

# Guías de abordaje y seguimiento

## Rehabilitación general y en pacientes con sospecha y/o diagnóstico de COVID-19



Equipo Técnico SURA / Junio 2021. V6

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía de abordaje pretenden orientar la rehabilitación de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y algunas de sus comorbilidades, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico y rehabilitación

### Valoración del paciente

#### 1 Datos importantes en la historia clínica

**Información Básica:** valide la información del paciente, escriba datos del acompañante y parentesco

**Motivo de consulta:** describa el diagnóstico de remisión, seguimiento oxigenoterapia y en caso de desmonte de oxígeno (# de días).

**Enfermedad Actual:** establezca en orden cronológico los síntomas, tiempo de evolución, fecha resultado positivo y clasificación del caso, fecha de Activación de ERR, si tuvo necesidad de titulación de soporte de oxígeno a cuantos litros, tratamiento médico o terapéutico instaurado y qué efectos han tenido con los mismos. Fecha y resultados de las ayudas diagnósticas que soportan el diagnóstico (si aplica) Nivel de independencia para las ABVD Y AIVD, incapacidad activa y si es posible identificar barreras y facilitadores (CIF) descríbalas.

**Registrar la clasificación del riesgo de:** caída, de deterioro cardiorrespiratorio, bronco aspiración, según la especialidad terapéutica.

**Antecedentes Personales:** Validar los antecedentes: Patológicos, farmacológicos, quirúrgicos, Tóxico-alérgicos (tabaco- alucinógenos, licor) Hábitos deportivos - terapéuticos.

#### 2 Indagar por síntomas claves

**Tipo de tos, Disnea, expectoración, hemoptisis, Vómito intratable y diarrea con deshidratación, deterioro clínico, letargia, confusión, convulsión.**

**Si ha tenido cambios transitorios o bruscos que están asociados a la patología de base u otra y hablen de compensación o descompensación del paciente**

#### 3 Examen Físico

**Realice monitoreo de SV: FC- FR-SpO2 - T° -PA, calcule PAFI, IPA (si hay antecedentes de tabaquismo)**

Realice el examen físico general, considerando sistemas, estructuras: dominios funcionales, incluida la función respiratoria, cognitiva, deglutoria, cardiovascular, osteomuscular tegumentario,, psicológicos y ambiente social, control de esfínteres, actividades: descripción del AVD (actividades de la vida diaria) AIVD (actividades instrumentales vida diaria), Semiología acorde **a la patología y rehabilitación** (Terapia respiratoria, fonoaudiología, ocupacional y física) y participación, además tenga presente los factores contextuales.

#### 4 Desarrollo actividad terapéutica

Describa el desarrollo de la actividad terapéutica, los ejercicios indicados (repeticiones, tiempo, series, recorrido en el desplazamiento, descanso etc.) y como fue el desempeño del paciente frente a las actividades que se realizaron, que refiere: ¿dolor? ¿tos? ¿secreciones? ¿fatiga: cuanto en escala BORG? ¿mejor tolerancia a la actividad?

#### 5 Análisis y Plan

Una vez que se haga la valoración del paciente, se hará **la Observación del análisis**, describiendo los objetivos terapéuticos educativos y/o funcionales, que puedan ser medibles en el tiempo.

Determine el # de terapias necesarias que considere, frecuencia semanal, determinando si es atención: presencial/virtual/ domiciliario.

En el caso de Paciente modelo domiciliario describir: # días con Oxígeno, # días de desmonte.

**Ver Atención y seguimiento por terapia respiratoria a paciente con acompañamiento domiciliario.**

#### Valoración del paciente

Nuevo

1. Datos importantes en HC
2. Indagar por síntomas claves
3. Examen Físico
4. Desarrollo actividad terapéutica
5. Análisis y plan
6. Expectativa y meta
7. Recomendaciones
8. Seguimiento y control
9. Atención Terapia Final

#### 6 Expectativa y meta

Refiera la expectativa y meta

#### 7 Recomendaciones

Indique las recomendaciones, instrucciones, signos de alarma, plan casero de manera individual acorde al estado general del paciente.

#### 8 Seguimiento y control

Durante todas las atenciones actualice síntomas del paciente en términos funcionales, tome los signos vitales e indague por la evolución de signos y síntomas.

Registre el plan terapéutico ejecutado y cuál fue el desempeño del paciente frente a las acciones.

Recuerde dar pautas generales y recomendaciones.

#### 9 Atención de terapia Final

Haga una valoración comparativa con la inicial, que permita conocer el logro de los objetivos terapéuticos, estado residual del paciente, emita la conducta final (alta, prorroga, suspensión de tratamiento) y de recomendaciones

En caso de identificar deterioro del paciente, Establezca, garantice aislamiento por contacto y gotas, remita para manejo intrainstitucional inmediato, si esta en Salud en casa, haga la gestión de activar el ERR.

## Rehabilitación del paciente

Las intervenciones del equipo de rehabilitación sólo deben realizarse cuando existan indicadores clínicos seguros, de forma que se minimice la exposición de los profesionales a pacientes con COVID19.

Antes de realizar la atención Validar telefónicamente:

- Ausencia de fiebre por 3 días
- Referencia síntomas respiratorios
- Si es positivo Covid. Tener presente PCR en tiempo real para virus negativo
- Mejoría de las lesiones radiológicas
- No comorbilidades descompensadas

Tenga en cuenta que **los pacientes con casos de COVID-19 pueden presentar cuadros desde leves, moderados o graves**, incluyendo neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sepsis y shock séptico.

La identificación temprana de los casos y sus manifestaciones permiten la atención oportuna y la realización de tratamientos de apoyo manera inmediata.

Haga Monitoreo de Signos vitales, tenga precaución con sondas, drenes, recuerde el uso correcto de de EPP y en lo posible mantenga distanciamiento.

La rehabilitación de terapia Respiratoria o Fisioterapia, puede estar indicada si los pacientes con COVID19 presentan secreciones abundantes de las vías respiratorias y que tengan incapacidad para eliminar de forma independiente, sin embargo es necesario que se valide siempre la pertinencia terapéutica.

### (Caso 1): Síntomas Graves

Los pacientes caso 1, no cumplen criterios para el modelo de acompañamiento o automonitoreo ambulatorio. Ingresan a atención domiciliaria bajo el modelo de atención convencional. Este tipo de pacientes inician su rehabilitación en el ámbito hospitalario

Bajo el modelo de acompañamiento domiciliar, es pertinente la atención a todo paciente confirmados para COVID19. (excepto caso 1).

#### RH Integral

Derivado del tratamiento médico intensivo para algunos pacientes con Covid19, donde están incluidas la ventilación pulmonar protectora prolongada, la sedación y el uso de agentes bloqueantes neuromusculares, los pacientes pueden presentar un elevado riesgo de desarrollar debilidad adquirida en la UCI (DAUCI) e insuficiencia respiratoria, es por esto que requieren de un programa de con enfoque integral.

#### Continuidad en la atención

Toda persona que requiere continuidad en la atención terapéutica, según su estado de salud y condición general, podrá recibir seguimiento o control terapéutico bien por modalidad presencial, domiciliaria, virtual o por control telefónico, la cual será definida por el terapeuta según la necesidad detectada del paciente

#### Rehabilitación integral del paciente

Los pacientes que han perdido la condición física y/o cursan con debilidad muscular, respiratoria deben comenzar por realizar ejercicios de manera progresiva, acorde al estado funcional y cardiovascular, que impulsen el restablecimiento de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.

**Estas recomendaciones van dirigidas a personas afectadas por el Covid-19 o que están en período de recuperación pero que siguen en situación de confinamiento.**

**Son recomendaciones generales que se deben considerar individualmente en función de la situación de cada persona, del nivel de afectación durante y tras el Covid-19 y de las comorbilidades que se puedan tener.**



#### Terapia respiratoria

La TR ha demostrado ser un pilar importante en el tratamiento de pacientes Covid-19, para prevenir, restablecer y estabilizar. Dentro de las actividades sugeridas están:

- Posicionamiento y postura prono
- Cambios de posición frecuentes
- Reeduación e inducción de las técnicas respiratorias
- Rehabilitación muscular respiratoria
- Higiene y cuidados VA
- Técnicas específicas para: Aspiración de secreciones, manejo TOT, expectoración, tos asistida o maniobras de tos, **deberán hacerse si son estrictamente necesarias, estimando todas las precauciones necesarias.**
- Entrenamiento de la musculatura inspiratoria no debe de realizarse hasta que el paciente no haya superado la fase aguda de la infección y el riesgo de transmisión se haya reducido.

**Bajo el modelo de acompañamiento domiciliar, las intervenciones se orientan a:**

- Acompañar de forma permanente a los pacientes
- Brindar educación a los mismos sobre su condición de salud.
- Identificación temprana de síntomas de alarma para la toma de decisiones oportuna e identificación de mejoras
- Seguimiento al paciente con oxigenoterapia.

#### Terapia física

Se sugiere comenzar la TF con una amplia gama de ejercicios generales, sin carga y una vez que sean tolerados, pasar al fortalecimiento muscular progresivo, acompañado del entrenamiento de resistencia y demás capacidades físicas. El regreso al ejercicio siempre debe orientarse de manera individual, en función de los síntomas y de la condición. Dentro de las actividades que se sugieren hacer están:

- Posicionamiento y estrategias para el control ortostático
- Técnicas de ahorro energético, medidas anti edema, anti-trombóticas y entrenamiento en transferencias.
- Movilidad general, estiramientos, activación muscular y reeduación de patrones funcionales, marcha y desplazamiento dentro del sitio en confinamiento.
- Refuerzo de técnicas respiratorias
- Y En medida que mejore la condición, reincorporar paulatinamente las AVD.



**La prescripción de ejercicio terapéutico, se hará según condición clínica y criterio clínico del profesional, teniendo presente los principios de entrenamiento dentro de los cuales están: individualidad, progresión, multilateralidad, continuidad, recuperación, alternancia, entre otros.**

### Fonoaudiología\*

- Deglución segura
- Comunicación: incluyen la intención comunicativa, la estandarización del lenguaje paraverbal indicativo y gesticular entre el grupo tratante y el paciente. Procesos motores básicos de la comunicación y el habla. (2)
- El uso de válvulas de fonación y fuga intencional para la fonación no deben de realizarse hasta que el paciente no haya superado la fase aguda de la infección y el riesgo de transmisión se haya reducido.

\* Estos criterios también aplican para demás casos Covid-19

### Terapia ocupacional\*

- Las acciones terapéuticas van dirigidas a complementar independencia en sus actividades básicas cotidianas. (AVD,AIVD), se busca la reincorporación del paciente a todas sus actividades familiares, laborales, recreativas, educativas y sociales. (2).
- No deben de realizarse presencialmente hasta que el paciente no haya superado la fase aguda de la infección y el riesgo de transmisión se haya reducido.

\* Estos criterios también aplican para los demás casos Covid-19

## (Caso 2) Síntomas leves

Persona con un cuadro sindrómico de infección respiratoria aguda (Por lo menos uno de los siguientes: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/adinamia) – IRA – leve o moderada que **NO requiere hospitalización** y cumple con algún criterio de caso sospechoso. Recuerde indagar por síntomas gastrointestinales (emesis dolor abdominal disgeusia augeusia o anosmia)

Antes de realizar la terapia, se valorará individualmente según la situación clínica, estado funcional y el momento epidemiológico concreto. De acuerdo a esto se definirá si se hace RH Domiciliaria- Ambulatoria o Tele-rehabilitación.

### ES IMPORTANTE EN TODOS LOS CASOS:

Entregar pautas de higiene de manos e cuidado respiratorio, educación en el uso equipo de monitoreo y limpieza de equipos

### Ejercicios respiratorios recomendados

- Técnicas de drenaje postural
- Cambios de posición y posicionamiento
- Técnicas de permeabilización de la vía aérea.
- Técnicas de reeducación respiratoria
- Entrenamiento de los músculos respiratorios:

#### Ejercicio: fortalecimiento muscular

Actividad	Series / rep
Deambulación controlada Expansión torácica y activos libres MMSS-MMII (progresivos, según tolerancia. Iniciar unilateral, sin resistencia y progresar a bilateral o uso de resistencia con theraband	5 a 12rep. Descanso entre ejercicio. En casos de desacondicionamiento moderado- severo podrá hacerlo en intervalos durante el día. Se recomienda usar la escala BORG para el control de la intensidad del ejercicio y conocer la fatiga.

### Criterios del ejercicio terapéutico seguro:

- Para mejorar el estado físico, es importante desarrollar gradualmente la condición general, siendo necesario hacer una planificación y prescripción individual.
- En la rehabilitación integral, se debe evaluar estado general del paciente, teniendo en cuenta los ant. patológicos concomitantes, edad y grado de entrenamiento.
- Es recomendable hacer monitoreo y control de la intensidad del ejercicio realizado, supervisar- corrigiendo técnicas, posturas y patrón respiratorio.

Ver técnicas de respiración paciente COVID-19 en página 5

### Ejercicios terapéuticos recomendados

- El ejercicio es una parte importante de la recuperación después de una enfermedad grave, es por esto que se darán pautas generales para hacerlo.
- Los Medios físicos: el uso, se hará, con objetivos claros específicos y mientras no estén contra indicados

Ejercicio	Equipo	Series / rep
Movilidad global	Uso del peso corporal, imitación de AVD	Rep: 8-12 rep Series: 3- 5
Fortalecimiento general	Inicialmente Sin resistencia o cargas de baja intensidad	Trabajan de 1 a 3 grupos musculares, Rep: 8-12 rep Series: 3- 5 Una vez se tenga tolerancia, se puede aumentar la carga: aumentando repeticiones, tiempo o con el uso de bastón, pelotas, pesas etc
Resistencia aeróbica	Cambios de posición, Marcha.	Tiempo o distancia recorrida, con progreso a tolerancia
Ejercicios Respiratorios	Se recomienda hacerlos durante toda la actividad en general.	
Ejercicios propioceptivos, de coordinación y equilibrio	Se recomienda adaptar, modificar o variar los según la evolución del paciente.	
Estiramiento y vuelta a la calma (ejercicios de relajación)	Propio cuerpo	Trabaje grandes grupos musculares. Rep: 3 a 5rep Tiempo: 10 a 20seg.

## (Caso 5) Asintomático

Contacto estrecho de caso confirmado COVID-19, quien que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida.

En estos pacientes se recomienda distanciamiento social hasta cumplir 14 días desde la última exposición no protegida. Se debe validar el estado funcional, para determinar si aplica tele orientación- domiciliaria o atención ambulatoria

### Pautas generales para la prescripción terapéutica.

(Según sintomatología en aquellas personas que estén afectados por el covid-19).

- Evitar realizar ejercicio o actividad intensa si se está con fiebre, diarrea o mucha sintomatología respiratoria, que empeore el cuadro.
- Durante la actividad terapéutica, use métodos para controlar la intensidad de los ejercicios recomendados: escala de Borg, solicite al paciente que diga una frase para conocer grado de disnea, identifique los SDR, indague por cianosis, sudoración excesiva, mareo u otros síntomas.
- Haga uso del monitoreo de los SV
- Explique al paciente que, si siente fatiga o sobrepasa la intensidad recomendada, disminuya el número de repeticiones, el tiempo de trabajo y/o fraccione la sesión de ejercicio.
- De pautas para el control de la respiración durante los ejercicios (evitar apnea, valsava)
- Recomiende la hidratación necesaria, acorde al esfuerzo realizado.

**Interconsulta con especialista:** Cualquier variación de los parámetros de estabilidad o de las recomendaciones durante la intervención de prevención del síndrome de desacondicionamiento físico (SDF). En caso de sospecharse Poli neuropatía del paciente crónico y/o Miopatía del paciente crítico debe ser interconsultado el médico especialista para apoyar el diagnóstico y la rehabilitación.

**Criterios de alta definitiva:** Cada caso deberá validarse de manera individual. Se dará el alta según criterio clínico, una vez valore al paciente y se determine que se logró la máxima mejoría funcional acorde a la patología y/o estabilización clínica. En el modelo domiciliario una vez se logre el desmonte de oxígeno.

### Organice la sesión en:

Nuevo

1. **Calentamiento: movilización y activos libres que preparan de forma progresiva al organismo.**
2. **Fase central o aeróbica: es la fase principal, en la que se incluirán los objetivos que se han programado al plantear la sesión, incluye actividades de fuerza, resistencia, equilibrio etc.**
3. **Relajación: después del esfuerzo realizado en la parte central se realizan ejercicios que permitan la vuelta a la calma ( estiramientos, respiración)**

## Atención y seguimiento por parte del terapeuta respiratorio en el modelo de acompañamiento domiciliario

### Control telefonico o virtual

Se hará control telefónico con el fin de brindar: educación y reforzar pautas de cuidado, las técnicas de respiración, pronación vigil, manejo de los equipos biomédicos, automonitoreo, uso de inhaloterapia u oxigenación.

En los pacientes que inicien uso de O2, se seguirá control telefónico diario.

### Atención domiciliaria

La valoración domiciliaria se hará cuando el paciente presente cambios en el estado general que ameriten una Alertamiento o activación ERR, y en los casos identificados de dificultad tecnológica y requerimiento por desmonte no exitoso.

### Acompañamiento del paciente

Durante los diferentes contactos que tenga con el paciente recuerde afianzar las medidas para el aislamiento en el domicilio, el seguimiento al estado de salud y las recomendaciones de uso de los dispositivos biomédicos:

- Técnica de respiración en paciente COVID.
- Higiene bronquial.
- Sueño y pronación.
- Esquema de automonitoreo con oxígeno y sin oxígeno.
- Signos y síntomas de alerta.
- Desmonte de oxígeno
- Teléfono línea única

### Abordaje inicial en el ingreso:

Nuevo

Brinde educación sobre:

### Utilización de los equipos de monitoreo

- Valide la postura en la que esta el paciente, se sugiere el monitoreo en sedente.
- Recomiende no tener las uñas pintadas.
- Calentar la mano, evitando que este húmeda o muy fría.
- Realizar ejercicios respiratorios
- Comprobar funcionamiento correcto del Oxímetro.

Temperatura: Colocar el termómetro bucal o axilar hasta la señal sonora (alarma)

En caso de identificar fallas en el equipo de monitoreo, debe solicitar el cambio con el grupo de logística de cada regional.

### Esquema de auto monitoreo

Indique al paciente que va recibir una llamada, en la cual le solicitaran que digite los signos vitales registrados: temperatura, saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca, tomados según las indicaciones dadas en la asesoría.

Condición	Frecuencia
Sin Oxígeno	1vez/ día
Con Oxígeno x cánula nasal	3Veces/ día

### Signos de Alarma



T° > 37.9  
FC >100lpm  
FR >25  
SpO2 menor de 91%, salvo casos especiales (EPOC-gestante)



Tos: cianosante-hemoptisis SDR Disnea- Fatiga



Deterioro neurológico, confusión, delirium

## Saturación de oxígeno

### Adultos

El rango de seguridad en la utilización de oxígeno: es 90% de saturación oxígeno ambiente

En el modelo nacional definimos que se alerta con saturación en 91% en el paciente que inicia en el modelo y se decide dar soporte con oxígeno con saturación menor a 90% no importa la altura de la ciudad aunque si las condiciones previas de la clínica del paciente.

### Condiciones especiales

- Embarazada 92% de saturación oxígeno ambiente
- Enfermedad pulmonar previa O2 requirente : > 2000 mts 88%  
< 2000 mts 90%

### Niños

- Ciudades a más de 2500 mts 90% de saturación oxígeno ambiente
- Ciudades a menos de 2500 mts 92% de saturación oxígeno ambiente

### Nuevo

**FI02:** fracción inspirada de oxígeno, expresada en concentración y se mide en porcentaje.

#### ¿Cuál es la FI02 que está recibiendo el paciente?

FI02 (%)	Lts/min
21%	ambiente
25%	1lts
29%	2lts
33%	3lts
37%	4lts
41%	5lts

**PAFI:** La presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno (PaO2/FI02) es un indicador que mide el intercambio gaseoso, tiene gran utilidad ya que orienta en la estimación de la hipoxemia ayudando a determinar conductas de tratamiento, para su cálculo se puede usar las siguientes enlaces:

<https://rccc.eu/protocolos/SpFi.html>  
<https://www.rccc.eu/ppc/calculadoras/ALI.htm>

Normal	PaO2/FI02 > 300
Hipoxemia leve	PaO2/FI02 < 300- 200
Hipoxemia Moderada	PaO2/FI02 < 200- 100
Hipoxemia Severa	PaO2/FI02 < 100

Hiperoxia: es importante evitar SpO2 mayor a 96%, si se presenta, es necesario pensar en retirar o disminuir los litros de Oxígeno suministrado.

### CALCULO IPA

Contar # cigarrillos fumados por día\* # de años fumados / 20

IPA menor 10	Riesgo bajo
IPA entre 10 - 20	Riesgo moderado
IPA entre 21 - 40	Riesgo intenso
IPA mayor 41	Riesgo alto

### Si el paciente requiere soporte de oxígeno por cánula nasal, se debe tener en cuenta

### Nuevo

- El uso racional, ya que las personas con los niveles reducidos de oxígeno en sangre, se asocian con aumento de mortalidad y por tanto esta hipoxemia debe ser corregida, de igual manera tener presente que si el oxígeno **NO** este indicado, también puede generar aumento de esta.
- Debe ser titulado a la concentración más baja que consiga los objetivos propuestos, es decir deberá mantener una saturación arterial igual o por encima del 90%.
- La terapia de oxígeno debe iniciarse con un 35% y titulada hacia arriba si la SaO2 > 90% y disminuirla si la saturación excede 93-94%. Excepto que embarazadas que será del 92%.
- En pacientes con antecedente de EPOC-fumador pesado, oxígeno requirente previos: evitar exceder una saturación de oxígeno > 93%. Teniendo en cuenta que los niveles pueden estar entre 88% y máximo 92%.
- Una vez que se tituló O2 validar en las próximas 24h si se mantiene el nivel de sat.
- Iniciarlo por cánula nasal a 1 o 2 litros por minuto y validar estabilidad para determinar si requiere ajuste del FI02 (litraje) o de otros sistemas de flujo.
- Disminuir y/o retirar el Oxígeno si la saturación es mayor a 96%
- En caso de no lograr estabilidad, titular gradualmente hasta 5lts, los flujos por encima de este nivel requieren otros sistemas debido a intolerancia, irritación y riesgo de epistaxis.
- El primer día de uso del Oxígeno, indicar el soporte de manera permanente y según su evolución en las próximas 24 horas, definir la posibilidad de iniciar desmonte del mismo o continuar con igual manejo.
- Si el paciente presenta de nuevo deterioro de su condición basal, dado por aumento de la dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis, diaforesis, somnolencia, SpO2 que no mejora con la administración de oxígeno, se debe considerar activar un Alertamiento/ERR, si no hay mejoría, luego de la atención presencial, se inicia el proceso de remisión.
- Adicional a la titulación del oxígeno es importante indicar pautas de: postura prono, posicionamiento, pauta de ahorro energético y de ejercicios respiratorios.

**El oxígeno es un medicamento con un perfil beneficio/ riesgo, como tal debe usarse solo cuando este indicado, con la menor FI02 que permita establecer metas de estabilidad PA02, iniciarlo con el dispositivo más sencillo, escalar a otro dispositivo según clínica del paciente y siempre con monitoreo.**

## PRONACIÓN PARA MEJORAR LA SPO2

- Con la técnica de decúbito prono vigil es posible conseguir cambios en la movilidad diafragmática, la evacuación de secreciones, la redistribución de la perfusión y una mejoría clara de la ventilación y oxigenación.
- El paciente autónomo en sus funciones, puede tomar una almohada y ubicarla bajo su vientre, acostándose boca abajo, para lograr una leve elevación de la región posterior de las bases pulmonares. Adoptar la posición prona por sesiones de 20 minutos, intercaladas con 20 minutos de supino por 3 horas y repetir cada 6 horas por las primeras 24 horas. Quien no tolere la postura por este tiempo, podrá realizarla a tolerancia.
- Se puede intercalar esta posición con periodos de descanso en decúbito lateral, manteniendo apoyado el cuerpo sobre la almohada a la altura de la cintura, para mantener la inclinación



**Tener en cuenta que esta posición está contraindicada en personas con cirugías abdominales recientes, cirugía traqueal o estereotomía en los 15 días previos, Trauma o cirugía facial en los 15 días previos, Trombosis venosa profunda tratada menos de dos días, Columna inestable o fracturas pélvicas o de fémur, Presión arterial media < 65 mm Hg, en Embarazo con contraindicaciones relativas**

## Técnicas de respiración paciente COVID-19

**RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA:** indique adoptar una posición cómoda, Inhalar lentamente a través de la nariz haciéndolo entre 2 a 5 segundos, luego expulsar el aire lentamente con los labios juntos (casi cerrados). Contando mentalmente hasta 4 segundos. A medida que expulsa el aire, debe sentir que su estómago se hunde. Repetir cada 2 a 3 horas.

**RESPIRACIÓN CON LABIOS FRUNCIDOS:** Se le indica a la persona que tome aire profundo por la nariz y lo bote lentamente por la boca como soplando una vela. Se sugiere realizar este ejercicio monitoreando la SpO2 y observar como ésta mejora notablemente. Repetir el ejercicio cada hora.

**RESPIRACIÓN PROFUNDA Y SOSTENIDA:** Indique una inspiración profunda por la nariz y que sostenga el aire entre 3 a 5 segundos máximo, según sea la tolerancia, luego lo debe botar de forma rápida por la boca. Repetir cada 2 a 3 horas.

### EJERCICIOS DE EXPANSIÓN PULMONAR MMSS ACTIVOS LIBRES:

- Inicie los ejercicios desde sedente, con la espalda recta y apoyada, de manera progresiva, unilateral y progrese a bilateral, tomando aire profundo por la nariz mientras eleva los brazos al frente hasta una altura que no sobrepase el nivel de los hombros, sostiene los brazos y el aire por un tiempo máximo de 3 segundos y luego lo expulsa de manera lenta con los labios fruncidos como soplando una vela, a medida que baja los brazos. Descanso 5 segundos antes de repetir. Realizar un total de 5 respiraciones
- Puede variar el ejercicio elevando los brazos al costado hasta una altura que no sobrepase el nivel de los hombros y acompañado de la técnica respiratoria descrita en el párrafo anterior.
- Los Ejercicios activos de miembros superiores con resistencia tipo banda elástica o pesas, se aconseja prescribirlos luego de valoración presencial.

### DEAMBULACIÓN CON RESPIRACIÓN CONTROLADA:

- Dentro del sitio de aislamiento, se sugiere realizar caminatas cortas durante 5 a 10 minutos, realizando ciclos de 5 respiraciones de inspiraciones profundas y espiraciones lentas mientras camina. Debe realizar pausas de 1 minuto luego de cada ciclo de respiraciones para evitar el mareo y la fatiga.
- En medida que se observe mayor tolerancia se podrá aumentar los tiempos



**INSPIROMETRIA INCENTIVA:** Con un incentivo Respiratorio, preferiblemente volumétrico, o en su defecto que sea bi flow o tri flow (2 o 3 bolitas), realizar ejercicios sólo en fase inspiratoria, de la siguiente manera:

- Sentado cómodo, con la espalda recta se sostiene el dispositivo frente a la cara. Exhale (espire) normalmente por la boca.
- Coloque la boquilla del incentivador en la boca. Asegúrese que la persona realice un buen sellado sobre la boquilla con sus labios.
- La persona debe inspirar lenta y profundamente por la boca con la boquilla, tratando de alcanzar el máximo volumen y sosteniendo la(s) bolita(s), el mayor tiempo posible.
- Retire la boquilla de los labios y exhale por la boca. Repita 10 veces. Cada 2 horas.
- Recuerde que también lo puede indicar con uso de una botella con la tercera parte de agua y pitillo, para realizar la técnica de inspiración incentivada.

**Con una adecuada técnica de ejercicios respiratorios se mejora la capacidad pulmonar a la vez que se predispone a un estado de relajación.**

El proceso de desmote define una línea de acción que será adaptada por el profesional, buscando individualizar cada paciente, así que reconociendo que cada persona es única, debe ajustar el criterio clínico con PERTINENCIA, para tomar la mejor decisión posible.

Antes de iniciar el desmote del paciente, en cada seguimiento se analizarán las siguientes variables:

<b>Validación de signos vitales y Registro de oximetrías</b>	Es necesario conocer el historial del registro de oximetrías y Signos vitales que ha realizado el paciente. Además complementa con la valoración de signos y síntomas
<b>Estado clínico</b>	Tener presente la estabilidad del estado general, nivel de conciencia, frecuencia cardíaca y ausencia de fiebre en las últimas 48 horas.
<b>Disnea</b>	En adultos, use la Escala de Borg, para evaluar de forma gráfica la percepción subjetiva de la dificultad respiratoria o el esfuerzo, tanto reposo como en movimiento, tenga en cuenta, explicarla al paciente para que realice el monitoreo y control del ejercicio. En niños, es importante indagar a los cuidadores o valorar (virtual) los signos de dificultad respiratoria: FR, aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción esternal, retracción toracoabdominal, cianosis o palidez extrema y/o adinamia.
<b>Frecuencia respiratoria</b>	Puede ser con ayuda del cuidador o por video, además se tiene en cuenta la valoración del esfuerzo respiratorio y el uso de los músculos accesorios.
<b>Si ya inicio desmote</b>	Valide la tolerancia- adherencia a recomendaciones y ejercicios. Recuerde que la mayor desaturación se podrá ver entre 30 a 40min, luego de retirar el O2.

#### Pautas para el desmote de oxígeno exitoso:

##### Individualidad:

Es importante recordar que tanto para la titulación como para el desmote de O<sub>2</sub>, se debe individualizar cada paciente, Esto exige que se analice de forma integral al paciente y no se defina la titulación o el desmote por una sola variable. La saturación hace parte de uno de los varios criterios, a continuación, se citan otros aspectos a tener en cuenta:

- ¿Tolera la posición en prono?
- ¿Cómo está el patrón de sueño?
- ¿Utiliza músculos accesorios, aleteo nasal, tos cianósante, retracciones, dificultad para completar frases?
- ¿Presenta signos de alarma?
- ¿presenta fatiga? cuantifíquela en las esquila de BORG
- El paciente que usa CPAP, se sugiere continuar con el uso nocturno según recomendación médica.
- Si en la intervención terapéutica o manejo médico, se identifica el paciente de difícil desmote, no explicado por causa orgánica, es importante validar la necesidad e interconsulta con el grupo de apoyo (Psicología – trabajo social), considerando además la visita presencial.

##### Gradualidad:

Tanto en niños como en adultos, el proceso de desmote es dinámico y a tolerancia del paciente, esta enmarcado en la individualidad (estado basal pre-COVID, escala de BORG, signos vitales, PAFI e IPA) Se inicia con disminución de FiO<sub>2</sub> (litros), posteriormente se evalúa tolerancia a oxígeno ambiente, de ser tolerado y estar en metas se continuará con desmote 24 horas. Es importante tener en cuenta que el mejor indicador para la tolerancia al desmote es la vigilancia de la hipoxemia diurna (la hipoxemia nocturna no es un predictor de riesgo o letalidad)

##### Estabilidad:

Una vez que se tituló O<sub>2</sub> validar en las próximas 24h si se mantiene el nivel de saturación.

- Cuando el paciente este estable hemodinámicamente se empieza bajar la FiO<sub>2</sub> y a partir de 1lt, se sugiere cerrar O<sub>2</sub>, vigilando SDR, tener en cuenta que algunos podrán tener tos, sin embargo, solo se reiniciara O<sub>2</sub> cuando se evidencien desaturación.  
Explique al paciente que las cifras de estabilidad de SpO<sub>2</sub> en etapa aguda de Covid puede variar de un paciente a otro, que estas dependerán la evolución y los antecedentes.

##### Seguimiento:

- En cada control es importante resaltar el compromiso que debe tener el paciente o cuidador con las recomendaciones dadas, sugiera hacer el monitoreo y control de los Signos vitales, para validar su estabilidad y en caso de presentar algún signo de alarma puede actuar oportunamente.
- Si en la valoración y seguimiento de desmote se evidencia que el paciente no tolera la continuidad con este o empeora su cuadro, es necesario hacer interconsulta para determinar conducta y dar resolutive en equipo.
- Todo paciente cuya causa de requerimiento de O<sub>2</sub> sea por diagnostico Covid, que supere el uso de este por más de 7 días, deberá tener gestión

**Pautas para prevención del desacondicionamiento físico:** Los pacientes que han perdido la condición física y/o cursan con debilidad muscular o cardio-respiratoria deben comenzar por realizar ejercicios de manera progresiva, acorde al estado funcional y cardiovascular, buscando el restablecimiento de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. Se sugiere comenzar la con una amplia gama de ejercicios generales, sin carga, con pocas repeticiones y una vez que sean tolerados, pasar al fortalecimiento muscular progresivo, acompañado del entrenamiento de resistencia y demás capacidades físicas.

**Gestión a pacientes desmonte no exitoso:**

Se considera que este sucede cuando el paciente supera los 7 días uso de oxigenoterapia sin lograr un retiro efectivo del mismo.

Desmonte no EXITOSO	CANDIDATO VISITA MEDICA PRESENCIAL	CANDIDATO VISITA TR PRESENCIAL	CANDIDATO MEDICINA INTERNA	CANDIDATOS a REHABILITACION POST COVID o IPS BASICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>5 días Inicio de desmonte</li> <li>Saturación &lt;90% sin O2 domiciliario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolución Estacionaria y tórpida.</li> <li>No adherencia al manejo.</li> <li>Dificultades Tecnológicas.</li> <li>Discapacidad Visual y/o Auditiva.</li> <li>Condiciones Sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Requerimientos de O2 cada día aumentan.</li> <li>No adherencia al manejo.</li> <li>Dificultades Tecnológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desmonte no Exitoso Y</li> <li>Persistencia de Síntomas.</li> <li>Manejo Agudo Activo.</li> <li>2 o más activaciones ERR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desmonte no EFECTIVO</li> <li>14 días enfermedad &gt; 3 días sin fiebre</li> <li>Sin manejo Agudo</li> <li>Medellin/ Bogota: Rehab. Post COVID</li> <li>Cali: Neumólogos del pacífico.</li> </ul>

**Nuevo**

**Uso de la escala de Borg:**

Es subjetiva, se hace tanto en reposo como en actividad, permite conocer el nivel de esfuerzo que el individuo percibe tanto en reposo como al hacer AVD- ejercicio. Sirve para que tanto al terapeuta como el paciente puedan hacer ajustes a la intensidad de ejercicio guiado o recomendado.

PERCEPCION	CALIFICACIÓN	OBSERVACIÓN
	10 extremo	Esfuerzo máximo , agotamiento extremo, 100% del esfuerzo percibido, se requiere recuperación o hasta parar la actividad por agotamiento
	9 Máximo	Esfuerzo sub máximo, FR-FC elevada, gran índice de fatiga general, voz jadeante, con disconfort.
	8 Muy, muy pesado	Trabajo y esfuerzo muy alto
	7 Muy pesado	Trabajo alto, respiración elevada, necesidad de recuperación y pausa
	6 Más pesado	Esfuerzo un poco alto, se aprecia sudoración y cambios en FR- FC
	5 Pesado	Se acelera el ritmo respiratorio y FC, presenta voz entrecortada
	4 Algo pesado	Fácil, pero con algo de esfuerzo
	3 Ligero	Fácil un poco agitado, sin mayores cambios en el ritmo cardiaco
	2 Muy Ligero	Fácil, ritmo cardiaco estable
	1 Muy, muy ligero	Extremadamente fácil, ninguna sensación de fatiga, Es capaz de mantener una conversación confortable, no entrecortada ni dificultad.
	0 Reposo	Ninguna sensación de fatiga, puede hablar con voz fluida

BORG	¿Que actividades puedo indicar?
<p><b>0 a 2: Reposo a Muy Ligero-</b> El paciente tolera AVD y ejercicios, es decir el paciente no refiere fatiga, presenta estabilidad en la FC, FR y SpO2. Es capaz de mantener una conversación confortable, no entrecortada ni dificultad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación en postura prono y drenaje postural</li> <li>Respiración Diafragmática, Profunda y Sostenida, con Labios Fruncidos, Ejercicios de burbujeo</li> <li>Cambios de posición y posicionamiento articular y ahorro energético</li> <li>Deambulación con respiración controlada</li> <li>Indicación de ejercicios activos libres en el paciente con aislamiento por Covid-19.</li> <li>Ejercicios de carga axial que involucren movimiento contra gravedad y activos libres, use grupos musculares menos fatigables, inicie con ejercicios unilaterales, en sedente e ir progresando, solo indicar resistidos si hay visita presencial</li> </ul>
<p><b>3 – 4 Ligero a Algo Pesado:</b> El paciente puede referir esfuerzo tolerable, que cede frente al reposo, no hay voz entrecortada ni jadeo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar con la ejecución de técnicas respiratorias: Respiración Diafragmática, Profunda y sostenida, labios fruncidos, incentivos y burbujeo en botella con pitillo</li> <li>Posición prono y drenaje postural, Posicionamiento, cambios de posición</li> <li>Caminata, ejercicios activos libres generales</li> <li>Se podrá continuar con el desmonte.</li> </ul>
<p><b>5 a 6 Pesado a Más Pesado.</b> El paciente puede presentar cambios en FC-FR, sudoración, además de expresar fatiga física, con voz entrecortada o dificultad al hablar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si al hacer seguimiento al desmonte, el paciente presenta de nuevo deterioro de su condición basal, (SDR, uso de músculos accesorios, cianosis, diaforesis) indique ejercicios respiratorios, postura prona a tolerancia.</li> <li>Considerar inicio de soporte de oxígeno si no lo tiene, o aumento del FIO2 buscando estabilizar hasta un máximo de 5 lpm, si ya había sido iniciado previamente, en caso de no estabilización tener O2, activar Alertamiento/ ERR</li> </ul>
<p><b>7 a 10 Muy Pesado a Extremo</b> Hay fatiga, trabajo pesado con esfuerzo alto, se requiere recuperación o hasta parar la actividad por agotamiento o sensación de disconfort, No es capaz de mantener una conversación confortablemente, expresa gran dificultad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ubique al paciente en prono a tolerancia, evalúe de nuevo SV.</li> <li>Si son tolerados por el paciente indique ejercicios respiratorios: labios fruncidos, Respiración Profunda y Sostenida lento, dando descanso entre cada repetición.</li> <li>Si el paciente no se estabiliza: Titule FIO2 necesario para lograr Sat Pao2 90% y active Alertamiento/ ERR para determinar posibilidad de remisión.</li> </ul>

## Días de Infección SARS-CoV-2



Si el paciente es sintomático, se cuenta como **DIA 1** el día de inicio de síntomas.

Si el paciente es asintomático se cuenta como **DIA 1** el día del resultado POSITIVO.

## Días de uso de Oxígeno



Se cuenta como **DIA 1** el día en que se inicia la titulación de O<sub>2</sub>, a partir de allí se continuara el conteo según los días de uso.

## Días de Desmote de oxígeno



Se cuenta como **DIA 0** el día en que se inicia el desmote, ya sea en litros o a tolerancia, si se para el desmote, es decir esta estacionario, se continuara con el conteo, pero si el paciente requiere de una nueva titulación de O<sub>2</sub>, se suspende el conteo y se reinicia el conteo desde cero cuando pueda volver a reiniciar el desmote.

## Educación básica para el paciente con patología respiratoria.

El paciente con patología en este caso Covid-19. Si aún es independiente, debe preferiblemente evitar el reposo absoluto, es por esto que se estimula el cambio postural cada 2 horas para mejorar la ventilación y oxigenación en todas las áreas del pulmón. Se promueve el compromiso y adherencia con el manejo médico-terapéutico instaurado, procurando motivarlo que realice los ejercicios respiratorios que se le indiquen, estando atento a cualquier cambio o síntoma anormal que pueda presentar.

Para fortalecer la educación al paciente desde la línea de la atención se van a enviar una serie de videos instruccionales que facilitan de forma oportuna la adopción de hábitos para mejorar la salud.

Se podrán enviar de igual manera a través de correo electrónico, mensaje de texto o vía WhatsApp los links de acceso a estos videos:

- Oxígeno: <https://youtu.be/HKCdfBzNt1M>
- Recomendaciones respiración: <https://youtu.be/Dp1ESLwLwJk>
- Seguimiento kit Covid: <https://youtu.be/857qK2Uz5M4>

## Referencias

1. Sura. Modelo de atención domiciliaria para pacientes con sospecha o diagnóstico COVID-19. Versión 7. Febrero 2021
2. Sura. Guía de abordaje y seguimiento: SARS-CoV2/COVID-19 (Nuevo coronavirus). Versión 22. Diciembre 2020
3. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID 19) Bogotá DC Versión 13. Diciembre 16 de 2020. Publicado el 18 de diciembre.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia COVID-19. Versión 7. 3 de agosto de 2020
5. Sura. Manual Modelo Unidad de cuidados respiratorios intermedios (Unidad de cuidados respiratorios intermedios) COVID-19. Julio 2020
6. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Versión 2. Julio 23 de 2020
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19. Versión 2. 1 de Julio 2020
8. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID-19 en sensores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. 1 de julio 2020.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19. Abril 2020
10. Guía de práctica clínica de: manejo de síndrome de desacondicionamiento Código: M-06-05-A-014 Fundación Cardio Infantil de Colombia.
11. Physiotherapy Management for COVID-19 in the Acute Hospital Setting: Recommendations to guide clinical practice Version 1.0 23 March 2020 Open access: <https://www.journals.elsevier.com/journal-of-physiotherapy>
12. Early reflection on the global impact of COVID19, and implications for physiotherapy Landry MD, Landry MD, Geddes L, Park Moseman A, Lefler JP, Raman SR, Wijchen JV. Fisioterapia. 2020, 20 de marzo. Pii: S0031-9406 (20) 30025-0. doi: 10.1016 / j.physio.2020.03.003.
13. Lista-Paz A, González-Doniz L, Souto-Camba S, ¿Qué papel desempeña la Fisioterapia en la pandemia mundial por COVID-19? Fisioterapia (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2020.04.002>.
14. Área de Fisioterapia Respiratoria de SEPAR. Fisioterapia respiratoria en el manejo del paciente con COVID-19: recomendaciones generales. Versión 2. 20 de abril 2020.
15. Plan de Actividad de Fisioterapia de Atención Primaria en modalidad de Teleasistencia para personas en confinamiento con afectación por Covid-19 sin patología respiratoria aguda. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Dirección de Cuidados de Enfermería UGC Rehabilitación Interniveles-Intercentros. Junta de Andalucía. 20 Abril de 2020.
16. Coronavirus disease (COVID 19) Pandemic. <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
17. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE, Bradley S, Berney S, Caruana LR, Elliott D, Green M, Haines K, Higgins AM, Kaukonen KM, Leditschke IA, Nickels MR, Paratz J, Patman S, Skinner EH, Young PJ, Zanni JM, Denehy L, Webb SA. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. 4 de diciembre de 2014; 18 (6): 658. doi: 10.1186 / s13054-014-0658-y. PMID: 25475522; PMCID: PMC4301888.
18. Denehy L, Skinner EH, Edbrooke L, Haines K, Warrillow S, Hawthorne G, Gough K, Hoorn SV, Morris ME, Berney S. Rehabilitación de ejercicio para pacientes con enfermedad crítica: un ensayo controlado aleatorio con 12 meses de seguimiento. arriba. Cuidado crítico. 2013; 17 : R156. doi: 10.1186 / cc12835.
19. Pinheiro AR, Christofoletti G. Fisioterapia motora en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24 : 188-196. doi: 10.1590 / S0103-507X2012000200016.
20. Valenza Demet G, González Doniz L, Yuste Sánchez M. J. Manual de fisioterapia respiratoria y cardíaca. Editorial Síntesis S.A. 2005. Madrid. (Tema 1, Tema 3, Tema 6, Tema 7, Tema 8)
21. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(8)

# Atención y Seguimiento al paciente en tele rehabilitación

## 1 Preparar

Prepárese y conozca aspectos relevantes del paciente antes de conectarse.

Valide recomendaciones médicas  
Recuerde el consentimiento informado

Revise factores de riesgo como:

Diabetes

Embarazo

Tabaquismo

EPOC

Población infantil

Asma

Esteroides e inmunosupresores

VIH

Enfermedad cardiovascular

Inmunosupresión

## 2 Empezar

Observación general del paciente

Revisión rápida

¿Cómo se encuentra usted hoy?

¿Ha empeorado? si la respuesta es **SI**, indague por signos – síntomas, y active protocolo de atención médica

Establezca lo que el paciente requiere y necesita de la comunicación, como por ejemplo:

Evaluación clínica

Remisión

Orientación

## 3 Actualización síntomas

Realizar registro y adaptar las preguntas al paciente según su condición.

Registrar siempre en PHC e incluir el diligenciamiento de la escala de BORG

Síntomas comunes

Fiebre

Dolor pleurítico

Taquipnea

Disnea

Estado conciencia

Tos

Expectoración

Indique al paciente que se tome la temperatura durante la entrevista

¿Tiene dolor que le dificulte la respiración?  
¿Es un dolor nuevo?  
¿Ha empeorado un dolor que tenía previo?

Valide si el habla es entrecortada y presenta dificultad para mantener la conversación. SDR; Tirajes.

Clase: I; II, III; IV.  
Según Escala NYHA

Estado de alerta del paciente, o de ser necesario hable con un acompañante para corroborar

¿Tiene tos?  
¿La tos que tiene le dificulta para comer, hablar, beber, moverse?

¿Tiene expectoración?  
¿Es abundante, que color?

## 4 Valoración

Evalúe según modalidad terapéutica, la funcionalidad, desempeño en las AVD, sistema respiratorio, deglutorio y comunicación lo mejor que pueda.

Funcionalidad

Indague y valide la evolución del paciente en términos funcionales

## 5 Conducta

Determine e interprete los cambios del paciente respecto al examen físico y condición, de ser necesario replantee el plan o de continuidad pertinente al manejo terapéutico haciendo un aumento gradual a la carga.

Una vez se logre la meta terapéutica propuesta emita la conducta final (alta, prorroga, suspensión de tratamiento)

Recomendaciones

Educación y manejo terapéutico, indicando repeticiones, posturas, series, signos de alarma, pautas de higiene (manos, respiratoria y postural)