

Reabilitação Cardiovascular em Contexto de Pandemia por SARS-CoV-2: Walking on Thin Ice

Cardiovascular Rehabilitation in the Context of Pandemic by SARS-CoV-2: Walking on Thin Ice

Afonso Rocha⁽¹⁾

No âmbito das doenças cardiovasculares, em especial no que se refere aos programas de reabilitação cardíaca, a pandemia por SARS CoV-2, designada por COVID-19, coloca-nos diversos desafios: 1) as doenças cardiovasculares e a prevalência e gravidade dos fatores de risco cardiovasculares aumentam a morbimortalidade por COVID-19; 2) os constrangimentos na acessibilidade aos cuidados de saúde necessários em tempo útil num contexto pandémico e 3) a dificuldade em organizar, em segurança, níveis de cuidados que impliquem tratamentos em grupo, frequentes deslocações às unidades de saúde e contacto com diferentes valências e profissionais, como é o caso dos programas de reabilitação cardíaca (PRC).

O risco de mortalidade por COVID-19 é significativamente superior em doentes com doença cardiovascular, nomeadamente 2,7 vezes na cardiopatia isquémica e 2,5 vezes superior na insuficiência cardíaca,¹ bem como nos que apresentam fatores de risco cardiovasculares como diabetes,² hipertensão,³ tabagismo¹ e obesidade.⁴ Por outro lado, a não participação em PRC resultará, no caso da cardiopatia isquémica, num aumento de 26% no risco de morte de qualquer causa e de 18% nas readmissões hospitalares.⁵ Na insuficiência cardíaca, nos doentes que não participam em PRC, o risco de readmissões hospitalares aumenta 30% nas hospitalizações totais e 41% nas hospitalizações relacionadas com a insuficiência cardíaca.

Cenário em Portugal

A situação de contingência vivida durante os meses de março e abril condicionaram, a partir de 16 de março de 2020, a interrupção de toda a atividade clínica não urgente,

nomeadamente consultas externas, intervenções cirúrgicas, tratamentos ambulatoriais, sessões de hospital de dia e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Isto implicou a interrupção formal dos tratamentos de reabilitação em regime ambulatorio, nomeadamente dos programas de reabilitação cardiovascular, em especial a componente das sessões de condicionamento ao esforço e todas as atividades em grupo (ex.: sessões educativas, sessões de psico-intervenção).

A imprevisibilidade da situação epidemiológica nos próximos meses, em particular a eventual necessidade de novos períodos de confinamento, restrição de mobilidade em determinadas áreas geográficas e redução de atividades não urgentes, obriga a uma abordagem integrada e dinâmica no sentido de se ajustar continuamente à instabilidade inerente à evolução da curva epidémica por forma a manter, o mais possível, o acesso e a participação dos doentes em programas de reabilitação cardiovascular. Neste sentido, as estratégias a adotar devem ter dois pilares fundamentais: 1) adaptação dos PRC-sessões de condicionamento em centros especializados; e 2) desenvolvimento, implementação e difusão de programas de intervenção não presenciais. Utilizarei, a título de exemplo, algumas das adaptações que tiveram lugar na Unidade de Reabilitação Cardiovascular do Centro Hospitalar São João (CHSJ).

1. Adaptação dos PRC-sessões de condicionamento ao esforço em centros especializados

Com a cessação do estado de emergência no dia 2 de maio de 2020 e no seguimento do Despacho 5314/2020 (DR 7 de

(1) Coordenador do programa de Reabilitação Cardíaca, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital São João, Porto Portugal

Mai de 2020, 2ª série), que determinava a reprogramação e o reinício das atividades assistenciais não urgentes, foi necessário reavaliar, redefinir e validar novos procedimentos e circuitos que possibilitassem o reinício de atividade dos PRC com a máxima segurança para doentes e profissionais. Procedeu-se a uma recolha da escassa informação

disponível, foram realizadas reuniões de trabalho com a Comissão de Infeção do CHSJ e elaborado um documento final definidor de todo o circuito e reorganização que foi superiormente aprovado pela Direção de Serviço, Comissão de Infeção e Conselho de Administração.

Tabela 1 - Admissão do doente na sessão de recondicionamento

Admissão		
Local: gabinete localizada fora da área de tratamento (sala de enfermagem)		
Procedimento		
1. Admitir apenas 1 doente de cada vez na área de admissão		
2. É obrigatório o uso de máscara , pelo menos cirúrgica, por doentes e profissionais durante toda a permanência na Unidade de Reabilitação cardiovascular		
3. Enfermeiro e doente devem fazer desinfeção das mãos com SABA antes de cada procedimento de admissão		
4. Pesquisa e registo sistemático de temperatura corporal por termómetro infravermelho de testa - Temperatura corporal >38,5°C	S	N
5. Pesquisa e registo sistemático de sintomas - Nas últimas 48 horas teve algum destes sintomas?	S	N
Tosse		
Falta de ar		
Dores de garganta		
- Nas últimas 48 horas , teve febre?		
- Nas últimas 48 horas , teve perda de paladar ou cheiro?		
(em caso de alguma resposta sim, não faz sessão e ativado o protocolo interno de encaminhamento e testagem)		
5. O registo dos sinais vitais deve ser feito em papel de uso único que será entregue aos médicos da Unidade no momento da admissão		
6. A limpeza e desinfeção dos equipamentos (esfigmomanómetro, oxímetro transcutâneo, terminal de telemetria) deve ser realizada sempre após cada utilização (espuma/líquido desinfetante)		
7. Após admissão, o enfermeiro acompanha apenas um doente de cada vez , para admissão no setor de recondicionamento ao esforço		

Tabela 2 - Durante a sessão de recondicionamento ao esforço

Organização
<ul style="list-style-type: none"> - Para cumprir um distanciamento mínimo de 2,5 m entre doentes a área mínima de segurança por doente deverá ser de pelo menos 6,25 m² (ou seja, numa área útil de 40 m², devem estar, entre doentes e profissionais, um máximo de 6 pessoas) - Para assegurar o nível assistencial e cumprir o distanciamento pessoal, sempre que possível, os horários de funcionamento das unidades devem ser prolongados e os horários de admissão dos doentes desfasados para minimizar os cruzamentos e ajuntamentos. - Redução da duração do período em tratamento ao mínimo indispensável por forma a aumentar a rotatividade e capacidade de resposta.
Procedimentos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sempre que seja possível deve manter-se a Unidade de Reabilitação arejada, com janelas e portas abertas ou, em caso de impossibilidade, sistema de renovação de ar (com capacidade para 2 renovações completas por hora). 2. Admitir apenas 1 doente de cada vez na área de tratamento. 3. É obrigatório o uso de máscara, pelo menos cirúrgica, por doentes e profissionais durante toda a permanência na Unidade de Reabilitação cardiovascular. 4. À entrada na Unidade o doente deve fazer nova desinfeção das mãos com SABA e repeti-la sempre que termina o exercício em cada um dos equipamentos de treino 5. Os profissionais de saúde, presentes na Unidade, devem proceder à desinfeção dos equipamentos de treino com produto adequado (líquido ou espuma, de acordo com os protocolos locais) nas áreas de contacto manual e receção de eventuais partículas emitidas, sempre que o doente termina o exercício. 6. As bolsas de suspensão de telemetria devem ser usadas de forma individual, sendo retiradas no final da cada sessão e colocadas em solução líquida desinfetante de acordo com as instruções do fabricante.
Equipamento de proteção
<ul style="list-style-type: none"> - Doentes: devem usar máscara cirúrgica durante toda a permanência no Hospital, incluindo no decurso da sessão de tratamento. A máscara deve ser trocada sempre que fique visivelmente húmida pelo suor. - Profissionais de saúde: devem usar máscara, pelo menos cirúrgica, e óculos de proteção/viseira durante toda a sessão de exercício. - Sempre que, por motivos clínicos, algum doente não possa ou não tolere o uso de máscara, poderá ser equacionado o tratamento desde que o mesmo decorra de forma isolada, sejam asseguradas pelo menos 2 renovações completas do ar pelo sistema de extração e os profissionais usem respiradores FFP2 ou N95.

2. Desenvolvimento, implementação e difusão de programas de intervenção não presenciais

No contexto das potenciais restrições ao nível da disponibilidade e acessibilidade a cuidados de saúde em

contexto hospitalar é de prever a necessidade de descentralizar os cuidados das unidades hospitalares mediante o desenvolvimento e implementação de modelos mais flexíveis com maior papel da componente domiciliária do tratamento. Idealmente os PRC domiciliários devem conter as mesmas componentes que os programas convencionais, mas recorrendo a meios de contacto à

distância. Foi já demonstrado que, em doentes de baixo risco, estes modelos de PRC são seguros, exequíveis e igualmente efetivos. Entre as modalidades possíveis destacam-se a teleconsulta, contactos telefónicos periódicos pelos diferentes profissionais, a disponibilização de conteúdos informativos e audiovisuais em websites institucionais (exemplo: <https://reabilitacao.pt/>) e criação de métodos semi-automáticos de envio de SMS/*email* com mensagens motivacionais e educativas.⁶

A incorporação das novas ferramentas no âmbito da telemedicina, nomeadamente a possibilidade de telemonitorização em tempo real com modalidades de videoconferência, permitirá ultrapassar algumas das limitações da ausência de supervisão direta do exercício, da ausência de interação social e *feedback* motivacional fornecido pelos profissionais de saúde e pelos outros doentes.

Referências / References

1. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382:e102.
2. Shi Q, Zhang X, Jiang F, Zhang X, Hu N, Bimu C, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality of COVID-19 patients with diabetes in Wuhan, China: a two-center, retrospective study. *Diabetes Care.* 2020;43:1382-91.
3. Gao C, Cai Y, Zhang K, Zhou L, Zhang Y, Zhang X, et al. Association of hypertension and antihypertensive treatment with COVID-19 mortality: a retrospective observational study. *Eur Heart J.* 2020;41:2058-66.
4. Holman N, Knighton P, Kar P, O'Keefe J, Curley M, Weaver A, et al. Risk factors for COVID-19-related mortality in people with type 1 and type 2 diabetes in England: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8:823-33.
5. Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler AD, Rees K, Martin N, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016:CD001800.
6. European Association of Preventive Cardiology. Recommendations on how to provide cardiac rehabilitation activities during the COVID-19 pandemic. 2020 [accessed Oct 2020]. Available: <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/recommendations-on-how-to-provide-cardiac-rehabilitation-activities-during-the-c>