

Med Q

Therapien

Ambulante Physiotherapeutische Rehabilitation nach COVID-19 Erkrankung

Peter Suter

Was wissen wir über COVID-19 was für die Rehabilitation relevant sein kann

- 80% milde Symptome, 15% schwere Symptome, 5% Intensivpflichtig
- Respiratorische Symptome (schwere Pneumonie/ARDS) sind häufigster Grund für ICU-Aufenthalt
- Viele Patienten haben Komorbiditäten
- Fatigue ist ein häufiges Symptom (40%)
- 75-80% haben verlängerten Aufenthaltsdauer im Spital
- Patientinnen und Patienten nach schweren Pneumonien/ARDS zeigen kognitive Einschränkungen (Erinnerung, Exekutive Funktionen)
- Pulmonale Rehaprogramme verbessern die Leistungsfähigkeit nach schweren Pneumonien/ARDS
- Patienten mit ICU-Aufenthalt hatten/haben oft auch akute Nieren-, Herz-, Leberprobleme

REPORT OF AN AD-HOC INTERNATIONAL TASK FORCE TO DEVELOP AN EXPERT-BASED OPINION ON EARLY AND SHORT-TERM REHABILITATIVE INTERVENTIONS (AFTER THE ACUTE HOSPITAL SETTING) IN COVID-19 SURVIVORS (version April 3, 2020) Martijn A. Spruit et al.
Rehabilitation for Patients with COVID-19 Guidance for Occupational Therapists, Physical Therapists, Speech-Language Pathologists, and Assistants <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2020/04/Rehabilitation-for-Patients-with-COVID-19-Apr-08-2020.pdf>

Was wissen wir relevantes über die Rehabilitation von COVID-19 Patienten

- Unbekannt wieviele Patienten physisch, funktionell, kognitiv, emotional oder psychisch Behandlung benötigen
- Unbekannt welche Patienten welche Unterstützung benötigen
- Unbekannt wieviele Patienten noch respiratorische Symptome haben wie Atemnot, (Reiz-)Husten (bei tiefer Inspiration/Anstrengung), Engegefühl, muskuloskelettale Thorax-Sz
- Empfohlen sind Assessments durchzuführen, die
 - Leistungsfähigkeit
 - Muskelfunktion
 - Gleichgewicht beurteilen
- Unklar wie Patienten auf ein Training reagieren
- Unklar wieviele Patienten Ruhedyspnoe oder Belastungsdyspnoe haben, respektive Ruhe- oder Belastungsdesaturation
- Für die ersten 6-8 Wochen nur geringe körperliche Aktivität (Borg \leq 3/10), wenn kein Assessment gemacht wurde
- Trainingsprinzipien wie sie für chron. Pulmonale Erkrankungen (COPD, Asthma, IPF) angewendet werden, können in Betracht gezogen werden für COVID-19

Physioprogramm 1

- PatientenKG im Ismed v.a. Nebendiagnosen, Lungenfunktion
- Befund/Atembefund
- Assessment:
 - 6MWT
 - Jamar Handkraft
 - Short Physical Performance Battery (Tandemstand, 4 Meter Gehen, 5xSTS)
 - ChronicRespiratoryQuestionnaire (CRQ)
- Auffällige Gleichgewichtsstörungen => Sturzassessment
I:\MQ\TH_Mitarbeiter\Wissen (Eigner_Praxisentwicklung)\Sturz
- Schlucken (wenn Patient intubiert oder tracheotomiert war) => nachfragen
ob Schluckbeschwerden bestehen => Arzt/Logo

Physioprogramm 2

- Atempinstruktion/-schulung
- Dyspnoemanagement/Verhaltensschulung/Entlastungsstellungen
- Aerobes Ausdauertraining:
 - Laufband/Ergometer
 - Konstant oder Intervall (30 Sek/30Sek oder 60Sek/60Sek)
 - 20-25 Minuten
 - Borg 4 bis \leq 6/10
- Krafttraining:
 - OE: Pull, Push, Row
 - UE: Leg Press, ABD/ADD, Quadrizeps/Ischios
 - 8-12 Wiederholungen/2-3 Serien
 - Borg 4 bis \leq 6/10
- Bei Bedarf
 - Behandlung muskuloskelettaler Probleme
 - Gleichgewichtstraining
 - Inhalationskontrolle
 - Sekretmobilisation
 - Heimprogramm individuell

Trainingsüberwachung

- Objektiv:
 - SpO₂ => < 90% in der Belastung => O₂ nasal 2lt
 - Tachypnoe
 - HF
 - (Blutdruck)
 - Vegetative Zeichen
- Subjektiv:
 - Borg

Sicherheit / Hygieneregeln

- **Voraussetzung: COVID-19 negativer Abstrich (gewährleistet durch Infektiologie/Pneumologie)**
 - Wird vom Support Center überprüft resp. gemeldet
- Aktuelle Hygieneregeln gelten weiterhin
 - Zur Ateminstruktion/Ventilationsverbesserung => keine zusätzlichen Hygienemassnahmen
 - Wird explizit Sekretmobilisation durchgeführt ist ein Einzelraum zu buchen und gelten die Massnahmen wie beschrieben auf *Folie 8 Präsentation Wiederaufnahme ambulante ergotherapeutische und physiotherapeutische Therapie*)
- Notfallkonzept/Rea gilt wie für alle Patienten
- Kontakt bei Fragen/Ereignissen
 - PD Dr. NN