

A Abordagem da Medicina Física e de Reabilitação nos Doentes com Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos por COVID-19 em Portugal

The Physical Medicine and Rehabilitation Approach in COVID-19 Patients with Post-Intensive Care Syndrome in Portugal

Palavras-chave: COVID-19; Cuidados Intensivos; Medicina Física e de Reabilitação; Perturbações de Stress Pós-Traumáticos; Portugal

Keywords: COVID-19; Critical Care; Physical Medicine and Rehabilitation; Portugal; Stress Disorders, Post-Traumatic

Estima-se que cerca de 6% a 10% dos doentes infetados pelo vírus SARS-CoV-2 apresentarão um quadro infeccioso severo a crítico,¹ com provável necessidade de internamento em unidades de Cuidados Intensivos (UCI). O internamento prolongado culmina em várias incapacidades, tendencialmente graves, em contexto de sequelas respiratórias, cardiovasculares, cognitivo-comportamentais, cutâneas, neuromotoras, músculo-esqueléticas, deglutição/disfagia, genito-urinárias e dor, cujo programa de intervenção multidisciplinar, centrado na capacitação funcional global do doente, com vista a potenciação da autonomia, participação e re-integração socio-familiar, poderá decorrer em contexto de centro de reabilitação.

Decorrente do atual contexto pandémico em que o país e o mundo se encontram e com os primeiros doentes sobreviventes com síndrome pós internamento em Cuidados Intensivos (PICS)^{2,3} por COVID-19 a chegarem aos centros de reabilitação, houve necessidade de ajuste do programa de reabilitação (PR), especificamente na gestão das sequelas respiratórias e na deglutição, por forma a garantir a segurança dos profissionais de saúde e dos doentes, sem comprometer a qualidade da intervenção prestada.

O programa global de reabilitação respiratória, antes da instalação da pandemia, focava-se na avaliação da função respiratória (com recurso a espirometria, pico de tosse, manometria de pressões inspiratória e expiratória, gasometria matinal, oximetria noturna, oxicapnografia e pletismografia) e, mediante os resultados obtidos, o PR poderia englobar técnicas de controlo do ritmo ventilatório e otimização da ventilação/perfusão, manobras de recrutamento de volumes, fortalecimento dos músculos respiratórios, gestão

de secreções, técnicas de higiene brônquica e ensino dos doentes. Decorrente do elevado risco de aerossolização associado à maioria das técnicas executadas houve necessidade de introduzir algumas alterações, nomeadamente: substituir a nebulização por inalação por câmara expansora; adaptar os circuitos de ventilação mecânica fazendo uso de máscaras não ventiladas ou de máscaras com válvula expiratória externa, ou ainda aplicando filtro duplo antibacteriano entre a máscara e a válvula expiratória e entre o ventilador e a traqueia; otimizar o espaço físico dedicado a esta intervenção; adotar a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) durante o contacto com os doentes para proteção contra gotículas e potencial contaminação por via aérea.

A avaliação clínica e intervenção inerentes à área da deglutição são, na sua maioria, considerados procedimentos geradores de aerossóis, pelo que se suspendeu a avaliação dos reflexos da tosse, deglutição e palatal, durante a observação destes doentes. Ao doente traqueotomizado ou com necessidade de realização de nasofibrosopia, os procedimentos passaram a realizar-se em ambientes com boa circulação de ar, com número limite de intervenientes e utilização de EPI apropriados.

A atuação em contexto de pandemia impôs a suspensão das visitas e a adoção de procedimentos para evitar o isolamento social (nomeadamente realização de vídeo-chamadas, atividades e apoio excecional por parte da psicologia durante os fins-de-semana), sendo reforçado o contacto telefónico regular dos profissionais de saúde com os familiares. Por fim, passou-se a exercer telereabilitação e teleconsulta, após a alta do doente. Para tal, elaboraram-se folhetos informativos com descrição dos exercícios terapêuticos para o doente realizar no domicílio, com acompanhamento do plano e evolução clínico-funcional efetuada, maioritariamente, por via telefónica.

O período excecional que o país atravessa exigiu um ajuste de todos os níveis de cuidados de saúde, na tentativa de minorar o impacto causado pela pandemia. Os centros de reabilitação não foram exceção, adaptando a sua resposta assistencial e garantindo, através dos cuidados de reabilitação prestados, a maximização da capacidade funcional do indivíduo, melhorando a sua autonomia e minorando a sua restrição à participação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Genebra: WHO; 2020.
2. Gautam R, Sankalp Y, Raj K. Post-intensive care syndrome: an overview. *J Transl Int Med.* 2017;5:90-2.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40:502-9.

Gisela Henriques LEANDRO¹, Daniela Costa MARTINS¹, Inês Machado VAZ², Jonathan RIOS³

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. Hospital de Faro. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro. Portugal.

2. Centro de Reabilitação do Norte. Vila Nova de Gaia. Portugal.

3. Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. São Brás de Alportel. Portugal.

Autor correspondente: Gisela Henriques Leandro. giselahleandro@gmail.com

Recebido: 18 de junho de 2020 - Aceite: 26 de agosto de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.14375>

