

PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN EN PLANTA DE PACIENTES COVID 19 - Resumido

Dra. Lourdes Juarros

Los pacientes que sobreviven a esta situación clínica presentan debilidad adquirida de paciente crítico, intolerancia al ejercicio, disfunción respiratoria y pérdida de calidad de vida. Dentro del ámbito de la Rehabilitación de estos pacientes, el procedimiento a seguir de acuerdo a la evidencia actual es el siguiente:

- La fisioterapia respiratoria se desaconseja, se debe reducir al máximo su indicación y la realización de técnicas tanto manuales como instrumentales. En casos en que sea necesaria realizarla se deben valorar los riesgos y beneficios que supone su uso y asegurar que el fisioterapeuta:
 - Disponga de los equipos de protección individual (EPI) recomendados (las técnicas de fisioterapia respiratoria generan gotas de diámetro inferior 10 pm)
 - Tener 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 EPI 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 el síndrome de inmovilidad del paciente crítico y las complicaciones posteriores con secuelas neuromusculares.
- Si no es posible garantizar la seguridad del equipo rehabilitador o no existe material disponible, el resto de profesionales que atienden al paciente vigilarán el correcto posicionamiento en cama, evitando la aparición de úlceras por presión o retracciones articulares.

REHABILITACIÓN:

1. Valoración del Médico Rehabilitador tras petición PIC: informe en el evolutivo en Hcis
2. Prescripción del tratamiento individualizado en los casos que esté indicado.
 - a. Paciente estable autónomo, ejercicios para realizar en la habitación cuaderno de fisioterapia
 - b. Paciente con severa polineuropatía u otros procesos que precisen tratamiento.
3. Tratamiento de Fisioterapeuta, con valoración en el evolutivo de Hcis
4. Revisión semanal de la evolución del paciente por parte del médico rehabilitador
 - a. Tratamiento de continuación: se prescribe
 - b. Alta de tratamiento con informe en Hcis
 - i. Por mejoría.- el paciente continuará con el plan de ejercicios aprendidos
 - ii. Por empeoramiento clínico que contraindique el tratamiento.

Es imprescindible para el tratamiento de estos pacientes

- Uso de equipo de protección personal (EPP) de acuerdo con las directrices de las autoridades
- Adopción de modalidades alternativas para la prestación de atención siempre que sea posible (consulta remota, tele-rehabilitación, material educativo. De lo contrario, si no se pudieran lograr niveles razonables de protección a pesar de los esfuerzos de los profesionales y el riesgo de propagación de la infección se hiciera evidente, los servicios tendrían que detener incluso las intervenciones de alta prioridad.

Se deben realizar reuniones regulares del equipo implicado para determinar la indicación de fisioterapia en pacientes con COVID-19 confirmado/sospechoso.

CRITERIOS DE INCLUSION:

El propósito de la rehabilitación temprana después de la fase aguda es esencial con el fin de limitar:

- El desacondicionamiento debido al encamamiento y/o sedentarismo prolongado.
- El Síndrome de Debilidad Adquirida en UCI (SDA) secundaria a una polineuropatía (PNP), miopatía o ambas (polineuromiopatía). El manejo médico intensivo de los pacientes ingresados en la UCI con COVID-19 (incluida la VM prolongada, la sedación y el uso de agentes bloqueadores neuromusculares) junto a complicaciones asociadas (Sepsis) tienen un alto riesgo de desarrollar una PNP crítica, con la atrofia muscular y con la rigidez articular.
 1. Paciente con limitaciones funcionales significativas durante el ingreso en planta con un cuadro de limitación de la movilidad por polineuromiopatía de paciente crítico u otras secuelas que hagan preciso la intervención de nuestro servicio.
 2. Pacientes frágiles o con múltiples comorbilidades y alto riesgo de debilidad adquirida.
 3. El tratamiento de fisioterapia estará centrado en la fisioterapia motora dada la no recomendación de fisioterapia respiratoria en pacientes COVID salvo para situaciones concretas que lo precisen, según la evidencia recogida en las diferentes guías consultadas.

Para poder iniciar el tratamiento deben cumplir:

- $FiO_2 \leq 60$
- $Sat O_2 \geq 90\%$
- $FR \leq 40$ y $> 5rpm$
- Presión arterial sistólica $\geq 90mmHg$ y $\leq 180 mmHg$
- $PAM \geq 65 mmHg$
- $FC \geq 40$ y $\leq 120 lpm$
- Sin arritmias ni isquemia miocárdica
- Sin shock acompañados de ácido láctico en sangre $\geq 4 mmol / L$
- No trombosis venosa profunda inestable nueva ni embolia pulmonar;
- No estenosis aórtica severa.
- Temperatura corporal $\leq 38,5^\circ$ y $\geq 36^\circ$
- Sin fracturas inestables de miembros y columna vertebral
- No enfermedad hepática y renal grave ni daño nuevo y progresivo
- No sangrado activo

Criterios para detener el tratamiento

- $Sat O_2 < 90\%$ o una disminución o un cambio desde la línea base de $> 4\%$
- $FR > 40$
- Presión arterial sistólica $< 90mmHg$ y $> 180 mmHg$
- Temperatura corporal $> 38,5^\circ$
- Aparición de arritmia e/o isquemia miocárdica.
- Empeoramiento del nivel de conciencia, inquietud.
- Palpitaciones conscientes del paciente
- Sensación de disnea o falta de aliento, fatiga o intolerancia

Son criterios de exclusión los pacientes que no cumplen los criterios anteriores

PLAN DE TRATAMIENTO.

1. PACIENTES HOSPITALIZADOS ESTABLES AUTÓNOMOS

En los pacientes estabilizados, aislados con capacidad de realizar terapia de forma autónoma, les entregaremos el plan de ejercicio en la habitación en cuaderno de fisioterapia para guiar a los pacientes en la rehabilitación a fin de ahorrar recursos y evitar infecciones cruzadas. Evitaremos el encamamiento y sedentarismo prolongado que conducen a una disminución de la fuerza muscular, un drenaje de esputo deficiente y riesgo significativamente mayor de trombosis venosa profunda.

Situación Clínica	Actuación de fisioterapia
<p>Síntomas leves, sin compromiso respiratorio significativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre. - Tos seca. - Sin cambios Rx tórax. 	<p>Prevención del síndrome de inmovilidad Las intervenciones de fisioterapia no están indicadas para el aclaramiento de las vías respiratorias. EVITAR contacto de fisioterapia con el paciente. Uso del cuaderno de ejercicios durante el ingreso</p>
<p>Neumonía con: Requerimiento de O2 a bajo flujo (5L/min para Sat. O2 a 90%). Tos no productiva Tos con capacidad de eliminar las secreciones de forma independiente.</p>	<p>Prevención del síndrome de inmovilidad Las intervenciones de fisioterapia no están indicadas para el aclaramiento de las vías respiratorias. EVITAR contacto de fisioterapia con el paciente. Uso de videos respiratorios, folletos.</p>
<p>EDUCACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los pacientes a comprender el conocimiento de la enfermedad y el proceso de tratamiento a través de la educación, videos o manuales. - Trabajar y descansar regularmente para garantizar un sueño adecuado. - Dieta equilibrada. 	
<p>RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensidad del ejercicio con disnea de Borg ≤ 3 (sobre 10 puntos). - Aconsejable que no ocurra fatiga en el segundo día - Frecuencia del ejercicio: 2 veces/día - Tiempo de actividad según las condición física del paciente (15 ~ 45 min /12h). - Si es propensos a la fatiga o fragilidad realizarlo de manera intermitente. - Mínimo 1 h después de las comida. - Tipo: aeróbico, fuerza y elasticidad. 	

2. HOSPITALIZADOS ESTABLES QUE PRECISAN TRATAMIENTO

SITUACIÓN CLÍNICA	ACTUACIÓN DE FISIOTERAPIA
<p>Síntomas leves y/o neumonía</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Comorbilidad asociadas con hipersecreción o tos ineficaz (Fibrosis quística, enfermedad neuromuscular, lesión medular, EPOC, bronquiectasia)</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Secreciones copiosas que no puede eliminar de forma independiente</p> <p>Dificultades actuales o previstas con el aclaramiento de secreción</p>	<p>Fisioterapia referente.</p> <p>Posicionamiento adecuado de los pacientes con insuficiencia respiratoria para optimizar la oxigenación</p> <p>Técnicas de aclaramiento de las vías respiratorias.</p> <p>El personal con EPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mascarillas FFP2/3 - Gafas protectoras - Bata de aislamiento. - Traje protección - Gorro <p>Pacientes con máscara quirúrgica.</p>
<p>Síntomas leves y/o neumonía</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Evidencia de consolidación exudativa con dificultad para eliminar secreciones de forma independiente (tos débil e ineficaz, voz húmeda y sonidos audibles).</p>	
<p>Síntomas graves que sugieren neumonía / infección del tracto respiratorio inferior.</p> <p>Precisando oxigenoterapia.</p> <p>Fiebre y/o dificultad para respirar.</p> <p>Episodios de tos frecuentes, graves o productivos.</p> <p>Radiografía de tórax / TC / ecografía pulmonar con la consolidación.</p>	
<p>EDUCACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los pacientes a comprender el conocimiento de la enfermedad y el proceso de tratamiento a través de la educación, videos o manuales. - Trabajar y descansar regularmente para garantizar un sueño adecuado. - Dieta equilibrada. 	

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.- tener en cuenta para su comienzo: el tiempo desde diagnóstico inicial, el tiempo desde el inicio de la disnea y la saturación de oxígeno en la sangre.

Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Tª corporal > 38.0 °C - Tiempo de diagnóstico inicial ≤ 7 días. - Tiempo desde el inicio de la disnea ≤ 3 días - Progresión de la imagen torácica > 50% en 24-48 h - Sat. O2 en sangre ≤ 95%. - TA < 90/60 o > 140/90 mmHg.

Criterios de finalización del ejercicio
<ul style="list-style-type: none"> - Índice de disnea: grado de disnea de Borg > 3 - Opresión en el pecho - Eructos - Mareos - Dolor de cabeza. - Visión borrosa - Palpitaciones - Sudoración. - Incapacidad para mantener el equilibrio - Etc.

Si se cumple algunos de los criterios de finalización del ejercicio se comunicara a su médico rehabilitador y enfermera responsable.