

Specialiștii Spitalului Militar Central ne explică pas cu pas...

Recuperarea după infecția cu noul coronavirus

- Modificările induse de virusul SARS-CoV-2 asupra organismului pot limita activitățile chiar și celor cu forme ușoare de boală
- Pacienții pot suferi aritmii, bronșiectazii, miocardite sau dureri musculare
- Se impune individualizarea tratamentului post-infecție

Mulți dintre pacienții care au trecut prin boala cauzată de noul coronavirus au nevoie de un program de reabilitare pentru a reveni la o viață normală, avertizează medicii. Până și cei cu formele cele mai ușoare de boală pot dezvolta anxietate, atacuri de panică sau alte probleme de sănătate care, neluate în seamă, se pot agrava și pot pune viața în pericol. Col. dr. Gigi Teodoru, medic primar, șeful secției de Reabilitare Medicală, și dr. Clara Ursescu, medic specialist în reabilitare medicală în cadrul Spitalului Militar din București, ne explică, în cele ce urmează, cum ne recuperăm după infecția cu SARS-CoV2. Iată sfaturile specialiștilor Spitalului Universitar de Urgență Militar Central "Carol Davila", conform site-ului www.scumc.ro!

Reabilitarea poate fi inițiată încă din faza acută. De obicei, se desfășoară în unități de terapie intensivă, apoi continuă în perioada post acută, în centre specializate de reabilitare, și se încheie cu îngrijirile pe termen me-

diu-lung, cel mai frecvent la domiciliul pacientului sau în condiții de ambulatoriu. Se aplică proceduri specifice, în funcție de nivelul de dizabilitate indus de afectarea structurii și funcției organismului: pulmonare, musculare, car-



diovasculare și psihice, două persoane cu aceeași afecțiune putând avea nivele diferite de dizabilitate și funcționalitate (chiar

dacă manifestă aceeași boală). Modificările induse de COVID asupra organismului au capacitatea de a provoca limitarea

activității și restricție de participare cu modificarea comportamentului social și atitudinii față de societate. Reabilitarea post

COVID promovează refacerea structurii și funcției organismului, fără a influența, însă, factorii contextuali.

Ce modificări se produc și cum poate ajuta programul de reabilitare?

Faza acută:

Afectare – leziune pulmonară propriu-zisă cu insuficiență respiratorie, evenimente tromboembolice, afectare miocardică, cerebrovasculară, renală, prin microtromboze sau mecanisme incomplet elucidate.

În această etapă, reabilitarea se limitează la intervenții minime, cu scopul de a conserva rezerva funcțională, de a preveni instalarea redorilor, escarelor de decubit și a facilita drenajul bronșic. Analizând fiecare caz în parte, pot fi utile mobilizările pasive, masajul, posturările. Se evită procedurile care produc aerosoli și care pot decompensa sistemul cardiovascular. Un element de noutate în reabilitarea pulmonară post COVID îl reprezintă utilizarea laserului LLLT, a cărui aplicare ar putea ajuta la diminuarea furtunii citokinice prin scăderea inflamației, cu consecința asupra distrucției pulmonare și scăderii necesarului de oxigen. Terapia poate începe încă din faza acută, deoarece este una non-contact, pacientul putând fi supravegheat de la distanță, fără

a exista riscul contaminării fizioterapeutului.

Faza subacută:

Afectare – sindrom de decondiționare post imobilizare prelungită, apare foarte frecvent la pacienții care au fost intubați sau au petrecut mult timp internați în secțiile de terapie intensivă. Acesta include sindroame precum boala miopatică critică și polineuropatia critică, ce se manifestă prin slăbiciune musculară și atrofii în special la nivelul extremităților, dar și la nivelul mușchiului diafragmei, producând dificultăți în respirație, durere neuropată, lipsa controlului sfincterian, ori dificultate la înghițire. Mecanismul afectării nu este complet elucidat, însă răspunsul inflamator sistemic pare a avea un rol important în producerea sa, cu atât mai mult cu cât, în infecția cu SARS-CoV2, persistă un nivel crescut al inflamației ce produce afectare microvasculară, metabolică, electrică și creșterea speciilor de oxigen reactiv. Acestea induc, în cele din urmă, hipoxie celulară cu

afectarea atât a mușchilor, cât și a nervilor:

- reducerea capacității pulmonare cu scăderea oxigenării,
- sindrom de șoc posttraumatic - în această perioadă există riscul dezvoltării depresiei, anxietății, scăderii capacității de concentrare.

În faza subacută, pacienții pot prezenta disfuncție moderat-severă de locomotie și autoîngrijire și necesită tratament în echipa multidisciplinară, prezentând multiple comorbidități. Din echipă nu trebuie să lipsească medicul de reabilitare, medicul pneumolog, psihologul, fizioterapeutul și kinetoterapeutul, poate cea mai importantă verigă a acestei etape.

La acest moment este oportună introducerea tehnicilor de reabilitare pulmonară (sub atenta supraveghere a saturației de oxigen și constantelor cardiace), precum: reeducarea musculaturii inspiratorii și expiratorii cu ajutorul tehnicilor de respirație, exersarea respirației diafragmatice, a expansiunii toracice. Se poate utiliza un spirometru manual

pentru exerciții (lucrează atât musculatura inspiratorie cât și cea expiratorie) sau diverse instrumente improvizate de suflat pentru musculatura expiratorie: baloane, suflat prin pai într-un pahar cu apă, utilizarea de instrumente muzicale de suflă, fluiera, cântatul etc. În această etapă se insistă pe toaletă bronșică (dacă pacientul s-a negativat, pentru a nu produce aerosoli).

Reabilitarea sindromului de imobilizare prelungită se poate iniția prin mobilizări active asistate de kinetoterapeut, în cadrul ADL (activităților zilnice), mobilizări în cadrul patului, la marginea patului, verticalizare și electrostimulări neuro-musculare. Se poate continua cu exerciții de creștere a forței musculare, de cel puțin trei ori pe săptămână, cu durata inițială de aproximativ 10 minute, cu două minute pauză între seturi, și poate crește progresiv până la 20-30 min. În funcție de evoluție, se continuă cu inițierea reabilitării echilibrului și a propriocepției prin pașirea pe podele de diverse consistente sau în

clinații, sau pe placa de echilibru.

Reabilitarea cardiovasculară se realizează prin integrarea ulterioară de exerciții de tip "aerobic", utilizând fie terapie robotizată, fie mersul, prin utilizarea bicicletei statice sau benzii de alergare (se va testa pacientul înainte cu "Testul celor șase metri").

Consilierea psihologică și terapia ocupațională pot fi de mare utilitate în această etapă pentru re-integrarea socială și refacerea abilităților motorii.

De asemenea, au fost efectuate studii cu privire la administrarea de oxigen hiperbar, care concluzionează că administrarea acestuia scade inflamația de la nivel pulmonar. Sunt însă studii restrânse, ce necesită dezvoltare multicentrică, randomizată.

Faza cronică, de îngrijire pe termen lung

Pacienții afectați de COVID pot avea sechele cronice, precum: afectare pulmonară (fibroză, bronșiectazii), afectare neurologică (afectare

gust, miros parestezii), afectare cardiacă (aritmii, miocardite), sechele musculare (slăbiciune, durere).

În această fază, se continuă programul de reabilitare demarat în clinică, cu inițierea pacientului în tehnici de conservare a energiei (dacă este cazul), de toaletă bronșică și, dacă disfuncția restantă este importantă, de modificare a comportamentului, de reamenajare a mediului de locuit și lucru sau chiar reorientare profesională.

Refacerea post COVID aduce în discuție, în primul rând, tehnicile de reabilitare pulmonară, puse în practică sub marea provocare legată de managementul riscului infecțios și cea a afectării multiorganice. Deși se încearcă standardizarea unui program de reabilitare post COVID, enunțările rămân la stadiul de sugestie, afectarea structurală, funcțională și restricția de participare (la care se adaugă diversitatea manifestărilor și comorbidităților), necesitând individualizarea tratamentului.