

Rehabilitación tras contagio por COVID19

Esther Borrego Cortés, Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

PALABRAS CLAVE: COVID-19, Coronavirus, Síndrome distress respiratorio agudo, Pandemia
KEYWORDS: COVID-19, Coronavirus, Acute Respiratory Distress Syndrome, Pandemic

Especialidades: Infecciosas, Neumología, Medicina general

Enlace revista original: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282359/>

ABSTRACT

La infección COVID-19, declarada como pandemia por la Organización Mundial de Salud el pasado día 11 de marzo de 2020, produce en la mayoría de los casos una enfermedad leve, que cursa con fiebre, tos y disnea. En la población de mayores de 65 años con comorbilidades asociadas, puede tener consecuencias graves. La tasa de mortalidad en estos casos alcanza el 13%. En aquellos pacientes que han requerido hospitalización, un porcentaje de hasta el 20% ha requerido tratamiento en unidades de cuidados intensivos, por el desarrollo de síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA), o daño hepático, cardíaco, renal y shock séptico en menor medida.

Actualmente no existe un tratamiento efectivo para la infección COVID19. Se basa en la fluidoterapia, antibióticos intravenosos, intubación traqueal temprana, etc. Dada la alta proporción de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos habrá un número considerable de paciente que requerirán tratamiento rehabilitador, de hecho, la OMS recomienda la rehabilitación como eje central de la atención de estos pacientes. De ahí la importancia de desarrollar planes para el tratamiento de dichos pacientes.

The COVID-19 infection, declared a pandemic by the World Health Organization on March 11 of this year, produces in most cases a mild illness, including fever, cough and dyspnea. In a small population (over 65 years with comorbidities) it can have serious consequences. The mortality rate in these cases reaches up to 13% due to respiratory failure and disseminated intravascular coagulopathy in most of these cases. In those patients who have required hospitalization, a percentage of up to 20% has required treatment in intensive care units, due to the development of acute respiratory distress syndrome (SDRA). Due to liver, cardiac, renal damage and viral septic shock to a lesser extent. Currently, there is no effective treatment for COVID infection.19 It is based on fluid therapy, intravenous antibiotics, early tracheal intubation, periods of positioning, and consideration of extracorporeal membrane oxygenation. Given the high proportion of patients admitted to critical care units, there will be a considerable number of patients who will require rehabilitation treatment. In fact, the OMS medical team recommends rehabilitation as a central focus of care for these patients. Hence the importance of developing plans for the treatment of such patients.

ARTICULO

Tras el ingreso prolongado de estos pacientes en UCI es característico el llamado síndrome post-UCI, que se caracteriza por deterioro físico y cognitivo, siendo causa de discapacidad tras SDRA.

Función física: la debilidad adquirida es muy común tras un SDRA (25-100%) en relación con la inmovilidad, control glucémico subóptimo, uso de corticosteroides y agentes bloqueantes neuromusculares. La polineuropatía y miopatía del paciente crítico son muy comunes. La debilidad adquirida provoca un mal resultado funcional a largo plazo.

Función cognitiva: el deterioro cognitivo puede afectar hasta al 80% de pacientes con SDRA y hasta en un 10% de ellos es persistente a largo plazo. Afecta a la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

Bienestar psico-social: el deterioro de la salud mental se describe comúnmente tras un ingreso en UCI, con aumento de tasas de depresión, trastorno de estrés postraumático y ansiedad.

Para el paciente y familiares tras ingresos prolongado por COVID-19 aumenta el temor a la supervivencia y sentimientos encontrados al paso de UCI a planta. Una vez el paciente pasa a planta desde UCI continúa en aislamiento continuo, afectado por la sedación prolongada, inmovilización, ventilación mecánica y delirio y depende mucho del cuidado del personal. En este punto es necesario proporcionar información clara, simple, precisa y honesta sobre los tratamientos y los próximos pasos. En algunos casos los pacientes son trasladados a centros de rehabilitación que optimizaran el estado funcional del paciente antes del alta. Para ello, los pacientes deben estar afebriles sin antipiréticos y tener muestras virológicas negativas. En los casos en los que el paciente sea dado de alta a domicilio, se aconseja la realización de ejercicio físico regular para minimizar complicaciones, según un programa de ejercicios individualizado, proporcionado por el médico especialista en rehabilitación.

COMENTARIO

Según las recomendaciones de la SORECAR (Sociedad de Rehabilitación Cardio-Respiratoria) y avalado por la Sociedad española de Medicina física y rehabilitación, el principal objetivo será minimizar la pérdida de autonomía del paciente y promover un uso racional de los recursos humanos y materiales en el manejo de pacientes con COVID19. La rehabilitación tendrá lugar en diferentes niveles:

REHABILITACIÓN EN UNIDADES DE CRITICOS: durante su ingreso en UCI, la asociación médica de China no aconseja tratamiento respiratorio en pacientes graves y críticos en periodos de exacerbaciones y neumonía intersticial bilateral. Sí está indicada en pacientes con aumento de las secreciones (34%) con dificultad para su eliminación. Las recomendaciones de expertos aconsejan la movilización precoz cuando el paciente esté estable.

REHABILITACIÓN EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN: en este momento se aconseja que los pacientes se mantengan activos, con una pauta de ejercicios globales y respiratorios. Si existen limitaciones funcionales significativas se indica un tratamiento rehabilitador presencial (con las medidas de seguridad pertinentes).

REHABILITACIÓN EN DOMICILIO: se aconseja la incorporación paulatina a su rutina y realización un programa de ejercicios personalizado. Para el personal son necesarios equipos de protección individual.

Las unidades de RHB deben considerar medidas para minimizar el riesgo de propagación de la infección. Existe escasa evidencia científica sobre el tratamiento rehabilitador que se debe ofertar en las diferentes fases del proceso asistencial. De ahí que se recomiende analizar cada caso de manera individualizada y seguir los procedimientos consensuados por las entidades científicas y los protocolos o planes de actuación de cada uno de los centros hospitalarios.

En resumen, los especialistas en rehabilitación pueden desempeñar un papel importante en la salud pública y educación de pacientes y familiares, reforzando las medidas actuales de salud pública para detener la propagación y mejorar la funcionalidad tras la infección por SARS-CoV-2.

BIBLIOGRAFIA

1. Robert Simpson, PhD, MBChB, and Larry Robinson, MD Rehabilitation After Critical Illness in People With COVID-19 Infection.. Am J Phys Med Rehabil 2020;99:470–474
2. ACTUALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CON COVID-19 DE SORECAR, Fecha de publicación: 7 de abril del 2020
3. Beeching NFT, Fowler R: Coronavirus disease 2019 (COVID-19). BMJ Best Practices 2020. Available at: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>. Accessed March 3, 2020
4. Martijn A. Spruit. ERS. REPORT OF AN AD-HOC INTERNATIONAL TASK FORCE TO DEVELOP AN EXPERTBASED OPINION ON EARLY AND SHORT-TERM REHABILITATIVE INTERVENTIONS (AFTER THE ACUTE HOSPITAL SETTING) IN COVID-19 SURVIVORS (version April 3, 2020)