



Por qué poner boca abajo a los pacientes en la uci les salva la vida

“Por qué poner boca abajo a los pacientes en la uci les salva la vida”

Artículo de la Voz de Galicia

Ángel Paniagua

Viernes 27-Marzo-2020

En los pacientes de COVID-19 la permanencia en la uci dura una media de 28 días. Prácticamente todos los pacientes que llegan a las ucis están acostados boca abajo. O, como se dice en medicina, [decúbito prono](#).

Un estudio internacional del año 2013 demostró que en las enfermedades respiratorias graves tener al paciente entre 15 y 17 horas boca abajo y el resto del día boca arriba incrementaba la supervivencia. “Hacen falta equipos muy entrenados para movilizar dos veces al día a un paciente que está entubado y tiene vías”, defiende Dolores Vila, jefa del servicio de medicina intensiva del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Para, como dicen en la uci, pronar o despronar hacen falta cinco personas. Es un proceso que busca que los pulmones puedan volver a respirar. No es tanto que el coronavirus mate, el gran problema

es que provoca una grave afección que se llama síndrome de distrés respiratorio agudo. Los dos pulmones se inflaman por completo y entonces se llenan de líquido. La respiración es un proceso diseñado para llevar oxígeno a la sangre y que esta lo conduzca a todas las células del cuerpo, y para expulsar el dióxido de carbono. Este fenómeno ocurre dentro de los pulmones, en los [alveolos pulmonares](#), millones de pequeños sacos adonde llega el aire. “Pero si todos están ocupados por líquido, no puede entrar el aire y, por tanto, no pueden transferir oxígeno a la sangre”, explica el intensivista Ignacio Chico, de Vigo.

Por eso se entuba al paciente. A casi todas las personas con coronavirus que llegan a las ucis se les coloca un tubo conectado a un aparato de ventilación mecánica que permite introducir aire a presión en los pulmones. Si el aire que se respira tienen un 21 % de oxígeno, con ventilación mecánica se pueden llegar al 100 %. El paciente está sedado.

Pero el problema en el distrés respiratorio, que padecen tantos enfermos de COVID-19, es que “el líquido inflamatorio pesa, así que no todas las zonas del pulmón tienen la misma cantidad de líquido: algunas están totalmente colapsadas, otras tienen menos y puede haber algunas que no tengan”, indica el intensivista. Si imaginamos a una persona tumbada boca arriba, la parte del pulmón pegada a la cama está llena de líquido, por efecto de la gravedad, y cuanto más se va subiendo hacia el pecho, menos líquido. “El aire a presión de la ventilación mecánica no puede hacer nada en las zonas colapsadas, porque al estar llenas de líquido no puede entrar”, dice el médico. Sí entra en los alveolos que tienen menos líquido. Y como cada uno está en una situación diferente, los alveolos se deforman.

Por eso se le da la vuelta al paciente. “Así, cambiamos la gravedad: se pasa de tener la mayoría del líquido abajo a tenerlo arriba. Al hacerlo, el líquido se va distribuyendo por todo el pulmón y queda más homogéneo”, dice el intensivista. Se busca que los alveolos no se deformen. “Además, se pueden abrir zonas que antes estaban colapsadas y mejora la oxigenación”.