

Recomandări privind managementul fizioterapiei pacienților cu COVID-19 în terapie intensivă

Versiunea 1 din 19/03/2020

Consiliul științific al Societății de fizioterapie pentru resuscitare: Pierre Maffei (Marsilia), Marie-Hélène Houzé (Paris), Anne Freynet (Bordeaux), Ingrid Koube (Bruxelles), Cheryl Hickmann (Bruxelles), Aldjia Abdellaoui (Montpellier), Pauline Wild (Pontoise), Jean Christophe Villiot-Danger (Briançon), Roberto Martinez-Alejos (Montpellier), Muriel Lemaire (Bruxelles), Matthieu Reffienna (Suresnes)

Cu sprijinul Colegiului Național de Fizioterapie Salarizată

Autorul corespondent Matthieu Reffienna: m.reffienna@hopital-foch.com Sub
responsabilitatea președintelui SKR, Carlos Diaz.

Situațiile excepționale de sănătate sunt definite ca apariția unor evenimente neobișnuite sau nerecunoscute, care depășesc gestionarea de rutină a alertelor în ceea ce privește amploarea lor, gravitatea lor în termeni de impact asupra sănătății populațiilor sau asupra funcționării sistemului de sănătate, până la criză.

OMS a calificat pandemia globală legată de SARS-CoV-2.

Organizația de sănătate în fața apariției SARS-CoV-2 se bazează pe planul ORSAN REB, care poate fi implementat în spitale sub forma unui plan alb. Aceasta implică alegeri etice informate de raportul beneficiu-risc pentru a se adapta, coordona și economisi resurse umane și materiale.

Astfel, aceste recomandări urmăresc să ghideze practicienii fizioterapeuți în deciziile lor, atât din punct de vedere al beneficiului-risc pentru pacient, dar și pentru ei înșiși, în strânsă colaborare cu toți actorii.

1. Introducere

În ciuda naturii fără precedent și serioase a situației actuale în Franța și în Europa, este important să considerăm pacienții cu COVID-19 ca fiind asemănătoare cu pacienții din sindromul de distres respiratorie acut „clasic” din punct de vedere fizioterapeutic.

Având în vedere severitatea inițială a pacienților și managementul medical agresiv (sedare și curăție), acești pacienți prezintă un risc ridicat de a dezvolta Neuro-Miopatie

Acută în Reanimare (NMAR) în timpul spitalizării lor [1]. Acest lucru poate agrava morbiditatea și mortalitatea lor și prognosticul lor vital și funcțional pe termen lung [2].

Prin urmare, pacienții care supraviețuiesc SARS-CoV-2 riscă să ocupe paturi de terapie intensivă în faza de retragere ventilatorie și recuperare motorie. Prin urmare, este esențial să se anticipeze pentru a limita severitatea RAMN-urilor și a promova recuperarea rapidă a motricității pentru a elibera paturile care sunt esențiale pentru alți pacienți.

Arborele decizional pentru modalitățile de reabilitare se poate baza pe protocolul descris de Hickmann și colab. [3] (a se vedea anexa 1). Această reabilitare trebuie efectuată întotdeauna în conformitate cu prescripțiile medicale zilnice.

În cele din urmă, gestionarea pacienților cu COVID-19 nu ar trebui să fie în detrimentul reabilitării altor pacienți de reanimare. Fizioterapeutul trebuie să fie forța motrice a echipei medicale și paramedicale, astfel încât tratamentul de fizioterapie să rămână optim în aceste condiții particulare de muncă.

2. Igiena personalului și a materialelor

Gestionarea pacienților suspecți sau infectați cu COVID-19 necesită o listă de echipamente de protecție obligatorii:

- masca FFP2
- Halat impermeabil cu mâneci lungi
- Ochelari anti-proiecție
- Perechea de mănuși de nitril
- Calota

Fizioterapeuții trebuie să stăpânească fazele de îmbrăcare și dezbrăcare pentru a evita orice contaminare și transmitere (a se vedea anexa 2). Fiecare ieșire din cameră trebuie să fie însoțită de o simplă spălare a mâinilor cu săpun ușor și apoi, după uscare completă, prin dezinfectare prin frecare cu un produs hidro-alcoolic. Conform recomandărilor locale și prin respectarea corectă a măsurilor de precauție și a măsurilor de igienă, nu este interzis ca fizioterapeutul care a avut grijă de un pacient COVID-19 să poată avea grijă de alți pacienți neinfecțați. Cu toate acestea, din punct de vedere logistic și, dacă este posibil din punct de vedere al resurselor umane, poate fi recomandat unor fizioterapeuți să se ocupe exclusiv de pacienții cu COVID +. În ceea ce privește materialele folosite în reabilitare aduse în camera pacienților COVID-19, acesta trebuie să fie supus unei duble curățări bio, complet cu un detergent / dezinfectant care respectă standardul EN 14476 [4]. Dacă este posibil, ar fi de preferat să se aloce echipament de reabilitare pentru utilizarea exclusivă a unităților COVID + pentru a reduce riscul de transmitere la pacienții negativi.

3. Managementul pacientului neintubat

3.1 Kinetoterapie motrica

Gestionarea motricului depinde în principal de stabilitatea respiratorie și de necesitățile de oxigen. Dacă starea lor le permite, pacienții pot fi instalați pe un scaun, pot face ședințe de cicloergometru și verticalizați regulat pentru a promova ventilația și a păstra masa musculară. Din cauza riscului de răspândire semnificativă a virusului, plimbarea în afara camerei în acest stadiu nu este recomandată. Aceste sesiuni se vor desfășura cu criterii riguroase de monitorizare, în special cele respiratorii.

3.2 Kinetoterapie respiratorie

Congestia bronșică este neobișnuită în tabloul clinic al pacienților cu COVID-19 (33,7% în cohorta de Guan et al [5]). Prin urmare, fizioterapia respiratorie nu trebuie prescrisă în mod sistematic.

Având în vedere instabilitatea clinică a pacienților în această fază inițială și necesitățile semnificative de oxigen, echilibrul risc-beneficiu înainte de fiecare sesiune trebuie să fie bine evaluat. Atunci când desfășurați o ședință, trebuie acordată o atenție specială echipamentului de protecție din cauza riscului semnificativ de proiecție a picăturilor din partea pacientului.

Cel mai bine este să vă limitați la tehnici non-instrumentale (exercitii respiratorii pentru creșterea capacității pulmonare). Datorită riscului semnificativ de aerosolizare, nu sunt recomandate exsuflații mecanice, spirometrie de stimulare, IPPB, percuție și sisteme PEP [6].

În același mod, se recomandă cu tărie să se limiteze prezența în camerele pacienților, în special în timpul ședințelor de terapie cu aerosoli, ventilație non-invazivă sau oxigenoterapie cu flux ridicat.

4. Managementul pacientului intubat

4.1 Kinetoterapie motrica

Pentru a încerca să limiteze severitatea NMAR și a complicațiilor legate de decubit, este recomandabil, de îndată ce starea lui permite (stabilitatea hemodinamică și respiratorie), să se mobilizeze pasiv în conformitate cu recomandările SKR și SRLF [7].

Dacă volumul de muncă face necesară prioritizarea îngrijirii, atunci este mai bine să favorizezi reabilitarea cu pacienții aflați deja în faza de recuperare activă. Din faza de ridicare a sedării, trebuie căutată participarea pacientului pentru a începe o reabilitare activă (mobilizări active, marginea patului, scaunul, cicloergometrul etc.). Un „scor sumar al MRC” trebuie efectuat cât mai curând posibil și în mod regulat pentru a evalua severitatea și recuperarea NMAR.

4.2 Kinetoterapie respiratorie

Deoarece COVID-19 este o afectare interstițială, având în vedere literatura de specialitate și echilibrul risc-beneficiu pentru pacienți, nu există nicio indicație de a efectua sesiuni de decongestie bronșică la pacienții intubați [8]. Acest lucru poate fi discutat de la caz la caz în cazul unei suprainfecții bronșice.

Pe de altă parte, prin expertiza sa, fizioterapeutul își are locul în realizarea sesiunilor de DV.

În starea actuală de cunoștințe, nu există nicio perspectivă necesară asupra retragerii ventilatoare a pacienților cu COVID-19. Cu toate acestea, după ce sedarea a fost ridicată și pacienții s-au trezit corect, screeningul de extubare trebuie efectuat zilnic. Testul de respirație spontană ar trebui să fie efectuat probabil în AI 7cmH₂O și PEP 0cmH₂O, și nu într-o piesă T pentru a evita deschiderea circuitului ventilatorului.

Raportul de încetare a ventilației mecanice trebuie să caute în mod clasic capacitatea pacientului de a se deconecta singur (evaluarea tusei calitative și / sau cantitative, precum și a cantității de secreții), a stării sale neurologice, precum și a capacităților sale motorii ("CRM"). scor sumar ", presiune inspiratorie maximă, ecografie diafragmatică). Dacă fizioterapeutul este implicat în extubare [8], poate fi indicat să opriți ventilatorul mai întâi înainte de a dezumfla balonul și a extuba pacientul.

5. Managementul pacientului extubat

5.1 Kinetoterapie motrica

Intensitatea kinetoterapiei motorii a pacientului extubat trebuie să fie maximă pentru a permite o recuperare rapidă a pacientului pentru a elibera un pat de spital în terapie intensivă.

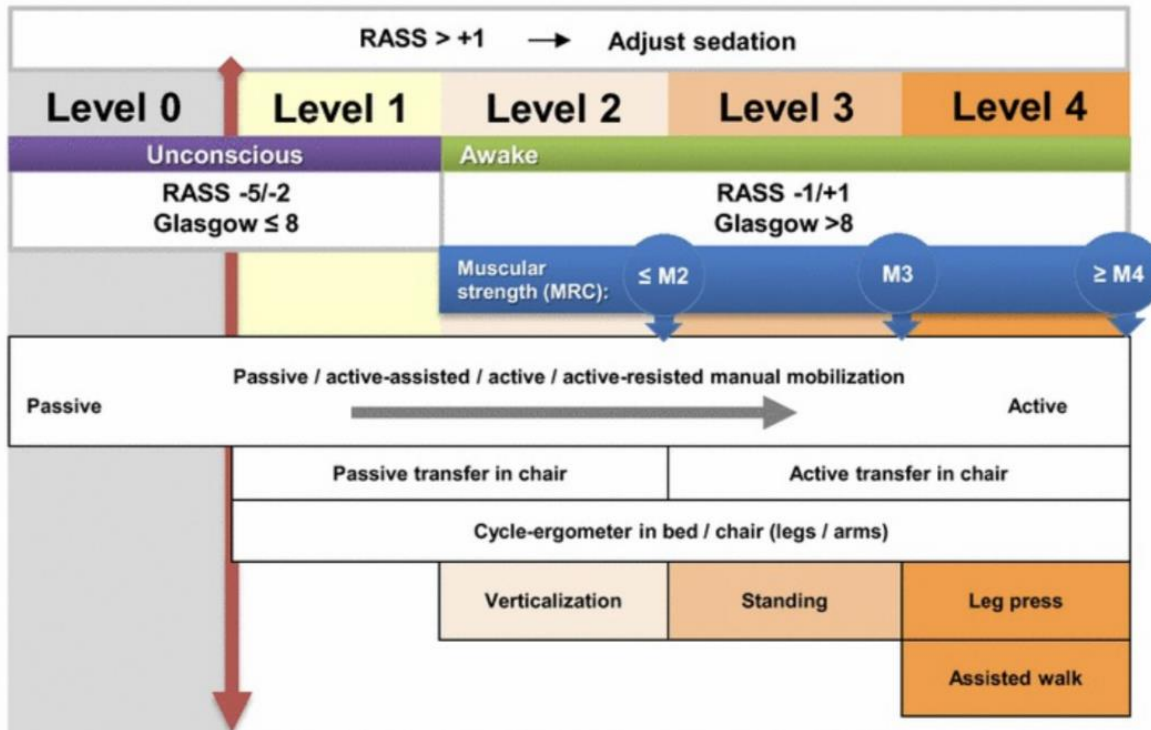
Instalarea pe scaun trebuie făcută cât mai curând posibil. Trebuie utilizate mijloace convenționale de reabilitare: cicloergometru, electrostimulare, verticalizare etc. Plimbarea este posibilă în afara camerei cu condiția respectării anumitor reguli esențiale de igienă (mască chirurgicală în special pentru pacient).

5.2 Kinetoterapie respiratorie

În post-extubare, fizioterapeutul poate ajuta pacientul la declanșare, dacă este necesar. Dacă sunt efectuate sesiuni de ventilație neinvazivă, el poate participa la instalarea și optimizarea setărilor. Spre deosebire de practica obișnuită, ventilatorul trebuie să fie pornit și oprit doar atunci când masca este instalată pe fața pacientului [4].

Early mobilization protocol










M. Patri, CE. Hickmann, E. Bialais, J. Dugemier, P-F Laterre, J. Roeseler
Intensive care unit, Saint Luc university hospital, Brussels.



Contraindications of early mobilization (level 1 to 4)






- Acute myocardial infarction (confirmed by ECG)
- Active bleeding
- Increased intracranial pressure with major instability
- Spine or pelvis instable fracture
- Therapy withdrawal

Phase de déshabillage :

Etape 1 retirer le tablier (jeté comme chaque élément de la protection en DASRI) 	
Etape 2 retirer les gants 	Etape 3 : Friction hydro-alcoolique 
Etape 4 : retirer la surblouse 	Etape 5 : Friction hydro-alcoolique 
Etape 6 : retirer les lunettes et les placer dans un container de désinfection 	Étape 7 : Friction hydro-alcoolique 
Etape 8 : retirer masque et charlotte 	Etape 9 : Friction hydro-alcoolique 

8.2 Procédure d'habillage (Exemple de la procédure d'habillage en réanimation MIR R3S de la Pitié-Salpêtrière)

Phase d'habillage :

Etape 1 : Charlotte	
Etape 2 : Masque FFP2 Penser à réaliser un fit-check	  Une fois des soins réalisés dans une chambre, veiller à ne plus toucher le masque ou la charlotte (Si contact : réaliser une FHA ou un lavage des mains)
Etape 3 : Friction hydro-alcoolique	
Etape 4 : Lunettes de protection	
SOINS A RIQUE DE PROJECTION (intubation, LBA, kiné respiratoire, change, toilette)	AUTRES SOINS

Etape 5 : Surblouse enduite 	Etape 5 : Surblouse bleu plus Tablier 
Etape 6 : Gants à manchette 	Etape 6 : Gants 