

Σύνοψη της Φυσικοθεραπευτικής Παρέμβασης σε COVID-19 στο χώρο της Οξείας Φάσης Νοσηλείας: Συστάσεις οδηγιών κλινικού έργου

Ο νέος κορονοϊός SARS-CoV-2 προκαλεί σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού, τη νόσο COVID-19, και είναι ιδιαίτερα μεταδοτικός. Το Επιστημονικό Τμήμα Καρδιοαγγειακής και Αναπνευστικής Φυσικοθεραπείας – Αποκατάστασης (ΕΤΚΑΦΑ) του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (ΠΣΦ) μετέφρασε πρόσφατα τις συστάσεις οδηγιών φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με COVID-19 στο χώρο της οξείας φάσης νοσηλείας (Thomas et al., 2020) (http://www.tkafa.gr/img/enimerosi_files/0659202001586446489100000.pdf). Οι οδηγίες αυτές ενημερώνουν τους φυσικοθεραπευτές και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό για το ρόλο της φυσικοθεραπείας στην οξεία φάση νοσηλείας, τη διαχείριση ασθενών με επιβεβαιωμένο ή/και με υποψία COVID-19 και τον ατομικό εξοπλισμό προστασίας που απαιτείται αυτοί να διαθέτουν κατά τη διάρκεια της φυσικοθεραπείας. Παρακάτω ακολουθεί μια σύνοψη αυτών των διεθνών συστάσεων που ετοιμάστηκε από το ΕΤΚΑΦΑ ΠΣΦ.

Σύμφωνα με τις συστάσεις σχεδιασμού δράσης και προετοιμασίας των κλινικών φυσικοθεραπευτών, θα πρέπει οι τελευταίοι να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις για να εργαστούν στη ΜΕΘ. Αρχικά απαιτείται να απογραφεί ο εξοπλισμός της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας, της κινητοποίησης, της άσκησης και της αποκατάστασης με σκοπό να καθοριστεί η διαδικασία κατανομής του, ώστε να αποτραπεί η μετακίνησή του μεταξύ μολυσματικών και μη μολυσματικών περιοχών του νοσοκομείου.

Οι ασθενείς με COVID-19 εμφανίζουν συμπτωματολογία παρόμοια με τη γρίπη και τη λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, ενώ τα ποσοστά εισαγωγής τους στη ΜΕΘ για μηχανική υποστήριξη της αναπνοής είναι υψηλά. Η αναπνευστική και μυοσκελετική φυσικοθεραπεία σε ασθενείς με COVID-19 είναι ωφέλιμη. Παρόλα αυτά φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να παρέχονται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις, ώστε να ελαχιστοποιείται η έκθεση του προσωπικού σε ασθενείς με COVID-19. Η μη αναγκαία παρέμβαση στο χώρο απομόνωσης αυτών των ασθενών συνεπάγεται «σπατάλη» του ατομικού εξοπλισμού προστασίας (ΑΕΠ) του νοσοκομείου. Η παραπομπή φυσικοθεραπείας για κάθαρση του αεραγωγού δύναται να γίνεται σε ασθενείς με ήπια συμπτώματα, ή/και πνευμονία και με κλινικά στοιχεία εξιδρωματικής πύκνωσης, ή/και αδυναμία κινητοποίησης εκκρίσεων από τους ίδιους (λ.χ. αδύναμος, μη αποτελεσματικός, υγρός βήχας, ψηλαφητές δονήσεις παραγόμενες κατά τη δίοδο του αέρα από μεγάλο βρόγχο πλήρη βλέννας, υγρός ήχος ακρόασης, ρεγχάζοντες ρόγχοι). Οι φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν: (α) τεχνικές καθαρισμού των αεραγωγών, (β) μη επεμβατικό μηχανικό αερισμό (NIV) και αναπνοή θετικής εισπνευστικής πίεσης (IPPB), (γ) τεχνικές διευκόλυνσης απομάκρυνσης των εκκρίσεων, (δ) τοποθέτηση σε διάφορες θέσεις των ασθενών με σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια σχετιζόμενη με COVID-19, συμπεριλαμβανομένης και της πρηνής θέσεως, μιας και

διεθνείς έρευνες αναφέρουν ότι ο πρηνής αερισμός είναι αποτελεσματική στρατηγική σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς και (ε) πρώιμη κινητοποίηση και άσκηση εξαιτίας της ανάπτυξης μυϊκής αδυναμίας αποκτηθείσας στη ΜΕΘ (όταν αυτή είναι ασφαλής με ατομική χρήση εξοπλισμού). Ο φυσικοθεραπευτής δύναται να εκτελέσει ασκήσεις εύρους τροχιάς των αρθρώσεων, παθητικές, ενεργητικές υποβοηθούμενες ενεργητικές ή με αντίσταση, τοποθέτηση σε καθιστική θέση – ισορροπία, κάθισμα εκτός κρεβατιού, ορθοστάτιση, βάδιση, τοποθέτηση σε ορθοστάτη τύπου tilt table, χρήση ανυψωτήρων ορθοστάτισης με στόχο τη διατήρηση ή βελτίωση της ακεραιότητας και του εύρους τροχιάς των αρθρώσεων, της μυϊκής ισχύος, κλπ. Επίσης οι φυσικοθεραπευτές έχουν αναπόσπαστο ρόλο στη διαχείριση ασθενών με τραχειοστομία.

Εξαιτίας κινδύνου δημιουργίας αερογενούς μετάδοσης της νόσου κατά τη διάρκεια της φυσικοθεραπείας απαιτείται να εκτιμάται ο κίνδυνος της κάθε παρέμβασης και να εξασφαλίζεται ο αντίστοιχος ενδεικνύμενος ΑΕΠ, καθώς και τα μέτρα αναπνευστικής προστασίας για το βήχα, όπως στροφή της κεφαλής του ασθενούς από την αντίθετη πλευρά του βήχα και απόχρεμψη ή «παγίδευση» του βήχα με μαντήλι, ή/και όταν είναι εφικτό ο φυσικοθεραπευτής να βρίσκεται σε απόσταση ≥ 2 μέτρων από τον ασθενή και μακριά από τη «ζώνη έκρηξης» του βήχα του.

Σε ασθενείς με COVID-19 δεν υπάρχουν ενδείξεις χρησιμότητας του σπιρόμετρου κινήτρου. Επαναχρησιμοποιούμενος αναπνευστικός εξοπλισμός θα πρέπει να αποφεύγεται κατά το δυνατό. Οι φυσικοθεραπευτές δεν θα πρέπει να εφαρμόζουν εφύγραση χωρίς τη συμβουλή και τη σύμφωνη γνώμη κάποιου ιατρού. Γενικά, διαδικασίες παραγωγής αερολύματος δημιουργούν αερομεταφερόμενο κίνδυνο μετάδοσης του ιού και δεν συνιστάται η χρήση νεφελοποιημένων παραγόντων για τη θεραπεία μη διασωληνωμένων ασθενών με COVID-19, καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος μετάδοσης της λοίμωξης στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση. Η συνήθης χρήση του μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού (NIV) δεν συνιστάται. Συνιστώνται οι κλειστού τύπου καθετήρες αναρρόφησης, ενώ η οποιαδήποτε αποσύνδεση του ασθενούς από τον αναπνευστήρα για λήψη δείγματος βρογχικών εκκρίσεων θα πρέπει να αποφεύγεται. Εάν απαιτούνται φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τη διευκόλυνση της λήψης δείγματος θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν αερογενείς προφυλάξεις. Η διαχείριση των δειγμάτων πτυέλου θα πρέπει να γίνει σύμφωνα με τις οδηγίες του εκάστοτε νοσοκομείου.

Για τα επιβεβαιωμένα κρούσματα, τα ελάχιστα μέτρα προφύλαξης από σταγονίδια είναι η χρήση μάσκας N95/P3, η αδιάβροχη μακρυμάνικη φόρμα, γυαλιά/ασπίδα προσώπου, γάντια, κάλυμμα μαλλιών και αδιάβροχα παπούτσια. Να εφαρμόζεται η διαδικασία ένδυσης και απομάκρυνσης του ΑΠΕ βήμα προς βήμα, σύμφωνα με τις οδηγίες που υπάρχουν ανά νοσοκομείο. Τέλος τα δωμάτια αρνητικής πίεσης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την απομόνωση ασθενών ικανών να διασπείρουν την αερομεταφερόμενη μόλυνση.