presentación leve de la enfermedad. En vista de la gran cantidad de supervivientes con varias secuelas de COVID-19 se requiere una intervención eficaz y no muy costosa que ayude a recuperar la calidad de vida previa a la enfermedad.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de un programa intensivo de rehabilitación sobre la actividad física y los trastornos cognitivos de nueva aparición tras COVID-19.

**Material y métodos:** Se evalúan los pacientes a los tres meses del alta hospitalaria y tras realizar un programa intensivo de rehabilitación compuesto por 10 sesiones de una hora de duración, que incluye trabajo de los músculos respiratorios y ejercicios de potenciación de las 4 extremidades: en la valoración se incluye el test de 6 minutos marcha como medida de aptitud física, las escalas de Lawton y Brody para valorar la independencia en las actividades de la vida diaria, la escala de disnea mMRC así como el examen cognoscitivo de lobo para valorar las alteraciones cognitivas.

**Resultados:** El 72,2% de los pacientes aumentaban en recorrido del test de 6 minutos marcha en más de 50 m. El nivel de ansiedad no demuestra una mejoría significativa. La disnea disminuye en 2 o más puntos, en el 58,33% de los pacientes. A nivel cognitivo se encuentra una mejoría del 47,9% en cuanto a la memoria, 12,8% en el cálculo y concentración y 27,7% en orientación témporo-espacial. El 71% de los pacientes que han tenido un ingreso en la UCI han presentado una mejoría en el cuestionario de salud igual o mayor a 6 puntos.

**Conclusiones:** El deterioro funcional tras pasar COVID-19 puede persistir meses tras el alta hospitalaria. Una intervención combinada de entrenamiento aeróbico y de resistencia mejora significativamente tanto los parámetros físicos como la calidad de vida relacio-

na con la salud. No hemos encontrado una relación directa entre el nivel de recuperación de la actividad física y la recuperación cognitiva y consideramos útil el seguimiento a largo plazo de los pacientes.

## 850. ABORDAJE REHABILITADOR DE LA DISFAGIA GRAVE TRAS NEUMONÍA SECUNDARIA AL SARS-CoV-2

**María Pastor García,** Paula Ortega García y Elena Gómez González

*Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Disfagia. Rehabilitación. SARS-CoV-2.

**Introducción:** La incidencia de disfagia en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos que requieren el uso de vía aérea artificial no está bien determinada, aunque hay estudios que sugieren una proporción mayor del 40% en pacientes recientemente extubados y entre el 50 y 84% de pacientes que requieren traqueotomía. La insuficiencia respiratoria que ocasiona el COVID-19 requiere ingreso en UCI en un 15% de los casos para ventilación mecánica invasiva, produciendo con frecuencia debilidades generalizadas muy importantes, que condicionan problemas para la extubación que repercuten a su vez en la capacidad deglutoria.

**Objetivos:** Presentar un paciente con disfagia grave tras ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante 47 días y 17 días de intubación orotraqueal, por neumonía grave secundaria a SARS-CoV-2.

**Caso clínico:** Varón de 64 años, EPOC leve y con múltiples factores de riesgo cardiovascular reportados, fue ingresado el 17 de marzo por neumonía SARS-CoV-2. Empeoramiento posterior que requiere traslado a UCI e inicio de ventilación invasiva el 9 de abril. Durante su estancia en UCI el paciente, entre otras complicaciones, desarrolló una encefalopatía metabólica y una polineuropatía del enfermo crítico, que limitó la evolución motora, y una hipomotilidad faríngea que imposibilitaba una correcta deglución. El inicio de un tratamiento rehabilitador precoz e intensivo ha permitido que el paciente recupere la independencia para la realización de actividades básicas y la deambulación con necesidad de ortesis (dic-tus) debido a la neuropatía del nervio peroneo común que persiste como secuela. La evolución de la disfagia ha sido tórpida, la persistencia de hipoestesia laríngea y aspiraciones confirmadas mediante videoendoscopia hizo necesaria la alimentación por sonda de gastrostomía percutánea.

**Discusión:** El SARS-CoV-2 no afecta exclusivamente al sistema respiratorio. Nuestro objetivo primordial es la recuperación de la funcionalidad del paciente, intentando prevenir las limitaciones motoras y cardiorrespiratorias y garantizar una alimentación segura. Lamentablemente en algunos casos no es posible por lo que debemos minimizar las secuelas y su repercusión en la vida de los pacientes.

## 869. REHABILITACIÓN PACIENTES CRÍTICOS POR COVID-19. SITUACIÓN FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA

**Paula Ortega García,** María Pastor García, Elena Gómez González, Natalia Pérez Fernández y Mercedes Ramos Solchaga

*Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. SARS-CoV-2. Cuidados Intensivos.

**Objetivos:** Valoración de la situación funcional y calidad de vida en pacientes que precisaron ingreso en Cuidados Intensivos por SARS-CoV-2 tras realización de un programa de Rehabilitación respiratoria y motora.

**Material y métodos:** Se valoraron pacientes que ingresaron en unidad de cuidados intensivos (UCI) en nuestro hospital por neumonía grave secundaria a SARS-CoV-2 entre el 9,3.20 y el 30,4.20, tras interconsulta a rehabilitación. Las valoraciones se realizaron desde el 28 de marzo de 2020 hasta el 31 de junio de 2020. Tras exploración física, escala de gravedad APACHE II, medical research council summation (MRCs) y Physical Function ICU test (PFIT-s), iniciamos un programa rehabilitador intensivo combinando técnicas de fisioterapia respiratoria, cinesiterapia y electroestimulación (2 sesiones diarias de 40 minutos 7 días a la semana). Se realizó tratamiento y seguimiento del paciente al alta hospitalaria en consulta externa valorando fuerza muscular (fuerza de prensión, MRCs), PFIT-s, Test de 6 minutos (T6M) y cuestionario de calidad de vida SF36 en la primera visita y al alta.

**Resultados:** Se valoraron 57 pacientes, 44 varones, 13 mujeres. Edad media 63,4 años. Antecedentes destacados: 77,2% índice masa corporal (IMC) > 26, hipertensión arterial y dislipemia 47,4%, enfermedades respiratorias crónicas 24,5%. Tras la valoración inicial, media de APACHE II 13,8 (6-26), media de MRC-s 17,9 (0-58) 98,24% presentan debilidad adquirida en UCI; media de PFIT-s 1,2 (0-5,4). 9 pacientes fallecieron durante su estancia en UCI. A fecha 31,1.21 han finalizado el seguimiento 28 pacientes, 13 continúan tratamiento rehabilitador y 7 declinaron seguimiento. Del total de altas, el 92% presenta PFTI-s 10, la media de MRCs es 58,2; la mejoría de media en test de fuerza de prensión es del 4% y han recuperado la capacidad cardiorrespiratoria (T6M normal para su edad y sexo) el 93,6%. En el test de calidad de vida SF36, se objetiva mejoría del 24,2% en función física, del 6,2% en salud general y 15,8% en salud emocional tras el tratamiento ambulatorio.

**Conclusiones:** Los pacientes que precisaron ingreso en UCI por SARS-CoV-2 y realizaron un programa de rehabilitación integral presentan mejoría en situación funcional y calidad de vida en los ítems función física, salud general y salud emocional. Próximamente se completarán los resultados con los pacientes pendientes de finalizar el programa.

## 891. EVOLUCIÓN TRAS FRACTURA DE CADERA EN PERIODO COVID

**Juana Josefina Delvalle González Gallardo,**

Carolina de Miguel Benadiba, Belén Alonso Álvarez, Blanca Palomino Aguado, Nathaly Merly Villa Santiago, Barbara Flavia Cardillo García, Adriana C. Goiri Noguera, Ezequiel Hidalgo Galache, Santiago Miranda Bautista y María Santos Oliete

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Fractura de cadera. COVID.

**Introducción:** La fractura de cadera es una patología subsidiaria de rehabilitación asociada a una elevada morbilidad. La cirugía previa a las 48h y la rehabilitación postoperatoria temprana mejoran los resultados. La pandemia COVID ha obligado a cambiar los modelos asistenciales hospitalarios. La mortalidad por COVID a nivel mundial es del 3-4%.

**Material y métodos:** Nuestro objetivo es describir la evolución de 108 pacientes con fractura de cadera ingresados en nuestro hospital. Se incluyeron datos sociodemográficos, comorbilidades, tipo de cirugía, asistencia rehabilitadora postquirúrgica, durante el periodo marzo-mayo 2020. Realizamos dos grupos: PCR COVID + y -. Valoramos ABVD mediante índice de Barthel, marcha mediante FAC e índice de Pfeiffer para deterioro cognitivo.

**Resultados:** La comorbilidad asociada más frecuente fue la hipertensión arterial. La fractura más frecuente fue intracapsular. Todas las fracturas se intervinieron antes de 48 horas. El tipo de cirugía más frecuente fue el clavo gamma y la complicación postquirúrgica,

fue la anemia y precisó transfusión en un 72%. El tratamiento de rehabilitación se inició de forma precoz (antes de 2 días) mediante protocolo supervisado durante ingreso. El 75% COVID+ presentó neumonía bilateral, con necesidad ventilación mecánica no invasiva en 8,33%. Previo a la fractura, los datos analizados encuentran que los pacientes COVID+ eran más independientes, vivían solos y caminaban sin ayudas técnicas (Barthel 100: 23,9%; 75% vivía solo; FAC 5: 66,67%); comparado con los COVID- (Barthel 100: 22,58%; 53,13% vivía solo; FAC de 5: 13%). Mediante el Pfeiffer vimos que un 56,25% de los pacientes COVID negativo, tuvieron 0-2 errores en la puntuación de Pfeiffer, frente al 91,7% de los pacientes COVID positivo. La mortalidad en primer año fue de un 18,75% de COVID-, siendo 33,3% en COVID+.

**Conclusiones:** Independientemente del estado previo a la fractura en independencia y deterioro cognitivo, los pacientes COVID+ presentaron una mayor mortalidad. Estos hallazgos fueron similares a los estudios previos donde se evidencia que procedimientos quirúrgicos asociados al COVID, empeoran el pronóstico.

#### 945. COMPRESIÓN DEL NERVIIO INTERÓSEO ANTERIOR Y MEDIANO EN RELACIÓN CON SARS-CoV-2

**Almudena González Murillo**, Concepción Cuenca González, María del Campo Sánchez, Alejandro Esteban Martínez, Marta Ciller Martínez y Lucía Garvín Ocampos

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

**Palabras clave:** SARS-CoV-2. Hematoma. Rehabilitación.

**Introducción:** La infección por SARS-CoV-2 produce múltiples complicaciones multisistémicas, a las que hay que sumar las derivadas del encamamiento prolongado, así como las secundarias a procedimientos terapéuticos, como la ventilación mecánica invasiva.

**Caso clínico:** Varón de 67 años con antecedentes personales de DM2, asma controlada con broncodilatadores y sobrepeso. Ingresa en marzo 2020 tras 4 días con náuseas, tos y fiebre que no cedieron con tratamiento ambulatorio. A su llegada, presenta Tª 38,6 °C, FC: 111 lpm y SatO2 95%. Se inicia tratamiento con kaletra, hidroxiquina y betaferón, según protocolo. Presenta empeoramiento clínico a los 6 días con SatO2 77%, por lo que se traslada a UCI. El paciente precisa intubación y VMI. A pesar de ello, persiste dificultad para la ventilación y oxigenación, por lo que requiere colocación en decúbito prono. Desarrolla polineuropatía del paciente crítico con debilidad y parestias de extremidades y una escara sacra dolorosa que requiere curas y altas dosis de analgesia. Tras 41 días en UCI, se traslada a planta, con ventilación espontánea, gafas nasales a 2 lpm, movilidad de extremidades y alimentación vía oral. En planta, se aprecia tumefacción cara volar de antebrazo derecho compatible con hematoma, de consistencia elástica, inmóvil y doloroso a la palpación, con marcada atrofia de musculatura tenar, hipostesia de 1º a 3º dedos y región radial de la palma y dificultad para flexión IF 1º dedo e IFD 2º dedo, sin dolor a la extensión pasiva de los dedos, ni actitud en flexión de los dedos. Dichos hallazgos, son compatibles con una compresión del nervio interóseo anterior y mediano en relación a hematoma, que requiere fasciotomía, tras lo que presenta mejoría significativa del dolor y parestias, así como recuperación de fuerza. Al alta, el paciente es capaz de deambular y realizar actividades básicas de la vida diaria de forma independiente.

**Discusión:** Se estima que el tiempo medio de recuperación de la infección por SARS-CoV-2 oscila entre 2-6 semanas, según gravedad. Durante este periodo, los objetivos de la rehabilitación son mejorar la disnea, reducir las complicaciones asociadas a la infección por SARS-CoV-2, así como las derivadas del desacondicionamiento físico. Además de acelerar la recuperación funcional, restaurar y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

#### 1020. REVISIÓN EN CONSULTA DEL MÉDICO REHABILITADOR DESPUÉS DEL COVID-19: CUÁNDO Y CÓMO

**Clara D'Ors Vilardebó**, Carola González-King Garibotti, Isabel Vázquez Arce, María del Mar Gómez Giménez, Aurora Ibáñez Clemente, Guadalupe Campagna Suárez y Enrique Viosca Herrero

*Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.*

**Palabras clave:** Rehabilitación. COVID persistente. Seguimiento.

**Introducción:** Dada la persistencia de síntomas varios meses tras el alta de los pacientes afectados por COVID-19 y el importante número de pacientes afectados, es necesario planificar los servicios de Rehabilitación para un correcto seguimiento y tratamiento, adecuado a las necesidades y sin que dicha actividad vaya en detrimento del resto de patologías que también se benefician de nuestra intervención.

**Objetivos:** Describir la evolución funcional de los pacientes en las revisiones sucesivas tras COVID-19 con el fin de establecer una cronología correcta y eficiente del seguimiento en rehabilitación, estableciendo criterios para la realización de controles presenciales y telefónicos. Estudio transversal prospectivo de 86 pacientes atendidos por nuestro servicio tras el alta, realizando un primer contacto telefónico a las 6 semanas, con visitas presenciales realizadas a los 2, 4 y 6 meses para valorar entre otros handgrip, fuerza máxima de cuádriceps, musculatura respiratoria (PIM, PEM), test Timed up and go (TUG), Fallskip (IBV) para equilibrio y riesgo de caídas, T6MM y cuestionario SF-12. La valoración a los 2 meses debe ser presencial cuando los pacientes refieran persistencia de síntomas tras la entrevista telefónica, para realizar pruebas de valoración funcional básica, así como el TUG o el riesgo de caída medido con FallSkip. Una alcanzado valores del 90% de la normalidad no es necesaria su repetición posterior, dada su escasa variabilidad en visitas sucesivas. A los 4 meses, la mayoría de los pacientes han recuperado la fuerza de cuádriceps, con mejoría en el T6MM e indirectamente en las AVD. Por tanto, esta visita puede ser telefónica para reforzar cumplimiento de ejercicios, reservando la presencialidad a los pacientes con mayor déficit o para alta de tratamiento si se alcanza la normalidad. Se propone realizar una segunda visita presencial a los 5-6 meses, con revisión del handgrip, presiones inspiratorias y T6MM, que pueden orientar hacia el alta del paciente, pues suelen estabilizarse. La persistencia de déficit a los 6 meses, (T6MM con aumento significativo de la FC, disminución de la saturación O2 o disnea Borg igual o mayor a 5), nos obligará a mantener la supervisión sobre dichos pacientes, con realización de TAC y PFR que permitan una mejor caracterización de los mismos.

#### 1104. SÍNDROME CANVAS COMO CONSECUENCIA DE INFECCIÓN POR SARS-CoV-2. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Alejandro Esteban Martínez**, María del Campo Sánchez, Concepción Cuenca González, Almudena González Murillo, Marta Ciller Martínez y Lucía Garvín Ocampos

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.*

**Palabras clave:** Neuropatía. CANVAS. SARS-CoV-2.

**Introducción:** El síndrome CANVAS consta de ataxia cerebelosa, neuropatía y arreflexia vestibular. De causa no identificada, aparición esporádica y curso progresivo, suele iniciar entre los 33 y 71 años. Tras 10 años, la mayoría precisa apoyo para deambulación.

**Caso clínico:** Varón de 59 años con antecedentes personales de exfumador, hábito enólico, obesidad, EPOC y déficit de proteína C. Acude a Urgencias por inestabilidad de la marcha y disestesias en



regiones acras en febrero de 2020 tras regresar de la Gomera. A su llegada presenta tos con expectoración verdosa, hipotensión e hiperlactacidemia. Analítica con PCR y procalcitonina elevados, leucocitosis, linfocitosis y neutrofilia. Rx de tórax: consolidación pulmonar en LII. Con diagnóstico de sepsis de origen respiratorio y neumonía neumocócica (confirmada más tarde por hemocultivo), ingresa en planta de MIN tratado con ceftriaxona y azitromicina. Valorado por Neurología, destaca arreflexia e hipoestesia en MMII, dismetría en MMSS y marcha atáxica; en días posteriores alodinia en manos y MMII. RM cerebral: áreas malácicas frontotemporales crónicas, pequeños infartos crónicos cerebelosos y atrofia difusa. EMG: polineuropatía sensitiva mixta moderada-severa en MMSS y grave en MMII, con distribución distal y simétrica. Todos los estudios analíticos microbiológicos, reumáticos y onconeuronales fueron negativos, salvo marcadores tumorales positivos (AFP, ACE, CA125 y CA19'9) y pequeño nódulo pulmonar en LSD en TC (sin captación en PET-TC y actualmente en vigilancia). Al mes de ingreso, trasladado a planta COVID por contacto estrecho (compañero de habitación positivo). PCR negativas, pero presenta inmunidad humoral para SARS-CoV-2. Mejoría de la inestabilidad y la coordinación durante ingreso con tratamiento rehabilitador, derivado a centro de media estancia a los dos meses del ingreso con diagnóstico de polineuropatía sensitiva y ataxia cerebelosa y sensitiva a estudio. Seguimiento posterior en consultas de Neurología, Neumología y Rehabilitación con sospecha diagnóstica de probable neuropatía en contexto de síndrome CANVAS. Ha presentado mejoría del patrón de marcha y coordinación, persisten disestesias distales y dificultad para la motricidad fina.

**Discusión:** En el contexto epidemiológico actual, y teniendo en cuenta la variedad de afectación neurológica por SARS-CoV-2 descrita en la literatura, habría que considerar esta entidad como posible causa etiológica o desencadenante de un síndrome CANVAS.

### 1125. NEUMONÍA COVID-19 EN PACIENTE CON HISTIOCITOSIS PULMONAR DE CÉLULAS DE LANGERHANS

**Alba María Prados Lumbierres**, Francisco José Gallego Peñalver, Silvia Beatriz Romero de la Higuera, María del Mar Rivas Estepa, Jorge Izquierdo Maza, Celia Rodríguez Cuesta y Natalia Arauz de Robles

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.*

**Palabras clave:** Histiocitosis pulmonar de células de Langerhans. Infección respiratoria. COVID-19.

**Introducción:** La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad rara, que puede afectar a órganos en forma aislada en  $\geq 85\%$  de las veces (sobre todo los pulmones (PLCH), la piel, los huesos, la hipófisis y los ganglios linfáticos) o simultánea. Se desconoce la etiología, pero se presenta predominantemente en adultos jóvenes fumadores de ambos sexos. Los síntomas más comunes de la PLCH son tos, disnea y fatiga.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 59 años, exfumador de 60 paquete-años, con antecedentes de PLCH evolucionada con fibrosis pulmonar (diagnóstico en 2013), diabetes insípida 2º (desde los 8 años) con panhipopituitarismo parcial y osteoporosis. Portador de oxígeno domiciliario 15h/día. Acude derivado a nuestras consultas de rehabilitación respiratoria para valoración e inclusión en Programa de Rehabilitación Respiratoria (PRR) en 2019, no finalizada debido a situación de pandemia y complicaciones respiratorias que requirieron ingreso hospitalario, última con infección nosocomial COVID-19. Durante su último ingreso se realizan pruebas funcionales respiratorias (PFR) que muestran una limitación ventilatoria de tipo mixto de predominio obstructivo grave, descenso severo de DLCO y KCO y aumento de RV compatible con hiperinsuflación pul-

monar. En el ecocardiograma se aprecia un ventrículo derecho leve dilatado, FEVD normal y PSAP estimada 33 mmHg. Tras estabilidad clínica, el paciente presenta un aumento de la fatiga muscular, disnea mMRC 3 (2 hace un año) y pérdida de 8 Kg de peso desde su último ingreso hace 3 meses. La Sat O2 basal es de 87% y 97% con flujo pulsátil 5lpm. Dado el deterioro de la calidad de vida, el confinamiento, el aumento de la disnea, el empeoramiento de PFR y TAC pulmonar, entre otras, realizamos un test de 6 minutos marcha con O2, tras el cual incluimos de nuevo en PRR.

**Discusión:** La capacidad de ejercicio disminuida es común en pacientes con HPLC moderada, causada por una alteración multifactorial de la función pulmonar. Hemos considerado interesante la exposición de este caso de HPCL, ya que es una entidad rara en la que creemos que la infección COVID-19 puede haber contribuido al deterioro clínico del paciente, tras el cual se plantea el trasplante pulmonar. El tratamiento rehabilitador va dirigido a mejorar la tolerancia al esfuerzo y la calidad de vida relacionada con relacionada con la salud, facilitar la eliminación de secreciones y educación del paciente, incluyendo el aprendizaje y autocontrol.

### 1196. REHABILITACIÓN POST-COVID-19, CAMINO A LA RECUPERACIÓN

**Vanessa Mula Pérez**<sup>1</sup>, Rosa María Rodríguez Belzunce<sup>2</sup> e Isabel María Ortiz Samper<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Transporte Sanitario de la Región de Murcia, Águilas, España.

<sup>2</sup>Hospital La Inmaculada, Águilas, España. <sup>3</sup>FAAM, Águilas, España.

**Palabras clave:** Rehabilitación. Fisioterapia y COVID-19.

A día de hoy está claro que en medio de ésta crisis a nivel mundial que ha generado el COVID-19, hay gente que tiene cuidado, otra que no lo tiene, se descuida, se confía... es increíble la cantidad de muertos que día tras día sigue aumentando sin parar, pero lo que nos importa es la gente que lo pasa y sigue en pie. Entre ellos encontramos que algunos han pasado el COVID de puntillas con apenas síntomas parecidos a una gripe leve, moderada, (como unas décimas, pérdida del gusto, del olfato, dolor de cabeza, malestar...) han podido tener alguna o varias de ellas a la vez. Sin embargo otras no han tenido tanta suerte y han estado muy mal, teniendo que estar ingresados en el hospital, en UCI, con respiradores, y todo lo que eso conlleva. Y cada día que pasa en este estado es un escalón más en el camino de vuelta a la normalidad. Las secuelas que se quedan tras pasar el COVID son varias como fatiga (la más común), limitación de movimientos y dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas, debilidad muscular, dificultad para deglutir y/o comunicarse, deterioro de la función pulmonar... Todo esto variará de una persona a otra, dependerá de la intensidad del COVID, tiempo de ingreso, influyendo también su estado previo de salud. Aunque como hemos podido comprobar hay gente joven y sana, sin patologías previas que ha fallecido, mientras que otras con patologías y avanzada en edad han salido adelante. Lo que sí está claro es que dentro de las personas que han estado en situación muy grave con respiradores durante un período de tiempo largo, necesitan de una terapia para volver a la normalidad (recuperación pulmonar) realizar ejercicios de actividad y reposo (manejo de la disnea, la relajación, la fatiga). Es muy importante que los pacientes recuperados empiecen su rehabilitación lo antes posible, para poder ir recuperando su masa muscular si la han perdido (gente encamada durante largo periodo de tiempo). Nos encontraremos pacientes con diferentes estados de ánimo, lo que está claro es que éste cambiará conforme vaya mejorando en su rehabilitación, cuando vayan cogiendo fuerza muscular, coordinando sus movimientos, recuperando el equilibrio..., irá aumentando su confianza, mejorará su humor, se reducirá su estrés... los ejercicios deberán ser al principio cortos y regulares, con periodos de descanso pero sin perder su continuidad, conforme el paciente vaya mejorando se in-

crementará la intensidad y el tiempo de estos. Sin duda un camino difícil pero no imposible.

## 1266. DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CRÍTICOS POR COVID-19

**Paula Ortega García**, Marta Sevilla Benítez, Noemí Tapiador Juan, Belen Torija Jara, María Pastor García, Elena Gómez González y Mercedes Ramos Solchaga

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

**Palabras clave:** Disfagia. SARS-CoV-2. Cuidados Intensivos.

**Objetivos:** Valoración de la disfagia orofaríngea y resultados tras instauración de tratamiento logopédico en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos por neumonía grave secundaria a SARS-CoV-2.

**Material y métodos:** Valoración de pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI) de nuestro hospital por neumonía grave secundaria a SARS-CoV-2 entre el 9.3.20 y el 30.4.20, tras interconsulta a rehabilitación. Se realizó exploración física y valoración por el Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad (MECV\_V); la severidad de la disfagia se clasificó según la escala funcional para la ingesta oral (FOIS); y se prescribió tratamiento de logopedia de forma individualizada, con seguimiento durante el ingreso.

**Resultados:** Se evaluaron 16 pacientes, 100% varones. Edad media 63,13 (49-73) años. Media de días de estancia en UCI 83,4 (15-204); media de días con vía aérea artificial 63,4 (8-194). 87,5% de los pacientes presentaban traqueostomía a la valoración. El 100% había iniciado tratamiento de cinesiterapia por debilidad adquirida en UCI. Tras realización de MECV\_V clasificamos a los pacientes según la escala FOIS: 4 pacientes nivel 1, 7 pacientes nivel 2, 2 niveles nivel 4, 1 paciente nivel 5, 2 pacientes nivel 6. En 15 pacientes se inició tratamiento de logoterapia; 1 paciente no precisó intervención. La media de días de tratamiento fue 51,86 (6-155). Fue preciso solicitar estudio de fibroendoscopia de la deglución a 6 pacientes. Al alta hospitalaria 11 pacientes presentaban deglución normal, 4 pacientes fueron dados de alta con adaptaciones en la dieta (nivel 6 de FOIS) 3 de los cuales presentaban deglución normal en la revisión en consulta externa; 1 paciente precisó colocación de PEG (nivel 1 de FOIS). Este paciente continúa tratamiento logopédico ambulatorio, en la actualidad clasificado en nivel 2 de FOIS.

**Conclusiones:** La disfagia orofaríngea es una complicación frecuente en pacientes ingresado en unidades de cuidados intensivos

que precisan intubación y ventilación mecánica invasiva. Una correcta valoración e instauración precoz del tratamiento específico mejora la evolución de la misma y evita complicaciones graves.

## 1289. ISQUEMIA AGUDA BILATERAL DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE CON NEUMONÍA POR COVID-19

**Ola Mohamed Fathy Kamal** y Concepción Cuenca González

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

**Palabras clave:** COVID-19. Trombosis. Isquemia aguda de miembros.

**Introducción:** La infección por COVID-19 puede producir alteraciones en el mecanismo de coagulación y trombosis hasta en un 49% de los pacientes, condicionando una mayor morbimortalidad en los pacientes. Se han descrito casos de isquemia de miembros inferiores, sobretudo en varones de mediana edad y a pesar de la ausencia de antecedentes médicos previos. Tras tratamiento quirúrgico adecuado, hay que recurrir a la amputación en un porcentaje elevado de casos, empobreciendo el pronóstico funcional de estos pacientes.

**Caso clínico:** Varón de 66 años que acude a urgencias por frialdad, dolor y parestesias en pie derecho, en paciente en tratamiento ambulatorio con azitromicina por neumonía por COVID-19 e hipertensión arterial de antecedentes. A la exploración física se objetiva pulso femoral positivo y resto negativos bilateral y frialdad, palidez, dolor y parestesias en pie derecho. La analítica sanguínea muestra D-dímero de 44.819, INR de 1,3 y plaquetopenia de 29.000. En el TAC abdominal se observa trombo mural en aorta abdominal infrarrenal que se extiende hasta bifurcación aórtica. MID (miembro inferior derecho): AIC permeable con trombo mural. Oclusión de arteria poplítea sin clara recanalización distal. MII (miembro inferior izquierdo): AIC con estenosis moderada por trombo mural. Oclusión de arteria poplítea con recanalización distal. El paciente fue sometido a trombectomía y revascularización urgente de miembro inferior derecho e izquierdo. En el mismo día es reintervenido por isquemia aguda de miembros inferiores por oclusión bypass en MID y retrombosis en MII. Al 2º día es reintervenido por nueva isquemia aguda de MII y retrombosis. Dada la evolución tórpida finalmente se realiza amputación supracondílea de MID y posteriormente de MII.

**Discusión:** Las complicaciones vasculares tras infección por COVID-19 son frecuentes y suponen un empobrecimiento del pronóstico funcional del paciente. Es importante el conocimiento de estas consecuencias para un manejo óptimo del paciente y prevención de secuelas.