



ENFERMERA ESPECIALISTA EN LA REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES DE COVID-19



SOFÍA MARTÍNEZ VILLAR

Enfermera especialista
en salud mental.
Enfermera de práctica
avanzada en psiquiatría
interconsulta y enlace.
Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid.

Hay poco de lo que no se haya hablado ya respecto a la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease 2019*). En estos casi dos años de pandemia, se ha abordado desde tantos prismas que resulta un reto no caer en la repetición.

La crisis sanitaria supuso una reordenación de nuestra profesión en torno a adaptarse a las nuevas circunstancias, unas que no nos hubiera gustado vivir, pero que, con la lectura correcta, nos permiten crecer como profesionales y aprender modos de trabajo que nos habría costado desarrollar de otra manera.

Los primeros pasos en la pandemia estuvieron orientados a la supervivencia y el control epidemiológico, como no podía ser de otra manera. Los profesionales de la salud mental, en un segundo

plano, nos preocupábamos por las consecuencias que dichas vivencias podrían tener a nivel psicoemocional¹, planificando estrategias de atención que abarcasen a los pacientes en seguimiento activo, enfermedad mental grave, las nuevas demandas derivadas del confinamiento, la crudeza de las hospitalizaciones y nuestros compañeros: profesionales sanitarios estirados al límite y sin tiempo para pensar en su propio bienestar². Es importante hablar de todas las circunstancias que rodean a la atención al paciente que padece COVID-19, porque cada una influye en las respuestas emocionales a lo largo de la enfermedad.

Esta experiencia se centra en un paciente cuyo proceso de enfermedad fue largo y complicado, precisando atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI), intubación orotraqueal y un proceso rehabilitador posterior.

Correspondencia: Sofía Martínez Villar
Correo electrónico: smartinezv@salud.madrid.org

Este perfil de pacientes es el que sufre las consecuencias más atroces, ingreso más prolongado, más riesgo de complicaciones y comorbilidad, y necesidad de seguimiento al alta, por lo que, en un hospital de tercer nivel altamente especializado, se ha creado un protocolo de atención multidisciplinaria (Protocolo Pos-UCI COVID-19), en el que la Unidad de Psiquiatría Interconsulta y Enlace realiza intervenciones encaminadas a la recuperación cognitiva y emocional del paciente.

La Unidad de Psiquiatría Interconsulta y Enlace es una unidad multidisciplinaria formada por psiquiatras, psicólogos clínicos y, desde 2019, enfermería especialista en salud mental, con la que se pretende lograr una atención integral, ampliando la atención psicosocial en los pacientes hospitalizados. Como enfermera de práctica avanzada (EPA) ofrezco conocimiento experto³, atención al paciente, asesoramiento al personal que le atiende ante las dudas generadas por la interacción emocional, gestión de casos, terapias de enfermería y continuidad en la atención a la salud mental. Desde abril de 2020, gran parte de la demanda asistencial consiste en atender a los pacientes del Protocolo Pos-UCI COVID-19, realizando valoración, seguimiento y apoyo emocional, entre otras acciones.

A continuación, se describe el proceso por el que el paciente transita hasta que es dado de alta

de la UCI, lo que nos ayudará a comprender hacia dónde encaminar los cuidados en salud mental.

Iniciamos el confinamiento. Durante varios meses, se interrumpió la interacción social, incluso entre convivientes; en muchas ocasiones, se guardaba aislamiento dentro del domicilio. En los casos en los que no se podía guardar un confinamiento estricto, intervienen los factores de culpa por el contagio, o por el contagio de los convivientes¹.

Comienzan los síntomas; en muchos casos, tras varios contagios en un mismo domicilio, tras haber cuidado de otros familiares o convivientes, y viendo como personas queridas eran hospitalizadas. Aunque todo proceso de enfermedad puede terminar en fallecimiento, en un sistema sanitario como el nuestro, la mayoría de las enfermedades son vividas como un proceso temporal que afrontar; no obstante, a lo largo de la historia, determinadas enfermedades han ido asociadas a la muerte: así como pasó con el sida, o pasa con el cáncer, cuando una persona es diagnosticada de neumonía por COVID-19, le resulta fácil imaginarse la posibilidad de un desenlace mortal.

La historia se repite con escasos días de diferencia en los más de 200 pacientes que hemos atendido en el contexto del Protocolo Pos-UCI COVID-19: ingreso producido por neumonía; se realiza escalada en los requerimientos de

oxígeno, persistiendo una dinámica respiratoria patológica, y requiriendo el ingreso en la UCI; fracaso de la oxigenación a alto flujo y procedimiento de intubación orotraqueal, sedoanalgesia y maniobras de pronosupinación.

El paciente, en los primeros momentos del ingreso, se encuentra aislado en la habitación con dificultad respiratoria; parte de la disnea que presenta suele ir asociada a síntomas de ansiedad y retroalimentada por ellos⁴.

Tras el proceso más difícil en la supervivencia, cuando es posible iniciar un descenso de la sedoanalgesia, es frecuente encontrar episodios de ansiedad, agitación y desorientación⁵. Dichos datos denotan que el paciente presenta delirio —a menudo, de difícil manejo—, entre otros factores, debido a que muchos de los tratamientos necesarios para la COVID-19 son deliriogénicos⁶.

Durante la primera evaluación que realizamos, a los pocos días de ser dado de alta de la UCI, es frecuente encontrar secuelas cognitivas en el paciente, con puntuaciones en el *Minimal State Examination* por debajo de lo esperado para su intervalo de edad y reserva cognitiva previa, datos sugestivos de síndrome confusional, inatención, fluctuaciones en el nivel de conciencia, orientación y memoria⁶, y con indicación en la escala *Confusion Assessment Method* (escala CAM) positiva para delirio.



Dichas secuelas podrían ser atribuibles a la estancia en la UCI⁷; no obstante, se ha demostrado que el coronavirus afecta a nivel neurológico, generando síntomas como delirio, y problemas mnésicos agudos y crónicos relacionados con daño en el hipocampo⁸.

Habitualmente, los pacientes recuerdan los delirios mantenidos durante su estancia en la UCI. Al abordarlos abiertamente, generamos un marco de confianza en el que el paciente puede verbalizar las emociones generadas por estos, lo cual es importante por varias razones: dichos delirios tienen mucho que ver con lo onírico; no obstante, se mantienen durante tantos días que el paciente genera recursos para reconfirmar sus delirios, persistiendo a menudo incluso una vez ha cedido el cuadro confusional. Gracias a la relación de confianza, se puede realizar una reorientación en la realidad, que en numerosas ocasiones disminuye la ansiedad generada por la creencia errónea de haber vivido dichas situaciones. Algunos pacientes, ante estas vivencias, temen estar iniciando un proceso de pérdida de la salud mental y, al explicarles lo habitual que resulta presentar delirios durante un proceso como el suyo, son capaces de comunicarlo a sus seres queridos, que, asimismo, realizarán reorientación en la realidad con más datos irrefutables.

Cuando el paciente al alta de la UCI mantiene síntomas de confu-

sión aguda⁹, es posible acotar dicho cuadro, mediante estimulación cognitiva realizada por enfermería especialista en salud mental, y con medidas ambientales encaminadas a la orientación, movilización precoz y regularización del ciclo circadiano, trabajo realizado desde la interconsulta, atendiendo al paciente y estableciendo pautas de actuación al equipo de enfermería que le atiende.

Es frecuente, asimismo, encontrar bajo ánimo, en gran medida, por la adaptación al deterioro funcional asociado a la estancia prolongada en la UCI. La estancia en cuidados intensivos bajo sedoanalgesia se puede alargar varias semanas, semanas que para el paciente «no han pasado». Nuestro paciente se duerme un día sin deterioro en la movilidad, con ansiedad, como hemos visto, acompañando a la disnea, muchas veces, con familiares ingresados con pronóstico reservado, y se despierta desorientado, sin saber los días que han pasado, habiendo vivido delirios que cree reales, sin poder establecer comunicación verbal por mantener intubación o traqueostomía, en numerosas ocasiones, bajo sujeción mecánica, con deterioro en la movilidad por la enfermedad neuromuscular del enfermo crítico¹⁰, atendido por personal emocionalmente extenuado², en un entorno en el que se tiene que adaptar a numerosos cambios (cambios de turno, formas de trabajo, rutinas, pacientes que vociferan desorientados, limitaciones y restricciones en la dieta, cambios de unidad por necesidades organizativas, etc.).

feran desorientados, limitaciones y restricciones en la dieta, cambios de unidad por necesidades organizativas, etc.).

Durante el proceso de recuperación, parte del trabajo de la enfermería de enlace de salud mental consiste en acompañar, validar las emociones, gestionar la coordinación entre profesionales, dotar de una continuidad con un profesional de confianza, reorientar en la realidad, realizar la valoración cognitiva, así como la estimulación cognitiva, asesorar al equipo que le atiende, enlazar con la familia y generar seguridad ante tanta incertidumbre.

Como hemos visto, el paciente ingresado por neumonía por COVID-19 tiene múltiples factores de riesgo de deterioro de la salud mental, tanto desde la esfera psicosocial como orgánica. Es importante implementar protocolos de atención a la salud mental a dichos pacientes que incluyan la valoración, el seguimiento y la planificación de estrategias individualizadas en función de los problemas reales o potenciales que presentan, abordando abiertamente en la atención el estado de ánimo, las ideas ilusorias y la valoración cognitiva. La figura de enfermería especialista en salud mental en una interconsulta hospitalaria puede suponer una mejora en la excelencia en los cuidados, fomentando la motivación necesaria para la rehabilitación, reduciendo la ansiedad generada y aumentando la seguridad

del paciente, al detectar signos de delirio tempranos, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lara R, Fernández-Daza M, Zabarrain-Cogollo S, Olivencia-Carrión MA, Jiménez-Torres M, Olivencia-Carrión MD, et al. Active coping and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in Spanish adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8240.
2. Rose S, Hartnett J, Pillai S. Health-care worker's emotions, perceived stressors and coping mechanisms during the COVID-19 pandemic. *PloS One*. 2021;16(7):e025452.
3. San Martín-Rodríguez L, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P. Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enferm Clin*. 2019;29(2):125-30.
4. Worsham CM, Banzett RB, Schwartzstein RM. Dyspnea, acute respiratory failure, psychological trauma, and post-ICU mental health: a caution and a call for research. *Chest*. 2021;159(2):749-56.
5. Hawkins M, Sockalingam S, Bonato S, Rajaratnam T, Ravindran M, Gosse P, et al. A rapid review of the pathoetiology, presentation, and management of delirium in adults with COVID-19. *J Psychosom Res*. 2021;141:110350.
6. Woolley B. The COVID-19- conundrum: where both the virus and treatment contribute to delirium. *Geriatr Nurs*. 2021;42(4):955-8.
7. Velásquez-Tirado JD, Trzepacz PT, Franco JG. Etiologies of delirium in consecutive COVID-19 inpatients and the relationship between severity of delirium and COVID-19 in a prospective study with follow-up. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2021;33(3):210-8.
8. Valenzano A, Scarinci A, Monda V, Sessa F, Messina A, Monda M, et al. The social brain and emotional contagion: COVID-19 effects. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(12):640.
9. Duggan MC, Van J, Ely EW. Delirium assessment in critically ill older adults: considerations during the COVID-19-pandemic. *Crit Care Clin*. 2021;37(1):175-90.
10. Bocci T, Campiglio L, Zardoni M, Botta S, Coppola S, Groppo E, et al. Critical illness neuropathy in severe COVID-19: a case series. *Neurol Sci*. 2021; 1-6.