



RECOMENDACIONES BÁSICAS DE SORECAR SOBRE REHABILITACIÓN

RESPIRATORIA EN EL PACIENTE COVID-19

Autores: Alba Gómez, Ana María López, Koldobika Villelabeitia, Ana Belén Morata, Marta Supervía, Bibiana Villamayor, Juan Castillo, Eulogio Pleguezuelos.

Junta Directiva de SORECAR

Correspondencia: presidencia@sorecar.org

El COVID-19 (la enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2) provoca un cuadro clínico compatible con una infección respiratoria que provoca disfunción respiratoria, física y psicológica. Muchos de los pacientes con COVID-19 presentan esta infección con síntomas leves, pero un porcentaje de pacientes desarrollan una neumonía grave, pudiendo llegar a síndrome de distrés respiratorio con la necesidad de ingreso en una unidad de críticos y un tratamiento agresivo de la insuficiencia respiratoria aguda. Los pacientes que sobreviven a esta situación clínica presentan debilidad adquirida del paciente crítico, intolerancia al ejercicio, disfunción respiratoria y pérdida de calidad de vida.

A continuación, vamos a exponer unas recomendaciones las cuáles surgen de la opinión de expertos y de la revisión de la evidencia actual disponible.

- La fisioterapia respiratoria se desaconseja en el tratamiento de esta enfermedad, ya que se debe reducir al máximo su indicación y la realización de técnicas tanto manuales como instrumentales. En casos en que sea necesaria realizarla se debe valorar los riesgos y beneficios que supone su uso, y se debe asegurar que el fisioterapeuta disponga de los equipos de protección (EPI) recomendados para la realización estos pacientes (las técnicas de fisioterapia respiratoria generan gotas de diámetro inferior 10 pm) y tenga formación en procedimientos de alto riesgo.



- En cuanto a la movilización precoz del paciente crítico no existe evidencia disponible que recomiende o contraindique su uso. Consideramos que si se garantiza la seguridad del equipo rehabilitador (fisioterapeuta y médico rehabilitador) con los EPI recomendados y se dispone de este tipo de material para el resto de los compañeros que deben tratar al paciente, podría valorarse la realización de movilización precoz para evitar o minimizar la debilidad adquirida del paciente crítico y otras complicaciones que pueden surgir en esta fase. Si es imposible garantizar la seguridad del equipo rehabilitador o no existe material disponible el resto de los profesionales que atienden al paciente deberían intentar el correcto posicionamiento del paciente en cama, evitando la aparición de úlceras por presión o retracciones articulares.
- Los pacientes que se encuentran estables tanto en planta de hospitalización como en el domicilio deberían mantenerse activos para minimizar la disfunción muscular, siempre dentro de las medidas de aislamiento.
- Una vez la enfermedad haya pasado, estos pacientes pueden presentar disfunción respiratoria, disfunción muscular y intolerancia al ejercicio por lo que si que estará indicada la valoración de su capacidad funcional y la indicación de un programa de reentrenamiento al esfuerzo y de potenciación muscular.
- Además, aquellos pacientes que tengan prescrito un asistente de la tos en el domicilio lo deben realizar ellos mismos en medida de lo posible.
- Consideramos imprescindible que todos los miembros del equipo rehabilitador que deban tratar a este tipo de pacientes tengan formación procedimientos de alto riesgo, así como en el uso del material de protección adecuado.



Próximamente, se publicarán unas recomendaciones sobre el programa de rehabilitación respiratoria que se podría ofertar a este tipo de pacientes para minimizar sus déficits y la comorbilidad asociada que va a representar esta enfermedad.

21 de marzo 2020

BIBLIOGRAFIA

1. SEMICYUC. PLAN DE CONTINGENCIA PARA LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19
2. Fernando J, Jiménez M. Archivos de Bronconeumología Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-19. 2020;14(1):14460.
3. Àrea. de Fisioterapia respiratoria SEPAR. Fisioterapia respiratoria e infección con SARS-COV-2
4. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit: Systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(5):766–77.
5. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults.
6. Boldrini P, Bernetti A, Fiore P, SIMFER Executive Committee and SIMFER Committee for international affairs. Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2020; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32175719>
7. Hsieh MJ, Lee WC, Cho HY, Wu MF, Hu HC, Kao KC, et al. Recovery of pulmonary functions, exercise capacity, and quality of life after pulmonary rehabilitation in survivors of ARDS due to severe influenza A (H1N1) pneumonitis. *Influenza Other Respi Viruses.* 2018;12(5):643–8.