



26 de marzo de 2020

Documento de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI) acerca de las consideraciones expuestas en el “Documento de Posicionamiento da Sociedade Galega de Medicina Física e Rehabilitación ante a pandemia COVID-19”

I. Exposición de motivos.

A raíz de la publicación el 23 de Marzo de 2020 del “Documento de posicionamiento de la Sociedad Gallega de Medicina Física y Rehabilitación ante la pandemia COVID-19”, por parte de la Sociedad Gallega de Medicina Física y Rehabilitación (SOGARMEF), la Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI) quiere hacer público, en base a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y la evidencia científica disponible, las siguientes consideraciones sobre los asuntos que se exponen en dicho texto:

1. Acerca del tamaño de las partículas que se pueden generar durante el trabajo de fisioterapia respiratoria.

Es correcto el dato sobre el tamaño de las partículas generadas. Aún así, con los EPI adecuados, no sería contraindicación la realización de técnicas de fisioterapia respiratoria, si así estuviese indicado según los protocolos establecidos en cada una de las Unidades de Críticos, habida cuenta que en estas unidades el paciente está ventilado, es decir, con vía aérea cerrada.



2. Acerca de la existencia de evidencia científica en el tratamiento de fisioterapia en el paciente de UCI.

La movilización precoz aparece como indicación y con grado de evidencia A en las guías de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Además el Ministerio de Sanidad, en su documento técnico emitido con el nombre *Manejo clínico del COVID-19: unidad de cuidados intensivos* en su página 12, en el apartado 4, subapartado 4.1, *Prevención de las complicaciones en el paciente crítico*, hace referencia a la miopatía del paciente crítico con la movilización tanto pasiva como activa y precoz para prevenirla.

3. Acerca del manejo postural del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19.

El fisioterapeuta de críticos tiene las competencias y obligaciones sobre el correcto posicionamiento de estos pacientes pudiendo, en colaboración con el equipo de enfermería, actuar sobre la prevención de las complicaciones asociadas a la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Además, el posicionamiento debe de tener presente evitar procesos compresivos en el nervio periférico, de manera que se intente minimizar el riesgo de polineuropatía en pacientes con comorbilidades, como ocurre en la mayoría de los casos.

4. Acerca de la recomendación en la que se habla de la necesidad de “superar la fase aguda” para posteriormente realizar una valoración funcional.

Se trata de una referencia muy amplia e inconcreta. Las secuelas de las estancias en las UCI se hacen notar en la primera semana. Diversos estudios demuestran la pérdida de masa muscular y la pérdida de fuerza y resistencia de los músculos respiratorios así como de las extremidades, en relación a la situación de encamamiento prolongado, el uso de ventilación no invasiva, el estado de sedación y el proceso de inflamación sistémica, con la presencia de diversas sustancias proinflamatorias como las citoquinas, lo que puede incluso conllevar una dificultad en la síntesis proteica necesaria para la producción de fibras musculares.



De la misma manera, el estado inflamatorio influye de manera determinante en el nervio periférico lo que, asociado a la inmovilidad, facilita un entorno fisiológico que puede desembocar en cuadros de neuropatía, asociados a un peor pronóstico.

Todo ello conlleva a dificultades en la extubación y en el aumento en la estancia en UCI por lo que, en estos momentos, dadas las dificultades que se están observando en cuanto a las disponibilidad de camas y el aumento tan exponencial de los casos, consideramos que todas las intervenciones terapéuticas seguras y basadas en la evidencia científica encaminadas a acortar tiempos, como las propias de la fisioterapia en estos casos, son esenciales para facilitar una liberación de camas para el uso de otros pacientes.

5. Acerca de la recomendación en la que se afirma que los pacientes “no críticos” realizarán un manejo autónomo de sus secuelas, tanto si están ingresados como confinados en sus domicilios.

Los pacientes “no críticos” deben de poder disponer del tratamiento de fisioterapia para poder optimizar su recuperación y permitir la liberación de camas por la saturación previsible del sistema sanitario.

Debemos recordar que muchos de los pacientes ingresados y en situación de mayor gravedad son pacientes crónicos, con patologías respiratorias, cardíacas, oncológicas o condiciones de inmunosupresión, que asocian factores de morbilidad importantes que condicionan su mortalidad. Podemos, pues, considerar que la evaluación de estas diferentes situaciones es necesaria para garantizar que el paciente pueda cursar alta hospitalaria en las mejores condiciones posibles y pueda continuar su recuperación en domicilio con las pautas acordes a sus necesidades.

6. Acerca de la formación y conocimientos en la realización de procedimientos de alto riesgo.

La formación en la utilización de EPI se presupone necesaria para el manejo de estos pacientes.



7. Acerca de la afirmación de que tras la fase crítica de la enfermedad deberá realizarse una valoración funcional.

Después de la fase crítica (estancia en UCI), muchas de las complicaciones respiratorias, neurológicas y músculo-esqueléticas ya estarán instauradas y la recuperación será mucho más costosa, difícil y larga, derivando en un posible aumento de su estancia hospitalaria, lo que incrementa el riesgo de reinfecciones y complicaciones a lo que hay que añadir el impacto psicológico que ello pueda infligir en el paciente y en su ámbito familiar.

Hacemos hincapié, una vez más, en la necesidad de intervención precoz de fisioterapia tal y como lo refleja el documento publicado por el Ministerio de Sanidad.

8. Acerca del momento más oportuno para la creación de un plan de actuación específico para los pacientes de COVID-19 y las secuelas que este virus haya podido ocasionar en otros procesos.

Los programas de prevención deben instaurarse de forma precoz. El impacto en los servicios de salud aún se desconoce, pero se prevé un importante impacto socio-sanitario debido a las complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria. Solo en el ámbito hospitalario, dejar a los pacientes pendientes de una valoración y tratamiento, sin haber terminado el periodo de pandemia y sin saber cuándo va a producirse dicha situación, puede tener consecuencias en la discapacidad y en la complicación de estos pacientes en unas dimensiones que pueden influir en los servicios no solo de rehabilitación, sino de todo el sistema hospitalario.



II. Posición de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI).

En la situación de emergencia sanitaria en la que nos encontramos debido a la situación epidemiológica global, la Sociedade Galega de Fisioterapeutas SOGAFI hace un llamamiento a la colaboración y responsabilidad de todos los profesionales sanitarios que, en lo referente al manejo del COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos, pasa inexcusablemente por atenerse a las directrices especificadas en el Protocolo del Ministerio de Sanidad creado a tal efecto, que considera las intervenciones de fisioterapia basadas en la evidencia científica que han sido expuestas y desarrolladas en el presente documento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med.* julio de 2008;34(7):1188-99.
2. Liu K. The safety of a novel early mobilization protocol conducted by ICU physicians: a prospective observational study. 2018;11.
3. Yataco RA, Arnold SM, Brown SM, David Freeman W, Carmen Cononie C, Heckman MG, et al. Early Progressive Mobilization of Patients with External Ventricular Drains: Safety and Feasibility. *Neurocrit Care.* abril de 2019;30(2):414-20.
4. Schmidt UH, Knecht L, MacIntyre NR. Should Early Mobilization Be Routine in Mechanically Ventilated Patients? *Respir Care.* 1 de junio de 2016;61(6):867-75.
5. Hashem MD, Parker AM, Needham DM. Early Mobilization and Rehabilitation of Patients Who Are Critically Ill. *Chest.* septiembre de 2016;150(3):722-31.
6. Senger D, Erbguth F. Critical-illness-Myopathie und -Polyneuropathie. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin.* octubre de 2017;112(7):589-96.

7. Shepherd S, Batra A, Lerner DP. Review of Critical Illness Myopathy and Neuropathy. *The Neurohospitalist*. enero de 2017;7(1):41-8.
8. Jang MH, Shin M-J, Shin YB. Pulmonary and Physical Rehabilitation in Critically Ill Patients. *Acute Crit Care*. 28 de febrero de 2019;34(1):1-13.
9. 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. *Crit Care*. diciembre de 2014;18(6):658.
10. Protocolo de Manejo Clínico del Covid-19: unidades de cuidados intensivos; Ministerio de Sanidad; 19 Marzo 2020
11. Liang, T. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. FAHZU. 2020
12. Zhang L, Hu W, Cai Z, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223185. Published 2019 Oct 3. doi:10.1371/journal.pone.0223185
13. Diana P Pozuelo-Carrascosa, Ana Torres-Costoso, Celia Alvarez-Bueno, Iván Cavero-Redondo, Purificación López Muñoz, Vicente Martínez-Vizcaíno. Multimodality respiratory physiotherapy reduces mortality but may not prevent ventilator-associated pneumonia or reduce length of stay in the intensive care unit: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, Volume 64, Issue 4, 2018, Pages 222-228
14. Schreiber, Annia et al. Avoiding Respiratory and Peripheral Muscle Injury During Mechanical Ventilation. *Critical Care Clinics*, Volume 34, Issue 3, 357 – 381
15. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance V 1.2.
16. Intensive Care NSW. Physical activity and movement: a guideline for critically ill adults. www.aci.health.nsw.gov.au ISBN: 978-1-76000-644 (online). 2017.