

# Menaxhimi i Fiziotherapisë për COVID - 19 në Rrethana Akute të Spitalit:

## Rekomandime për të udhëhequr praktikën klinike

Verzoni 1.0  
23 mars 2020

Qasja e hapur:

<https://www.journals.elsevier.com/journal-of-physiotherapy>

Miraturar nga:



World Confederation  
for Physical Therapy



ICCrPT  
INTERNATIONAL CONFEDERATION OF  
OCCUPATIONAL PHYSICAL THERAPISTS



AUSTRALIAN  
PHYSIOTHERAPY  
ASSOCIATION



Canadian  
Physiotherapy  
Association

Association  
canadienne de  
physiothérapie



ASSOCIAZIONE RIABILITATORI  
DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA



ACPRC



PHYSICAL THERAPY IN BELGIUM



Société de Kinésithérapie de Réanimation



SHOQATA SHQIPTARE E FIZIOTERAPISTËVE  
ALBANIAN ASSOCIATION OF PHYSIOTHERAPISTS

<b>TITULLI:</b>	<b>Menaxhimi i fizioterapisë për COVID - 19 në rrethana akute të spitalit: Rekomandime për të udhëhequr praktikën klinike</b>
<b>PËRSHKRIMI DHE OBJEKTIVAT:</b>	Ky dokument përshkruan rekomandimet për menaxhimin e fizioterapisë për COVID-19 në rrethana akute të spitalit. Ai përfshin rekomandime për planifikimin dhe përgatitjen e fuqisë punëtore të fizioterapisë, një mjet ekzaminimi për përcaktimin e kërkesave të fizioterapisë, rekomandime për zgjedhjen e trajtimeve të fizioterapisë dhe pajisjeve mbrojtëse personale.
<b>AUDIENCA E SYNUAR:</b>	Fizioterapeutë dhe palë të tjera relevante që kanë të bëjnë me kujdesin në rrethana akute për pacientët e rritur me COVID-19 të dyshuar dhe/ose të konfirmuar
<b>NUMRI I VERZIONIT:</b>	1,0
<b>DATA E PUBLIKIMIT:</b>	23 mars 2020
<b>AUTORË:</b>	Peter Thomas Claire Baldwin Bernie Bissett Ian the Boden Rik Gosselink Catherine L. Granger Carol Hodgson Alice YM Jones Michelle E Kho Rachael Moses George Ntoumenopoulos Selina M. Parry Shane Patman Lisa van der Lee
<b>PËRKTHIMET:</b>	Në zhvillim (Portugalisht, Spanjisht, Frengjisht, Holandisht, Greqisht, Kinezisht)

## **Mohimi i përgjegjësisë dhe e drejta e autorit**

Një ekip ndërkombëtar i studiuesve dhe klinikëve ekspertë në fushën e kujdesit intensiv dhe fushave akute kardio-respiratore kanë hartuar këto rekomandime. Rekomandimet janë të destinuara për t'u përdorur vetëm tek të rriturit. Ky dokument është krijuar duke përdorur udhëzimet ekzistuese mjekësore, literaturën përkatëse dhe mendimin e ekspertëve. Autorët kanë bërë përpjekje të konsiderueshme për të siguruar që informacioni i përfshirë me rekomandimin është i saktë në kohën e publikimit. Përsëritjet e mëtutjeshme të këtyre udhëzimeve do të publikohen me paraqitjen e informacioneve të reja. Informacioni i përfshirë në këtë dokument nuk ka për qëllim të zëvendësojë politikat institucionale vendore dhe nuk duhet të zëvendësojë arsyetimin klinik për menaxhimin individual të pacientit. Autorët nuk janë përgjegjës për saktësinë, informacionin që mund të perceptohet si mashtrues ose plotësinë e informacionit në këtë dokument. Grupi i udhëzuesve do të rishikojë dhe azhurnojë këtë udhëzim brenda 6 muajsh, ose nëse dalin prova të reja të rëndësishme që ndryshojnë rekomandimet e përfshira këtu.

Kjo vepër mbrohet nga e drejta e autorit. Mund të riprodhohet në tërësi ose pjesë për qëllime studimi ose trajnimi, nënshtruar përfshirjes së një konfirmimi të burimit. Nuk mund të riprodhohet për përdorim tregtar ose shitje. Riprodhimi për qëllime të ndryshme nga ato të përfshira më lart duhet të ketë leje me shkrim nga Dr. Peter Thomas me email: [PeterJ.Thomas@health.qld.gov.au](mailto:PeterJ.Thomas@health.qld.gov.au)

## **Citimi i kësaj vepre**

Ne kërkojmë që ju t'ia atribuoni këtij botimi dhe çdo material që rrjedh prej tij citimet si më poshtë: Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, Hodgson CL, Jones AYM, Kho ME, Moses R, Ntoumenopoulos G, Parry SM, Patman S, van der Lee L (2020): Menaxhimi i fizioterapisë për COVID - 19 në rrethana akute të spitalit. Rekomandimet për udhëheqjen e praktikës klinike. Verzioni 1.0, publikuar më 23 mars 2020. Revista e Fizioterapisë.

## **Menaxhimi i konfliktit të interesit**

Të gjithë anëtarët e panelit udhëzues plotësuan një formular të Organizatës Botërore të Shëndetit (OBSh) për konfliktin e interesit (KI). KI-të e drejtpërdrejta financiare dhe të lidhura me industrinë nuk janë lejuar dhe janë konsideruar skualifikuese. Zhvillimi i këtij udhëzimi nuk përfshin ndonjë kontribut, financim ose kontribut financiar ose jofinanciar të industrisë. Asnjë anëtar i panelit udhëzues nuk ka marrë ndonjë honorar ose pagesë për ndonjë rol në procesin e zhvillimit të udhëzimit. Ne diskutuam në mënyrë të hapur konfliktet e interesit, përfshirë ata që kanë marrë grante në lidhje me rehabilitimin e ICU (CH, MK, SMP) ose kanë marrë financime nga industria për kërkime në HFNC (IB); sepse asnjë nga këto projekte nuk përfshinte në veçanti COVID-19, grupi u pajtua se nuk kishte konflikte relevante të interesit.

## GRUPI I AUTORËSISË SË UDHËZIMIT PËR FIZIOTERAPI GJATË PANDEMISË COVID-19:

Emri	Kualifikimet	Titulli dhe bashkëpunimet
<b>Peter Thomas</b>	PhD, BPhy (Hons); FACP	Fizioterapeut Konsulent dhe Drejtues i Ekipit - Kujdes Kritik dhe Kirurgji e Përgjithshme, Departamenti i Fizioterapisë, Royal Brisbane dhe Spitali i Grave, Brisbane, Australi
<b>Claire Baldwin</b>	PhD, B. Fizio (Hons)	Ligjëruese për Fizioterapi, Instituti i Kujdesit Futures, Kolegji i Infermierisë dhe Shkencave të Shëndetit, Universiteti Flinders, Adelaide, Australi
<b>Bernie Bissett</b>	PhD, BAppSc (Fizio) (Honours)	Profesor i Asociuar dhe Udhëheqës në Disiplinën e Fizioterapisë, Universiteti i Canberra, Fizioterapeut Akademik Mysafir, Spitali i Canberra, Australi
<b>Ianthe Boden</b>	Kandidat për PhD, MSc, BAppSc (Fizio)	Fizioterapeut Udhëheqës i Klinikës Kardio-respiratore, Spitali i Përgjithshëm Launceston, Tasmani, Australi
<b>Rik Gosselink</b>	PT, PhD, FERS	Profesor në Shkencat e Rehabilitimit, Fizioterapeut Specialist për Frymëmarrje, Departamenti i Shkencave të Rehabilitimit, KU Leuven, Belgjikë; Departamenti i Kujdesit Kritik, Spitalet Universitare Leuven, Belgjikë
<b>Catherine L Granger</b>	PhD, B. Fizio (Hons), Certifikata e Gradës për Mësimdhënie Universitare	Profesor i Asociuar Departamenti i Fizioterapisë, Universiteti i Melburnit, Australi
<b>Carol Hodgson</b>	PhD, FACP, BAppSc (PT), MPhil, PGDip (cardio)	Profesoreshë dhe Zëvendës Drejtoreshë, Qendra e Kujdesit Intensiv të Australisë dhe Zelandës së Re, Universiteti Monash, Fizioterapeut NjKI, Alfred Health, Australi
<b>Alice YM Jones</b>	PhD, FACP, MPhil, MSc (arsimi i lartë), Cert PT	Profesoreshë e Angazhuar, Shkolla e Shëndetit dhe Shkencave të Rehabilitimit, Universiteti i Queensland Profesor i Angazhuar, Disiplina e Fizioterapisë, Fakulteti i Shkencave të Shëndetit, Specialist në Universitetin e Sidneit në fizioterapi kardiopulmonare

<b>Michelle E Kho</b>	PT, PhD	Profesoreshë e Asociuar, Shkolla e Shkencës së Rehabilitimit, Universiteti McMaster në Kanada Fizioterapeute, St Joseph's Healthcare, Hamilton, ON, Kanada Klinike-Shkencëtare, Instituti i Kërkimeve të St Joe's, Hamilton, ON, Kanada Kryesuese e Kërkimeve në Kanada për Rehabilitimin në Kujdesin Kritik dhe Përkthimin e Njohurive
<b>Rachael Moisiu</b>	BSc (Hons), PT, MCSP	Fizioterapeute Respiratore dhe Konsulente, Spitalet Mësimore Lancashire, Mbretëria e Bashkuar
<b>George Ntoumenopoulos</b>	PhD, BAppSc, BSc, Grad Dip Clin Epid	Konsulent Fizioterapeut në Kujdesin Kritik, Spitali St Vincent, Sidnej, Australi
<b>Selina M Parry</b>	PhD, B. Fizio (Hons), Certifikata e Gradës për Mësimdhënie Universitare	Ligjëruese e Lartë, Udhëheqëse Kardiorespiratore Dame Kate Campbell Fellow & Sir Randal Heymanson Fellow Departamenti i Fizioterapisë, Universiteti i Melburnit, Australi
<b>Shane Patman</b>	PhD; BAppSc (Fizio); MSc; Certifikuar për Mësimdhënie Universitare; Udhëheqja dhe Menaxhimi i Certifikimit NFP; FACP; GAICD	Dekan i Asociuar (Koordinator i Programeve) Profesor i Asociuar & Drejtues i Drejtimit të Fizioterapisë Kardio-respiratore, Shkolla e Fizioterapisë, Universiteti i Notre Dame, Perth, Australi
<b>Lisa van der Lee</b>	Kandidat për PhD, BSc (Fizio)	Fizioterapeute e Lartë, Njësia e Kujdesit Intensiv, Spitali Fiona Stanley, Perth, Australi Perëndimore

**FALËNDERIME:**

Kjo punë është përshtatur nga një udhëzues i përgatitur fillimisht nga Dr Peter Thomas dhe u miratua nga Rrjeti i Fizioterapisë Kardio-respiratore në Queensland. QCRPN ka qenë e përfshirë në hartimin e punës dhe zhvillimin e deklaratave. Përfaqësuesit e përfshirë:

- Alison Blunt, Spitali Princesha Alexandra, Australi; Universiteti Katolik Australian, Australi
- Jemima Boyd, Spitali Bazë i Cairns, Australi
- Tony Cassar, Spitali Princesha Alexandra, Australia
- Claire Hackett, Spitali Princesha Alexandra, Australi
- Kate McCleary, Spitali Universitar i Sunshine Coast, Australi
- Lauren O'Connor, Spitali Universitar i Gold Coast, Australi; Kryetar i QCRPN-së.
- Helen Seale, Spitali Prince Charles, Australi
- Dr Peter Thomas, Spitali i Grave dhe Royal Brisbane, Australi.
- Oystein Tronstad, Spitali Prince Charles, Australi
- Sarah Wright, Spitali i Fëmijëve në Queensland, Australi

## DOKUMENTE KRYESORE NDËRKOMBËTARE LIDHUR ME KËTË UDHËZUES:

Udhëzimet e mëposhtme brenda fushës kanë dhënë informata drejtpërdrejt për hartimin e këtij botimi:

- **Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH):** Menaxhimi klinik i infeksioneve të rënda akute të frymëmarrjes kur dyshohet për infektion me koronavirus të ri (2019-nCoV) Udhëzimi i Përkohshëm V1.2. 13 mars 2020. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Numri i referencës i OBSH-së WHO/2019-nCoV/klinike/2020.4
- **Shoqëria e Mjekësisë së Kujdesit Kritik (ShMKK) dhe Shoqëria Evropiane e Mjekësisë së Kujdesit Intensiv (ShEMKI):** Alhazzani, et al (2020): Fushata për mbijetesën nga sepsa: Udhëzime për Menaxhimin e të Rriturve në Gjendje Kritike me Sëmundjen e Koronavirusit 2019 (COVID-19). Mjekësia e Kujdesit Kritik, Epub, Përpara Shtypit 20 mars 2020. <https://www.sccm.org/disaster>
- **Shoqata e Kujdesit Intensiv e Australisë dhe Zelandës së Re (ANZICS) (2020):** Udhëzime ANZICS COVID-19. Melbourne: ANZICS V1 16.3.2020. <https://www.anzics.com.au/coronavirus/>
- **Udhëzime të Institutit Kombëtar për Përsosmëri në Shëndetësi dhe Kujdes (NICE)** COVID-19 udhëzues i shpejtë: kujdesi kritik. Botuar: 20 mars 2020 [www.nice.org.uk/guidance/ng159](http://www.nice.org.uk/guidance/ng159)
- **Udhëzime në frëngjisht: Conseil Scientifique de la Société de Kinésithérapie de Réanimation.** Reffienna et al. Recommandations sur la prise en charge kinésithérapique des patients COVID-19 en réanimation. Verzioni 1 nga 19/03/2020

## **NË PËRGJITHËSI:**

Sindromi i rëndë akut i frymëmarrjes koronavirus 2 (SARS-CoV-2) është një koronavirus i ri që u shfaq në vitin 2019 dhe shkaktonte sëmundjen e koronavirusit 2019 (COVID-19) [1, 2].

SARS-CoV-2 është shumë ngjitës. Ai ndryshon nga viruset e tjerë të frymëmarrjes në atë që duket se transmetimi njerëzor ndodh afërsisht 2-10 ditë para se individit të bëhet simptomatik [2-4]. Virusit transmetohet nga një person në tjetrin përmes sekrecioneve të frymëmarrjes. Pika të mëdha nga kollitja, teshtitja ose nga hunda që rrjedhë kalojnë në sipërfaqe brenda dy metrave nga personi i infektuar. SARS-CoV-2 mbetet i qëndrueshëm për të paktën 24 orë në sipërfaqe të forta dhe deri në tetë orë në sipërfaqe të buta [5]. Virusit transferohet te një person tjetër përmes kontaktit me dorë në një sipërfaqe të kontaminuar dhe më pas me prekje të gojës, hundës ose syve. Grimcat e infektuara që barten në ajër të krijuar gjatë teshtitjes ose kollës mbeten të qëndrueshme në ajër për të paktën tre orë [5]. Këto grimca që barten me ajër të SARS-CoV-2 mund të thithen nga një person tjetër ose të bijnë në membranat mukoze të syve.

Individët me COVID-19 mund të shfaqin shenja të sëmundjes së gripit dhe sëmundje të traktit respirator duke u demonstruar kështu me ethe (89%), kollë (68%), lodhje (38%), pështymë (34%) dhe/ose gulçim (19%) [4]. Spektri i ashpërsisë së sëmundjes varion nga një infeksion asimptomatik, sëmundje e butë e traktit të sipërm respirator, pneumoni virale e rëndë me dështim të frymëmarrjes dhe/ose vdekje. Raportet aktuale vlerësojnë se 80% e rasteve janë asimptomatike ose të butë; 15% e rasteve janë të rënda (infeksion që kërkon oksigjen); dhe 5% janë kritike që kërkojnë ventilim dhe mbështetje për jetë [2].

Raportet paraprake tregojnë se radiografitë e gjoksit mund të kenë kufizime diagnostike në COVID-19 [6]. Klinikët duhet të jenë të vetëdijshëm për gjetjet e skanimit CT të mushkërive që shpesh përfshijnë copëtime të shumta dhe mprehtësi të qelqit të bluar [7]. Ekografia e mushkërive gjithashtu është duke u përdorur në shtrat me gjetje të shpërndarjes shumë-lobare të linjave B dhe konsolidimit difuz të mushkërive [8]. Aktualisht, shkalla e vdekshmërisë është 3 deri në 5%, me raporte të reja deri në 9%, në të kundërt nga gripi, i cili është rreth 0,1% [2]. Shkalla e pranimit në një njësi të kujdesit intensiv (ICU) është afërsisht 5% [4]. Gjysma e pacientëve të pranuar në spital (42%) do të kenë nevojë për terapi oksigjeni [4]. Bazuar në të dhënat e shfaqura, individët me rrezikshmëri më të lartë të zhvillimit të sëmundjes së rëndë COVID-19 që kërkon shtrimin në spital dhe/ose mbështetje të ICU janë ata që janë më të moshuar, meshkuj, kanë të paktën një sëmundje tjetër shoqëruese, ashpërsi më të lartë të sëmundjes (matur përmes rezultateve SOFA), nivele të ngritura të d-dimer dhe/ose limfocitopeni ([2, 4,9-11].

## **QËLLIMI:**

Ky dokument është përgatitur për të ofruar informacion për fizioterapeutët dhe shërbimet e kujdesit akut shëndetësor për rolin e mundshëm të fizioterapisë në menaxhimin e pacientëve të pranuar në spital me COVID-19 të konfirmuar dhe/ose të dyshuar. COVID-19 është sëmundje e shkaktuar nga një koronavirus i ri, i cili prekë kryesisht sistemin e frymëmarrjes. Simptomat e COVID-19 mund të shkojnë nga sëmundje e butë deri në pneumoni. Disa njerëz kanë simptoma të buta dhe shërohen lehtë, ndërsa të tjerët mund të zhvillojnë dështim të frymëmarrjes dhe/ose të sëmuren në mënyrë kritike dhe të kërkojnë pranim në NjKI.

Fizioterapeutët që punojnë në institucionet e kujdesit shëndetësor primar ka të ngjarë të kenë një rol në menaxhimin e pacientëve të pranuar në spital me COVID-19 të konfirmuar dhe/ose të dyshuar. Fizioterapia është një profesion i themeluar në të gjithë botën. Në Australi dhe jashtë saj, fizioterapeutët shpesh punojnë në reparte akute spitalore dhe NjKI. Në veçanti, fizioterapia kardio-respirative është e përqendruar në menaxhimin e gjendjeve të frymëmarrjes akute dhe kronike dhe synon të përmirësojë rimëkëmbjen fizike pas një sëmundjeje akute.

Fizioterapia mund të jetë e dobishme në trajtimin e frymëmarrjes dhe rehabilitimin fizik të pacientëve me COVID-19. Megjithatë një kollë produktive është simptomë më pak e zakonshme (34%) [4], fizioterapia mund të këshillohet nëse pacientët me COVID-19 paraqesin sekrecione të shumta ajrore që nuk janë në gjendje t'i pastrojnë në mënyrë të pavarur. Kjo mund të vlerësohet sipas rastit dhe ndërhyrjet aplikohen bazuar në treguesit klinikë.



Pacientët me rrezik të lartë po ashtu mund të përfitojnë. Për shembull, pacientët me sëmundje tjera shoqëruese që mund të shoqërohen me hipersekretim ose kollë joefektive (p.sh. sëmundje neuromuskulare, sëmundje të frymëmarrjes, fibrozë cistike etj). Fizioterapeutët që ushtrojnë punën në mjedisin e NjKI-së gjithashtu mund të ofrojnë teknika të pastrimit të rrugëve të frymëmarrjes për pacientët me ventilim të cilët tregojnë shenja të pastrimit të pamjaftueshëm të rrugëve të frymëmarrjes dhe ata mund të ndihmojnë në pozicionimin e pacientëve me dështim të rëndë respirator të shoqëruar me COVID-19, përfshirë përdorimin e pozicionit që optimizon oksigjenimin [12].

Duke pasur parasysh menaxhimin intensiv mjekësor për disa pacientë me COVID-19 përfshirë ventilimin e zgjatur të mushkërive, qetësimin dhe përdorimin e agjentëve bllokues neuromuskular, pacientët me COVID-19 të cilët pranohen në NjKI mund të jenë në rrezik të lartë të zhvillimit të dobësisë së fituar nga NjKI (NjKI-AW) [13]. Kjo mund të përkeqësojë sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë e tyre [14]. Prandaj është thelbësore të parashikohet rehabilitimi i hershëm pas fazës akute të ARDS në mënyrë që të kufizohet ashpërsia e NjKI-AW dhe të promovohet shërim i shpejtë funksional. Fizioterapia do të ketë një rol në ofrimin e ndërhyrjeve me ushtrime, mobilizuese dhe rehabilituese për të mbijetuarit e sëmundjes kritike të lidhur me COVID-19 në mënyrë që të mundësojë një kthim funksional në shtëpi.

## **FUSHËVEPRIMI:**

Ky dokument është përqendruar në mjedisin spitalor akut për të rritur.

Rekomandimet për fizioterapeutët përshkruhen më poshtë dhe përqendrohen në pyetjet specifike shëndetësore të këtij udhëzimi:

- **SEKSIONI 1:** Planifikimi dhe përgatitja e fuqisë punëtore përfshirë ekzaminimin për të përcaktuar indikacionet për fizioterapi.
- **SEKSIONI 2:** Ofrimi i ndërhyrjeve të fizioterapisë duke përfshirë frymëmarrjen, mobilizimin/rehabilitimin si dhe kërkesat për PPM.

Është e ditur që praktikat e fizioterapisë ndryshojnë në të gjithë botën. Kur përdorni këtë udhëzues, duhet të merret në konsideratë fushëveprimi i praktikës brenda kontekstit lokal.

## **METODOLOGJIA E UDHËZUESIT DHE QASJA E KONSENSUSIT**

Një grup ekspertësh ndërkombëtarë në fizioterapi kardio-respiratore u mblodhën për të përgatitur me shpejtësi një udhëzues të praktikës klinike për administrimin e fizioterapisë së COVID-19. Grupi ynë udhëzues u mblodh fillimisht të premten më 20 mars 2020 në ora 10:00 në mëngjes (Ora Australiane e Standardit Lindor) për të diskutuar nevojën urgjente për udhëzime fizioterapie të kujdesit akut në të gjithë botën në lidhje me COVID-19. Ne shpejt caktuam prioritetet e përpjekjeve tona për të zhvilluar udhëzime specifike për fizioterapeutët në mjediset e kujdesit akut.

Korniza AGREE II [15] u përdor për të udhëhequr kryerjen e punës sonë, duke ditur se nga ne kërkohej të jemi pragmatik si dhe të jemi transparent në raportim. Ne modeluam sjelljen tonë sipas Procesit të Zhvillimit të Avancuar [GRADE] [16] dhe kornizës së Provave për Vendim [17] për rekomandime dhe vendimmarrje. Ekspertiza jonë përfshin NjKI dhe fizioterapinë akute spitalore (të gjitha), ndërhyrjet rehabilituese në njësinë e kujdesit intensiv (të gjitha), administrimin e fizioterapisë (PT, IB, RG, AJ, RM, SHP), rishikime sistematike (CB, CG, RG, CH, MK, SP, ShP, LV), metodologji udhëzuese (PT, IB, RG, CH, MK, RM, ShP, LV), dhe epidemiologji (CH, MK). Ne i dokumentuam të gjitha konfliktet e interesit paraprakisht duke përdorur formularin e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH).

Përmes një kërkimi në internet dhe në materiale personale, ne kemi identifikuar udhëzimet e krijuara kohët e fundit për menaxhimin e COVID-19 të pacientëve me sëmundje të rëndë nga agjencitë ndërkombëtare (p.sh. OBSH), shoqëritë ose grupet profesionale të kujdesit kritik (p.sh. Shoqëria e Kujdesit Intensiv në Australi dhe Zelandë të Re, Shoqëria e Mjekësisë së Kujdesit Kritik/Shoqëria Evropiane e Mjekësisë së Kujdesit Intensiv), ose shoqëritë profesionale të fizioterapeutëve deri më 21 mars 2020. Këto udhëzime u përdorën për të

informuarudhëzimin e konsensusit të zhvilluar së bashku me mendimin e ekspertëve të grupit të autorizimit të udhëzuesve.

Si fillim vendosëm të krijojmë një udhëzim konsensusi, duke pasur parasysh natyrën e ndjeshme të kohës për udhëzimin tonë. Ne u pajtuam që na duhej pajtimi prej  $\geq 70\%$  për një rekomandim. Të premten më 20 mars 2020, autori kryesor (PT) qarkulloi projekt rekomandimet tek të gjithë anëtarët e panelit të udhëzimit. Të gjithë anëtarët e panelit të udhëzimit kthyen në mënyrë të pavarur komentet tek autori kryesor. Autori kryesor (PT) mblodhi të gjitha komentet për diskutime të mëtejshme. Ne diskutuam të gjitha rekomandimet për udhëzimin në një telekonferencë të dielën më 22 mars 2020 në ora 10:00 paradite (Koha Standarde e Australisë Lindore).

14 persona morën pjesë në procesin e udhëzimit. Kemi hartuar 67 rekomandime. Konsensusi prej  $> 70\%$  u arrit për të gjitha pikat. Diskutimi i mëtejshëm u përqendrua në qartësi më të madhe në formulimin dhe/ose reduktimin e pikave ku kishte përsëritje.

Ne kërkuam miratimin për udhëzimin tonë nga shoqëritë e fizioterapisë, grupet profesionale të fizioterapisë dhe Konfederata Botërore për Terapinë Fizikale. Iu kemi shpërndarë udhëzuesin tonë këtyre grupeve më 23 mars 2020 në ora 12:00 pasdite (Koha Standarde e Australisë Lindore) duke kërkuar miratimin brenda 24 orëve.

### **PËRPARËSITË E KËTIJ UDHËZUESI:**

Udhëzuesi ynë ka disa përparësi. Ne i përgjigjemi një nevojë urgjente për udhëzime klinike për fizioterapeutët e kujdesit akut në të gjithë botën. Ne e bazojmë udhëzimin tonë në udhëzimet më të fundit, që ndërlidhen me udhëzimet përkatëse të praktikës klinike COVID-19 nga organizata shumë të respektuara, organizata kombëtare të fizioterapisë dhe nga studime të vlerësuara nga kolegët dhe raportojmë në mënyrë transparente burimet tona të dëshmuara. Ne përfaqësojmë një grup ndërkombëtar të fizioterapeutëve, me përvojë të gjerë klinike në NjKI dhe në reparte. Ne jemi gjithashtu fizioterapeutë akademikë me përvojë në udhëheqjen, zhvillimin dhe ekzekutimin e rishikimeve rigoroze sistematike, studimeve klinike (përfshirë studimet e ardhshme të grupeve dhe provat ndërkombëtare nga shumë qendra), dhe udhëzimet e praktikës klinike. Kemi kërkuar miratimin nga organizatat ndërkombëtare të fizioterapisë.

### **KUFIZIMET E KËTIJ UDHËZUESI:**

Udhëzuesi ynë ka gjithashtu kufizime. Duke pasur parasysh kohëzgjatjen në prezantimin e COVID-19, udhëzimi klinik mund të ndryshojë ndërsa mësojmë më shumë rreth historisë natyrore të kësaj sëmundjeje. Ne kemi ekstrapoluar rekomandimet tona bazuar në provat më të mira për menaxhimin aktual të pacientëve me sëmundje të rëndë dhe rezultatet afatgjata në të mbijetuarit nga sëmundja kritike. Ne nuk kemi përfshirë ndonjë pacient në grupin tonë të zhvillimit të udhëzuesit. Ndërsa udhëzuesi ynë vlen për ndërhyrjet e fizioterapisë në mjedisin e kujdesit akut, përcjellja afatgjatë e të mbijetuarve nuk është e nevojshme.

=====

## **SEKSIONI 1: PLANIFIKIMI I FUQISË PUNËTORE NË FIZIOTERAPI DHE REKOMANDIMET PËR PËRGATITJE**

COVID-19 po vë kërkesa të konsiderueshme për burimet e kujdesit shëndetësor në të gjithë botën. Tabela 1 përshkruan rekomandimet për të ndihmuar fuqinë punëtore të fizioterapisë për të planifikuar dhe për t'iu përgjigjur kësaj kërkesë. Tabelat 2 dhe 3 japin rekomandime për të përcaktuar se kë duhet të trajtojnë fizioterapeutët kur pacientët janë të supozuar ose dyshuar për COVID-19. Tabela 4 jep një shembull të një plani burimesh për fizioterapinë e NjKI-së nga niveli 0 (puna si zakonisht) deri në nivelin e 4 (urgjencë në shkallë të madhe). Konteksti lokal, burimet dhe ekspertiza duhet të merren parasysh kur përdorni këtë shembull të planit të Menaxhimi i fizioterapisë për COVID-19. Verzioni 1.0, 23/3/2020.

burimeve.

**Tabela 1. Planifikimi i fuqisë punëtore në fizioterapi dhe rekomandime për përgatitje:**

Rekomandimet	
1,1	<p>Planifikoni për një rritje të kërkesës për fuqi punëtore të fizioterapisë. Për shembull:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lejoni ndërrime shtesë për stafin me orar të shkurtuar</li> <li>• i ofroni stafit mundësinë për të anuluar në mënyrë zgjedhore pushimin</li> <li>• rekrutoni një grup prej stafit për çdo rast</li> <li>• rekrutoni staf akademik dhe kërkimor, staf që kohët e fundit kanë dalë në pension ose që aktualisht janë duke punuar në role jo-klinike</li> <li>• punoni me modele të ndryshme ndërrimi p.sh. ndërrime 12 orë, mbrëmje të zgjatura.</li> </ul>
1,2	<p>Identifikoni personelin potencial shtesë që mund të angazhohet në fushat e veprimtarisë më të lartë lidhur me pranimet për COVID-19. Për shembull, angazhimi në repartin e sëmundjeve infektive, njësinë e kujdesit intensiv (NjKI) dhe/ose njësinë me varësi të lartë dhe zona të tjera akute. Përcaktoni prioritetin e stafit për angazhim të cilët kanë përvojë të mëparshme kardio-respiratore dhe të kujdesit kritik.</p>
1,3	<p>Fizioterapeutëve u kërkohet të kenë njohuri të specializuara, aftësi dhe vendimmarrje për të punuar brenda NjKI-së. Fizioterapeutët me përvojë të mëparshme në NjKI duhet të identifikohen nga spitalet dhe të ndihmohen për t'u rikthyer në NjKI [12].</p>
1,4	<p>Fizioterapeutët që nuk kanë përvojë të re të fizioterapisë kardio-respiratore duhet të identifikohen nga spitalet dhe të ndihmohen të kthehen për të mbështetur shërbime spitalore shtesë. Për shembull, personeli pa trajnim akut spitalor ose NjKI mund të lehtësojë rehabilitimin, të lirojë rrugët ose shmangien nga spitali për pacientët pa COVID-19.</p>
1,5	<p>Stafi me aftësi të avancuara të fizioterapisë në NjKI duhet të mbështetet për të ekzaminuar pacientët me COVID-19 dhe të sigurojë për stafin e ri në NjKI mbikëqyrje dhe mbështetje, veçanërisht me vendimmarrjen për pacientët kompleks me COVID-19. Spitalet duhet të identifikojnë udhëheqësit e duhur klinikë të fizioterapisë për të zbatuar këtë rekomandim.</p>
1,6	<p>Identifikoni burimet ekzistuese të të mësuarit për stafin që mund të vendoset në NjKI për të pasur qasje në to. Për shembull:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• paketa e-mësimi përmes Shërbimit për Zhvillimin e Aftësive Klinike për Fizioterapi dhe Menaxhim të Kujdesit Kritik [18]</li> <li>• Orientimi i personelit lokal të fizioterapisë në NjKI</li> <li>• Trajnim për përdorimin e pajisjeve personale mbrojtëse (PPM).</li> </ul>
1,7	<p>Mbani të informuar stafin për planet. Komunikimi është thelbësor për ofrimin e suksesshëm të shërbimeve klinike të sigurta dhe efektive.</p>
1,8	<p>Stafi për të cilin gjykohet të ketë rrezik të lartë nuk duhet të hyjë në zonën e izolimit COVID-19. Kur planifikoni stafin dhe orarin e angazhimit, personat e mëposhtëm mund të jenë në rrezik më të madh për të zhvilluar sëmundje më serioze nga COVID-19 dhe duhet të shmangin ekspozimin ndaj pacientëve me COVID-19. Kjo përfshin personelin që:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• janë shtatzëna</li> <li>• kanë sëmundje respiratore kronike të theksuar</li> <li>• janë me imunitet të dobët</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• janë më të vjetër p.sh.&gt; 60 vjet moshe</li> <li>• kanë gjendje të rëndë shëndetësore kronike si sëmundje të zemrës, sëmundje të mushkërive, diabeti</li> <li>• kanë mangësi imuniteti, siç është neutropenia, malinjiteti i shpërndarë dhe kushtet ose trajtimet që prodhojnë imunitet [12].</li> </ul>
1,9	Rekomandohet që personeli që është shtatzënë të shmang ekspozimin ndaj COVID-19. Dihet që gratë shtatzëna janë potencialisht në rrezik të shtuar të komplikimeve nga ndonjë sëmundje e frymëmarrjes për shkak të ndryshimeve fiziologjike që ndodhin në shtatzëni. Aktualisht nuk ka informacion të mjaftueshëm në lidhje me ndikimet e COVID-19 në nënën shtatzënë ose gjetjen e tyre.
1,10	Planifikimi i fuqisë punëtore duhet të përfshijë marrjen në konsideratë të kërkesave specifike të pandemisë, të tilla si ngarkesa shtesë e punës nga vendosja dhe heqja e PPM-ve dhe nevoja për të caktuar stafin për detyra kryesore jo-klinike siç janë zbatimi i procedurave të kontrollit të infeksionit [12].
1,11	Shqyrtoni organizimin e fuqisë punëtore në ekipe që do të menaxhojnë COVID-19 përkundrejt pacientëve jo të infektuar. Minimizoni ose parandaloni lëvizjen e stafit në ekipe të ndryshme. Ndërveproni me shërbimet lokale të kontrollit të infeksionit për rekomandime.
1,12	Jini të vetëdijshëm dhe në përputhje me udhëzimet përkatëse ndërkombëtare, kombëtare, shtetërore dhe/ose spitalore për kontrollin e infeksionit në institucionet e kujdesit shëndetësor. Për shembull, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OSh) "Udhëzime për parandalimin dhe kontrollin e infeksionit gjatë kujdesit shëndetësor kur dyshohet për infeksion me koronavirus të ri" [19].
1,13	Fizioterapeutët e moshuar duhet të përfshihen në përcaktimin e përshtatshmërisë së ndërhyrjeve të fizioterapisë për pacientët me COVID-19 të dyshuar dhe/ose të provuar në konsultim me stafin e lartë mjekësor dhe sipas një rekomandimi referues.
1,14	Identifikoni planet në spital për caktimin/grupimin e pacientëve me COVID-19. Shfrytëzoni këto plane për të përgatitur plane burimesh që mund të kërkohen. Për shembull, <b>Tabela 4 më poshtë</b> është një shembull i një plani burimesh për fizioterapinë në NjKI.
1,15	Identifikoni burime shtesë fizike që mund të jenë të nevojshme për ndërhyrjet e fizioterapisë dhe si mund të minimizohet rreziku i infektimit të mëtejshëm (p.sh. pajisjet e frymëmarrjes; pajisjet e mobilizimit, ushtrimit dhe rehabilitimit, ruajtja e pajisjeve).
1,16	Identifikoni dhe zhvilloni një inventar të objektit, të pajisjeve të frymëmarrjes, mobilizimit, ushtrimit dhe rehabilitimit dhe përcaktoni procesin e ndarjes së pajisjeve derisa niveli i pandemisë rritet (d.m.th. për të parandaluar lëvizjen e pajisjeve midis zonave infektive dhe jo infektive).
1,17	Duhet të pranohet që personeli ka të ngjarë të ketë një ngarkesë të shtuar pune me një rrezik të shtuar të ankthit si në punë ashtu edhe në shtëpi [12]. Stafi duhet të mbështetet gjatë dhe jashtë fazave aktive të trajtimit (p.sh. përmes qasjes në programet e asistencës së punonjësve, këshillimit, punësimit të lehtësuar me seanca bisedimi).
1,18	Konsideroni dhe/ose promovoni bisedat dhe mbështetjen psikologjike; morali i stafit mund të ndikohen negativisht për shkak të rritjes së ngarkesës së punës, ankthit mbi sigurinë personale dhe shëndetin e anëtarëve të familjes [12].

**Tabela 2. Kë duhet të trajtojnë fizioterapeutët?**

Rekomandime	
2,1	Infeksioni i frymëmarrjes që lidhet me COVID-19 është më së shumti i shoqëruar me kollë të thatë, joproductive dhe përfshirje të traktit të poshtëm të frymëmarrjes, zakonisht përfshin pneumonit më shumë sesa konsolidim eksudativ [20]. Në këto raste, ndërhyrjet e fizioterapisë së frymëmarrjes nuk rekomandohen.
2,2	Ndërhyrjet e fizioterapisë së frymëmarrjes në repartet spitalore ose NjKI mund të përshkruhen nëse pacientët kanë dyshuar ose konfirmuar COVID-19 dhe njëkohësisht ose më pas zhvillojnë konsolidimin eksudativ, hipersekretim dhe mukozës dhe/ose vështirësi në pastrimin e sekretimeve.
2,3	Fizioterapeutët do të kenë rol të vazhdueshëm në ofrimin e ndërhyrjeve për mobilizim, ushtrime dhe rehabilitim p.sh. te pacientët me komorbiditete që krijojnë një rënie të konsiderueshme funksionale dhe/ose (në rrezik) për dobësi të fituar nga NjKI.
2,4	Ndërhyrjet e fizioterapisë duhet të ofrohen vetëm kur ekzistojnë tregues klinikë, në mënyrë që ekspozimi i stafit ndaj pacientëve me COVID-19 të minimizohet. Shqyrtimi i panevojshëm i pacientëve me COVID-19 brenda dhomës / zonave të tyre të izolimit gjithashtu do të ketë një ndikim negativ në furnizimet me PPM.
2,5	Fizioterapeutët duhet të takohen rregullisht me personelin më të lartë mjekësor për të përcaktuar indikacionet që duhet rishikuar për fizioterapi për pacientët me COVID-19 të konfirmuar ose të dyshuar dhe për ekzaminim sipas udhëzimeve të përcaktuara/dakorduara ( <b>Tabela 3</b> jep njëkornizë të sugjeruar).
2,6	Stafi i fizioterapisë nuk duhet të hyjë në mënyrë rutinore në dhoma të izolimit, ku pacientët me COVID-19 të konfirmuar ose të dyshuar janë të izoluar ose të grupuar vetëm për të ekzaminuar për referime.
2,7	Opsionet për kontrollimin e pacientëve përmes rishikimit subjektiv dhe vlerësimit themelor ndërsa nuk janë në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientin duhet të provohen së pari kur është e mundur p.sh. telefonimi i dhomës së izolimit të pacientëve dhe kryerja e një vlerësimi subjektiv për informacionin e lëvizshmërisë dhe/ose ofrimi i edukimit për teknikat e pastrimit të rrugëve të frymëmarrjes.

Tabela 3. Udhëzimet e shqyrtimit për përfshirjen e fizioterapisë me COVID-19

	Prezantimi i pacientit COVID-19 (i konfirmuar ose i dyshuar)	Referimi i fizioterapisë?
<b>RESPIRATORE</b>	<b>Simptoma të buta pa përkeqësim të ndjeshëm të frymëmarrjes</b> p.sh. ethet, kollë e thatë, pa ndryshime në rentgenin e gjoksit.	Ndërhyrjet e fizioterapisë nuk përkruhen për pastrimin e rrugëve të frymëmarrjes ose mostrat e pështymës [20]  Asnjë kontakt fizioterapie me pacientin.
	<b>Pneumonia që paraqitet me karakteristika:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• një kërkesë e nivelit të ulët të oksigjenit (p.sh. rrjedhja e oksigjenit <math>\leq 5L/min</math> për <math>SpO_2 \geq 90\%</math>).</li> <li>• kollë joproduktive</li> <li>• ose pacienti kollitet dhe është në gjendje të pastrojë sekretet në mënyrë të pavarur.</li> </ul>	Ndërhyrjet e fizioterapisë nuk përkruhen për pastrimin e rrugëve të frymëmarrjes ose mostrat e pështymës.  Asnjë kontakt fizioterapie me pacientin.
	<b>Simptoma të buta dhe/ose pneumoni DHE sëmundje shoqërueseekzistues të frymëmarrjes ose neuromuskulare</b> p.sh. Fibroza cistike, sëmundja neuromuskulare, dëmtimi i palcës kurrizore, bronkiektaza, COPD) <b>DHE vështirësitë aktuale ose të parashikuara me pastrimin e sekretit</b>	<u>Referimi i fizioterapisë për pastrimin e rrugëve të ajrit.</u>  Përdorimi nga stafi i masave mbrojtëse nga <u>bartjet ajrore</u> .  Kur është e mundur, pacientët duhet të mbajnë maskë kirurgjikale gjatë çdo fizioterapie.
	<b>Simptoma të buta dhe/ose pneumoni DHE dëshmi të konsolidimit eksudativ me vështirësi në pastrimin ose pamundësinë për të pastruar sekretet në mënyrë të pavarur</b> p.sh. kollë e dobët, e paefektshme dhe me që tingëllon të jetë me lagështi, fremitus prekës në murin e gjoksit, zë që tingëllon të jetë me lagështi, tinguj të transmetueshëm e të dëgjueshëm.	<u>Referimi i fizioterapisë për pastrimin e rrugëve të ajrit.</u>  Përdorimi nga stafi i masave mbrojtëse nga <u>bartjet ajrore</u> .  Kur është e mundur, pacientët duhet të mbajnë maskë kirurgjikale gjatë çdo fizioterapie.
	<b>Simptoma të rënda që sugjerojnë pneumoni / infeksion të traktit të poshtëm të frymëmarrjes</b> p.sh. rritja e kërkesave për oksigjen, ethe, vështirësi në frymëmarrje, episode të kollitjes së shpeshtë, të rënda ose prodhuese, ndryshime të ultrazërit të gjoksit / CT / të mushkërive që përputhen me konsolidimin.	<u>Shqyrtoni referimin për fizioterapi për pastrimin e rrugëve të ajrit.</u>  Fizioterapia mund të rekomandohet, veçanërisht nëse ka kollë të dobët, produktive dhe/ose dëshmi të pneumonisë në fotografim dhe/ose mbajtje të sekretit.  Përdorimi nga stafi i masave mbrojtëse nga <u>bartjet ajrore</u> . Kur është e mundur, pacientët duhet të mbajnë maskë kirurgjikale gjatë çdo fizioterapie.

		Rekomandohet optimizimi i hershëm i kujdesit dhe përfshirja e NjKI-së.
<b>MOBILIZIMI, USHTRIMI, &amp; REHABILITIMI</b>	<p>Çdo pacient në rrezik të konsiderueshëm të zhvillimit ose me dëshmi të kufizimeve të rëndësishme funksionale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• p.sh. pacientët që janë të dobët ose kanë sëmundje shoqëruese të shumta që ndikojnë në pavarësinë e tyre</li> <li>• p.sh. mobilizimi, ushtrimi dhe rehabilitimi në pacientët në NjKI me një rënie të konsiderueshme funksionale dhe/ose (në rrezik për) dobësi të fituar nga NjKI-ja</li> </ul>	<p><u>Referimi i fizioterapisë.</u></p> <p>Përdorni masa paraprake për spërklat</p> <p>Përdorni <u>masat paraprake mbrojtëse lidhur me bartjet nga ajri</u> nëse kërkohet kontakt i ngushtë ose AGP e mundshme.</p> <p>Nëse nuk janë nën ventilim, pacientët duhet të mbajnë maskë kirurgjikale gjatë çdo fizioterapie sa herë që është e mundur.</p>



**Tabela 4. Shembull Plani i burimeve të fizioterapisë në NjKI**

<b>Faza</b>	<b>Kapaciteti i shtretërve</b>	<b>Përshkrimi dhe vendndodhja e pacientëve</b>	<b>Stafi i fizioterapisë</b>	<b>Pajisjet që lidhen me fizioterapinë, kujdesin e frymëmarrjes, mobilizimin, ushtrimindhe rehabilitimin</b>
<b>Puna si zakonisht</b>	p.sh. 22 shtretër NjKI 6 HDU	Të gjithë pacientët brenda burimeve fizike të NjKI dhe HDU ekzistuese.	p.sh. 4 Staf me Orar të Plotë	p.sh. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Karrige lëvizjeje/oxford</li> <li>• 10 karrige për ulje me mbështetëse të lartë</li> <li>• 3 Pajisje me rrota për ecje</li> <li>• 1 Tavolinë e pjerrësisë/rrotulluese</li> <li>• 2 Ergometra ciklik</li> <li>• Shkallë / blloqe</li> <li>• Pajisje bariatrike</li> </ul>
<b>Niveli 1</b>	p.sh. zgjerim me një numër shtesë të shtretërve të NjKI-së (p.sh. hapja e shtretërve të pa montuar më parë)	Më pak se 4 pacientë me COVID-19.  Pacientët me COVID-19 caktohen vetëm në shtretër me dhoma të izolimit me rrjedhë të kundërt.  Ka disponueshmëri të kufizuar të dhomave të rrjedhës së kundërt në shumicën e spitaleve.	p.sh. 1 Staf me Orar të Plotë shtesë për 4 shtretër NjKI [21].  1 PT i lartë do të kontrollojë pacientët me COVID-19 në konsultim me një Këshilltar mjekësor të NjKI-së.  Pacientëve do t'u ofrohet trajtim në dhomat e izolimit.	Nëse është e nevojshme, 1 karrige 'transmotion' do të caktohet dhe karantinohet për përdorim.  1 Tavolina e pjerrësisë e karantinar për përdorim për pacientët me COVID. Karantinar në dhomë ose pastrohet dhe vendoset për ruajtje në izolim.  Pajisjet shtesë të frymëmarrjes.
<b>Niveli 2</b>	p.sh. Zgjerimi i mëtejshëm në kapacitetin maksimal të NjKI-së	Numri i pacientëve me COVID-19 tejkalon disponueshmërinë e dhomave të izolimit duke kërkuar kujdesin e pacientëve infektivë jashtë	p.sh. Ilogaritja për Staf me Orar të Plotë shtesë si më lart.	Mund të kërkohe burime për karrige shtesë.

		<p>izolimet e dhomave me presion negativ.</p> <p>Pacientët infektues do të grupohen në repartin e hapur të NjKI-së.</p> <p>Pranimi normal i NjKI-së/pacientët jo infektues të vendosur në një pjesë të veçantë të NjKI-së.</p>	<p>Caktimi i PT-ve për hapësirën me infeksione në NjKI, përfshirë 1 PT të Lartë</p> <p>Caktimi i PT-ve për hapësirën pa infeksione në NjKI, përfshirë 1 PT të Lartë</p> <p>Caktimi i stafit infektiv dhe jo infektiv, përfshirë fundjavat.</p>	<p>Flota e karantinuar e karrigeve/tavolinave të pjerrësisë etj për pacientët infektues dhe jo infektues.</p>
<b>Niveli 3</b>	<p>Shtretër shtesë të NjKI-së të krijuara jashtë NjKI-së (p.sh. në zonat anesteziqe).</p>	<p>Pranimi i pacientëve me COVID-19 tejkalon kapacitetin e zonës infektive të ndarë.</p> <p>Caktimi i shtretërve për pacientët me COVID-19 të caktuara në të gjithë NjKI-në.</p> <p>NjKI satelitore jo infektuese do të themelohet në një lokacion të veçantë.</p>	<p>p.sh. llogaritja për Staf me Orar të Plotë shtesë</p>	<b>Si më lart.</b>
<b>Niveli 4</b>	<p>Shtretër shtesë të krijuara nëpër zona klinike në pjesë të tjera të spitalit p.sh. Kardiologji; sallat e operacionit</p>	<p>Emergjenca në shkallë të gjerë</p>	<p>p.sh. llogaritja për Staf me Orar të Plotë shtesë</p>	<b>Si më lart.</b>

## Menaxhimi mjekësor i COVID-19:

Është e rëndësishme që fizioterapeutët të jenë të vetëdijshëm për menaxhimin mjekësor për pacientët me COVID-19. Për qëllimet e këtij udhëzimi ne kemi përmbledhur disa nga rekomandimet në dispozicion nga udhëzimet mjekësore të hartuara nga shoqëritë profesionale, siç janë renditur në faqen 6.

**Procedurat e gjenerimit të aerosolit (AGP)** krijojnë rrezik të transmetimit ajror të COVID-19. AGP përfshijnë:

- Intubimin
- Ekstubimin
- Bronkoskopinë
- Rrjedha e lartë e oksigjenimit të hundës
- Ventilimi jo invaziv
- Trakeostomia
- CPR para intubimit [12,22]

AGP-të shtesë që lidhen me teknikat e fizioterapisë do të përshkruhen më poshtë.

**Oksigjeni i hundës me rrjedhë të lartë (HFNO):** HFNO është një terapi e rekomanduar për hipoksinë e shoqëruar me COVID-19, gjatë kohës që stafi ka të veshur PPM-të optimale ndaj ajrit [12].

HFNO (p.sh. me shkallë të rrjedhës 40-60L/min) ka një rrezik të vogël të gjenerimit të aerosolit. Rreziku i transmetimit me masë të ajrit nga stafi është i ulët kur PPM dhe masa të tjera kontrolli për kontrollin e infeksionit janë në përdorim [23]. Dhomat me presion negativ preferohen për pacientët që marrin terapi HFNO [12].

Mbështetja e frymëmarrjes përmes HFNO duhet të kufizohet vetëm tek pacientët në dhomat e izolimit të ajrit. Kufizimi i shkallës së rrjedhës në jo më të madhe se 30L/min mund të zvogëlojë transmetimin e mundshëm viral.

**Ventilimi jo-invaziv (NIV):** Përdorimi rutinor i NIV nuk rekomandohet [12]. pasi përvoja e tanishme me dështimin e frymëmarrjes hipoksike të COVID-19 pasqyron një shkallë të lartë të dështimit të ndërlidhur. Nëse përdoret p.sh. me një pacient me COPD ose pas ekstubimit, duhet të pajiset rreptësisht me PPM ndaj transmetimit ajror [12].

**Terapia e oksigjenit:** Synimet e terapisë së oksigjenit mund të ndryshojnë në varësi të paraqitjes së pacientit.

- Për pacientët që paraqesin shqetësime të rënda të frymëmarrjes, hipoksiemi ose tronditje, SpO<sub>2</sub> >94% është synimi [23]
- Pasi një pacient të jetë i qëndrueshëm, objektivi është > 90% [24] tek të rriturit jo shtatzënë dhe 92-95% në pacientët shtatzëna [23].
- Në të rriturit me COVID-19 dhe dështim të frymëmarrjes akute hipoksemike, objektivi SpO<sub>2</sub> nuk duhet të mbahet më i lartë se 96% [22]

**Nebulizimi:** Përdorimi i agjentëve të nebulizuar (p.sh. salbutamol, i kripur) për trajtimin e pacientëve jo intubues me COVID-19 nuk rekomandohet, pasi rrit rrezikun e aerosolizimit dhe transmetimit të infeksionit tek punonjësit e kujdesit shëndetësor që janë menjëherë në afërsi.

Përdorimi i inhalatorëve/ndarësve të dozës së matur preferohet aty ku është e mundur [12]. Nëse kërkohet nebulizator, u referoheni udhëzuesve lokal për udhëzime për të minimizuar aerosolizimin p.sh. përdorimi i një sprint Pari me filtër viral në linjë.

Përdorimi i nebulizuesve, NIV, HFNO dhe spirometria duhet të shmanget dhe të kërkohet marrëveshje për përdorimin e tyre nga personeli i lartë mjekësor [20] Nëse vlerësohet e nevojshme, duhet të përdoren masat paraprake ndaj bartjes me ajër.

Për pacientët e pranuar në NjKI, mund të përdoren strategji shtesë të cilat përmbliken më poshtë. Me rritjen e mprehtësisë, ekziston rritje e rrezikut për përhapje të virusit të aerosolizuar në mjedisin e kujdesit shëndetësor për shkak të natyrës së sëmundjes kritike, ngarkesës më të lartë virale dhe performancës së AGP-ve. Rekomandohet që masat paraprake të PPM-së lidhur me ajrin të përdoren për t'u kujdesur për të gjithë pacientët me COVID-19 në NjKI [12].

**Intubimi dhe ventilimi mekanik:** Pacientët me hipoksi të përkeqësuar, hiperkapni, acidemi, lodhje të frymëmarrjes, paqëndrueshmëri hemodinamike ose ata me status mendor të ndryshuar duhet të konsiderohen për ventilim mekanik të hershëm invaziv nëse është e përshtatshme [12].

Rreziku i transmetimit të aerosolit zvogëlohet sapo një pacient intubohet me një qark të mbyllur të ventilatorit [12].

**Manovrat e rekrutimit:** Megjithëse provat aktuale nuk mbështesin përdorimin rutinë të manovrave të rekrutimit në ARDS jo COVID-19, ato mund të konsiderohen për pacientët me COVID-19 sipas rastit [12].

**Pozicionimi i përmbysur:** Raportet anekdotike nga qendrat ndërkombëtare që merren me një numër të madh të pacientëve me sëmundje kritike me ARDS të lidhura me COVID-19 sugjerojnë që ventilimi në pozicionin përmbys është një strategji efektive tek pacientët me ventilim mekanik [12].

Në pacientët e rritur me COVID-19 dhe ARDS të rënda, rekomandohet ventilim në pozicionimin përmbys për 12–16 orë në ditë [22, 23]. Kërkohet që burimet njerëzore dhe ekspertiza e mjaftueshme të kryhen në mënyrë të sigurt për të parandaluar komplikimet e njohura, përfshirë zonat e presionit dhe komplikimet e rrugëve të frymëmarrjes.

**Bronkoskopia:** Bronkoskopia mbart një rrezik të konsiderueshëm të gjenerimit të aerosolit dhe transmetimit të infeksionit. Rendimenti klinik mendohet të jetë i ulët në COVID-19 dhe përveç nëse ka indikacione të tjera (të tilla si superinfeksione të dyshuara atipike/oportuniste ose imunosupresive) këshillohet fuqimisht që të shmangni procedurën [12].

**Thithja:** Rekomandohen kateterë thithës të mbyllur të brendshëm [12].

**Mostra e pështymës:** Në një pacient të ventiluar, mostrat trakeale aspirative për diagnostikimin e COVID-19 janë të mjaftueshme dhe BAL zakonisht nuk është i nevojshëm [12].

Çdo shkëputje e pacientit nga ventilatori duhet të shmanget për të parandaluar tkurrjen e mushkërive dhe aerosolizimin. Nëse është e nevojshme, tubi endo-trakeal duhet të mbyllet dhe çaktivizohet ventilatori (për të parandaluar aerosolizimin) [12].

**Trakeostomia:** Trakeostomia e hershme mund të konsiderohet në pacientë të përshtatshëm për të lehtësuar kujdesin e infermierisë dhe për të përshpejtuar heqjen e ventilatorit. Raportet tregojnë se disa pacientë kanë një rrjedhë të zgjatur dhe shërim pas ARDS-së. Sidoqoftë, kryerja e trakeostomisë perkutane me udhëzim bronkoskopik mbart rrezik profesional të konsiderueshëm të transmetimit të sëmundjes për shkak të gjenerimit të aerosoleve.

Trakeostomia kirurgjikale mund të jetë një alternativë më e sigurt, megjithëse rreziku infektiv nuk është eliminuar. Meritat e trakeostomisë në pacientët me evolucion të shumëfishtë të organeve dhe/ose sepsë në zhvillim duhet të peshohen kundër vdekshmërisë së raportuar të lartë nga COVID-19 në këtë grup [12].

## SEKSIONI 2: REKOMANDIME PËR KRYERJEN E NDËRHYRJEVE TË FIZIOTERAPISË PËRFSHIRË KËRKESAT PËR PPM

### Parimet e menaxhimit të fizioterapisë - kujdesi respirator:

Shembuj të ndërhyrjeve të frymëmarrjes të udhëhequra nga fizioterapia (ose fizioterapia në gjoks) përfshijnë:

- Teknika të pastrimit të rrugëve të ajrit. Për shembull, pozicionimi, cikli aktiv i frymëmarrjes, hiperinflacioni manual dhe/ose ventilatori, goditja nga dridhjet dhe dridhjet, terapia me presion ekspirator pozitiv (PEP), insufllacioni - eksuflimi mekanik (MI-E).
- Ventilimi jo invaziv (NIV) dhe frymëmarrja me presion pozitiv inspirator (IPPB). Për shembull, IPPB për pacientët me thyerje të brinjëve, aplikim NIV si pjesë e strategjive të pastrimit të rrugëve të frymëmarrjes, ose në menaxhimin e dështimit të frymëmarrjes, ose gjatë ushtrimeve.
- Teknika për të lehtësuar pastrimin e sekretit. Për shembull, manovrat e kollës së asistuar ose të stimuluar dhe thithja e rrugëve të frymëmarrjes.
- Receta për ushtrime dhe mobilizim.

Fizioterapeutët gjithashtu luajnë rol integral në menaxhimin e pacientëve me trakeostomi.

COVID-19 duhet konsideruar mirë për ndërhyrjet e fizioterapisë së frymëmarrjes për shkak të AGP-së së tyre. Tabela 5 përshkruan rekomandimet për sigurimin e kujdesit respirator për pacientët me COVID-19.

**Tabela 5. Rekomandim për ndërhyrjet fizioterapeutike të frymëmarrjes:**

	Rekomandime
5,1	<b>PPM:</b> Rekomandohet fuqimisht që masat paraprake në lidhje me ajrin të përdoren gjatë ndërhyrjeve të fizioterapisë së frymëmarrjes.
5,2	<b>Etika në lidhje me kollitjen:</b> Si pacientët ashtu edhe stafi duhet të praktikojnë etikën e kollës dhe higjienës.  Gjatë teknikave që mund të provokojnë një kollë, duhet të ofrohet edukim për të përmirësuar etikën e kollës dhe higjienës. <ul style="list-style-type: none"> <li>• U kërkoni pacientëve të largojnë kokën gjatë kollës dhe nxjerrjes së gëlbasës.</li> <li>• Pacientët të cilët janë në gjendje duhet të "kapin kollën e tyre" me një shami dore, të hedhin atë shami dhe të kujdesen për pastërtinë e duarve. Nëse pacientët nuk janë në gjendje ta bëjnë këtë në mënyrë të pavarur, atëherë personeli duhet të ndihmojë.</li> <li>• Për më tepër, nëse është e mundur, Fizioterapeuti duhet të pozicionohet 2 metra larg nga pacienti dhe jashtë "zonës së shpërthimit" ose linjës së kollës.</li> </ul>
5,3	Shumë ndërhyrje të fizioterapisë së frymëmarrjes janë potencialisht me AGP. Ndërsa nuk ka hetime të mjaftueshme që vërtetojnë AGP të ndërhyrjeve të ndryshme të fizioterapisë

	<p>[25], kombinimi me kollën për pastrimin e rrugëve të frymëmarrjes i bën të gjitha teknikat potencialisht AGP.</p> <p>Ato përfshijnë:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedurat e gjenerimit të kollës p.sh. kollë gjatë trajtimit, shfryrje.</li> <li>• Pozicionimi/teknikat e kullimit të asistuar nga graviteti dhe teknikat manuale (p.sh. dridhjet ekspiruese, goditja, kollë e ndihmuar manualisht) që mund të shkaktojnë një kollë dhe ekspektorimin e sputumit</li> <li>• Përdorimi i pajisjeve të frymëmarrjes me presion pozitiv (p.sh. IPPB), insufllacioni mekanik - pajisje eksuflacioni (MI-E), pajisjet e lëkundjes me frekuencë të lartë intra/ekstrapulmonare (psh. Jeleku, MetaNeb, Pajisja perkusionare),</li> <li>• pajisjet PEP dhe PEP oshiluese</li> <li>• Bubble PEP</li> <li>• Thithje nasofaringeale ose orofaringjitale etj.</li> <li>• Hiperinflacioni manual (MHI)</li> <li>• Thithja e hapur.</li> <li>• Futja e kripës përmes dhe qarku i hapur/tubit endotrakeal</li> <li>• Trajnimi inspirator i muskujve, veçanërisht nëse përdoret me pacientë të cilët janë në ventilim dhe nevojitet shpëputja nga një qark frymëmarrjeje</li> <li>• Induksionet e pështymës</li> <li>• Çdo mobilizim ose terapi që mund të rezultojë në kollitje dhe ekspektorim të mukusit.</li> </ul> <p>Prandaj, ekziston rreziku i krijimit të një transmetimi ajror të COVID-19 gjatë trajtimeve. Fizioterapeutët duhet të peshojnë rrezikun kundrejt përfitimit për kryerjen e këtyre ndërhyrjeve dhe përdorimin e masave paraprake ndaj ajrit.</p>
5,4	<p>Kur AGP-të rekomandohen dhe konsiderohen thelbësore, ato duhet të ndërmerren në një dhomë me presion negativ, nëse është e mundur, ose në një dhomë të vetme me dyer të mbyllur. Vetëm numër minimal i stafit të nevojshëm duhet të jetë i pranishëm, dhe ata të gjithë duhet të bartin PPM siç përshkruhet. Hyrja dhe dalja nga dhoma duhet të minimizohet gjatë procedurës [12].</p> <p>Kjo mund të mos jetë në gjendje të mbahet kur kërkohet grupim për shkak të vëllimit të pacientëve që paraqesin COVID-19.</p>
5,5	<p>Bubble PEP nuk rekomandohet për pacientët me COVID-19 për shkak të pasigurisë rreth potencialit për aerosolizim, ngjashëm me kujdesin që OBSH vë në bubble CPAP [23].</p>
5,6	<p>Nuk ka asnjë provë për spirometrinë stimuluese tek pacientët me COVID-19.</p>

5,7	<p>Shmangni përdorimin e pajisjeve MI-E, NIV, IPPB ose HFO. Sidoqoftë, nëse rekomandohen klinikisht dhe opsionet alternative nuk kanë qenë efektive, këshillohuni me stafin e lartë mjekësor dhe Shërbimet e Parandalimit të Infeksionit dhe Monitorimit brenda institucioneve vendore para përdorimit.</p> <p>Nëse përdoren, sigurohuni që makineritë mund të dekontaminohen pas përdorimit dhe p.sh. të mbronin makinat me filtra viralë mbi makinat dhe pjesët fundore të qarkut tek pacientët.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Përdorni qarqet që pas përdorimit hidhen për këto pajisje.</li> <li>• Mbani një regjistër për pajisjet që përfshijnë detaje të pacientit për përcjelljen dhe monitorimin e infeksionit (nëse kërkohet).</li> <li>• Përdorni masat mbrojtëse ndaj ajrit.</li> </ul>
5,8	<p>Kur përdoret pajisja respiratore, kur është e mundur të përdorni me një pacient të vetëm, opsionet e pajisjeve që hidhen pas përdorimit p.sh. pacienti i vetëm përdor pajisjet PEP.</p>
	<p>Pajisjet që mund të ripërdoren për frymëmarrje duhet të shmangen nëse është e mundur.</p>
5,9	<p>Fizioterapeutët nuk duhet të zbatojnë lagështimin ose NIV ose AGP të tjera pa konsultim dhe marrëveshje me një mjek më të lartë (p.sh. konsulent mjekësor).</p>
5,10	<p><b>Induksionet e pështymës</b> nuk duhet të kryhen.</p>
5,11	<p><b>Kërkesat për mostra të pështymës.</b> Në radhë të parë, konstatooni nëse pacienti është produktiv sa i përket pështymës dhe në gjendje të pastrojë pështymën në mënyrë të pavarur. Nëse është kështu, fizioterapia nuk kërkohet për një mostër sputumi.</p> <p>Nëse ndërhyrjet fizioterapike janë të nevojshme për të lehtësuar marrjen e një mostre pështymë, atëherë PPM-të e plota për mbrojtje nga ajri duhet të vishen. Trajtimi i mostrave të pështymës duhet përmbajtur politikave lokale. Në përgjithësi, pasi të jetë marrë një mostër sputumi, pikat e mëposhtme duhet të ndiqen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Të gjitha mostrat e pështymës dhe format e kërkesës duhet të shënohen me një etiketë për rrezik biologjik.</li> <li>• Mostra duhet të jetë me dy qese. Mostra duhet të vendoset në qesen e parë në dhomën e izolimit nga një anëtar i stafit i veshur me PPM-të e rekomanduara.</li> <li>• Mostrat duhet të dorëzohen në laborator nga dikush që kupton natyrën e mostrave. Sistemet e tubave pneumatik nuk duhet të përdoren për të transportuar mostra.</li> </ul>
5,12	<p><b>Nebulizim i kripës.</b> Mos përdorni nebulizime të kripura. Duhet të theksohet se disa udhëzime në Mbretërinë e Bashkuar lejojnë përdorimin e nebulizuesve, por kjo aktualisht nuk rekomandohet në Australi.</p>
5,13	<p><b>Hiperinflacioni manual:</b> Pasi që përfshin shkëputjen/hapjen e një qarku të ventilatorit, shmangni MHI dhe përdorni hiperinflacionin e ventilatorit (VHI) nëse përshkruhet p.sh. për prezantime supurative në NjKI dhe nëse procedurat lokale janë në rregull.</p>
5,14	<p><b>Pozicionimi përfshirë kullimin e asistuar nga graviteti:</b> Fizioterapeutët mund të vazhdojnë të këshillojnë për kërkesat e pozicionimit për pacientët.</p>

<b>5,15</b>	<b>Pozicionimi i përmbysur:</b> Fizioterapeutët mund të kenë një rol në zbatimin e pozicionimit përmbys në NjKI. Kjo mund të përfshijë udhëheqjen brenda "ekipeve të përmbysjes" të NjKI-së, ofrimin e edukimit të stafit për pozicionimin e përmbysur (p.sh. seanca edukimi të bazuara në simulim), ose ndihmë në kthesat si pjesë e ekipit të NjKI-së.
<b>5,16</b>	<b>Menaxhimi i trakeostomisë:</b> Prania e një trakeostomie dhe procedurat përkatëse janë potencialisht gjeneruese të aerosolit. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provat e deflacionit të manshetës dhe ndryshimet/pastrimi i tubave të brendshëm mund të jenë gjeneruese të aerosoleve</li> <li>• Thithja e mbyllur, në linjë, rekomandohet.</li> <li>• Përdorimi i stërvitjes muskulare inspiratore, valvulat e të folurit dhe rrjedhjes së të folurit nuk duhet të provohen derisa pacientët të jenë mbi infeksion akut dhe rreziku i transmetimit të jetë zvogëluar.</li> <li>• Masat mbrojtëse lidhur me ajrin rekomandohen te pacientët e infektuar me COVID-19 me trakeostomi.</li> </ul>

### Parimet e menaxhimit të fizioterapisë - ndërhyrje mobilizimi, ushtrimi dhe rehabilitimi:

Fizioterapeutët janë përgjegjës për kryerjen e detyrave të rehabilitimit muskulo-skeletor / neurologjik / kardiopulmonar, përfshirë:

- Ushtrime pasive, të asistuara, aktive ose të rezistuar, ushtrimeve të përbashkëta për të ruajtur ose përmirësuar integritetin e përbashkët dhe gamën e lëvizjes dhe forcën e muskujve
- Mobilizimi dhe rehabilitimi (p.sh. lëvizje në shtrat, ulje jashtë shtratit, baraspeshim në ulje, ulje dhe ngritje, ecje, tavolina me pjerrësi, ngritje në këmbë, ergometri e gjymtyrëve të sipërme ose gjymtyrëve të poshtme, programe ushtrimesh).

Tabela 6 përshkruan rekomandimet për zbatimin e këtyre veprimeve te pacientët me COVID-19.

### Tabela 6. Rekomandimet për fizioterapi - ndërhyrje mobilizimi, ushtrimi dhe rehabilitimi:

	<b>Rekomandimi</b>
<b>6,1</b>	<b>PPM:</b> Masat mbrojtëse ndaj spërklave duhet të jenë të përshtatshme për sigurimin e mobilizimit, ushtrimit dhe rehabilitimit në shumicën e rrethanave. Sidoqoftë, fizioterapeutët mund të kenë kontakt të ngushtë me pacientin, p.sh. për mobilizim, ushtrime ose ndërhyrje rehabilituese që kërkojnë ndihmë. Në këto raste, merrni në konsideratë përdorimin e një maske me filtrim të lartë (p.sh. P2/N95). Mobilizimi dhe ushtrimi mund të rezultojë gjithashtu në kollitjen e pacientit ose mukozën ekspektoruese.  Referojuni udhëzimeve lokale në lidhje me aftësinë për të mobilizuar pacientët jashtë dhomës së tyre të izolimit. Nëse bëhet mobilizimi jashtë dhomës së izolimit, sigurohuni që pacienti ka një maskë kirurgjikale.
<b>6,2</b>	<b>Ekzaminimi:</b> Fizioterapeutët do të kontrollojnë në mënyrë aktive dhe/ose të pranojnë referime për mobilizim, ushtrime dhe rehabilitim.  Kur ekzaminoni, diskutoni me stafin infermierë, pacientin (p.sh. përmes telefonit) ose familja rekomandohet para se të vendosni të hyni në dhomën e izolimit të pacientit. Për shembull, të përpiqen të minimizojnë stafin që vijnë në kontakt



	me pacientët me COVID-19, fizioterapeutët mund të kontrollojnë për të përcaktuar një ndihmë të përshtatshme për të provuar. Një provë e ndihmës mund të bëhet më pas nga personeli i infermierisë tashmë në një dhomë izolimi, me udhëzime të dhëna nëse është e nevojshme nga fizioterapeuti që është jashtë dhomës.
6,3	Vetëm kur ekzistojnë kufizime të konsiderueshme funksionale (p.sh. (rreziku për) dobësi të fituar nga NjKI, dobësi të përgjithshme, komorbiditete të shumta, mosha e përparuar) duhet të konsiderohet kërkesa për ndërhyrje të drejtpërdrejta të fizioterapisë.
6,4	<b>Mobilizimi i hershëm</b> inkurajohet. Mobilizoni në mënyrë aktive pacientin herët gjatë sëmundjes kur është e sigurt një gjë e tillë për ta bërë [23].
6,5	Pacientët duhet të inkurajohen të mbajnë funksionin sa më në nivel brenda dhomave të tyre <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uluni jashtë shtratit</li> <li>• Kryeni ushtrime të thjeshta dhe aktivitete të jetës së përditshme</li> </ul>
6,6	<b>Mobilizimi dhe receta e ushtrimeve</b> duhet të përfshijë marrjen në konsideratë të kujdeshme të gjendjes së pacientëve (p.sh. prezantim klinik i qëndrueshëm me funksion të qëndrueshëm të frymëmarrjes dhe hemodinamik) [26, 27].
6,7	<b>Lëvizshmëria dhe pajisjet e ushtrimit:</b> Përdorimi i pajisjeve duhet të konsiderohet dhe diskutohet me kujdes me stafin e shërbimit lokal të monitorimit dhe parandalimit të infeksionit para se të përdoren me pacientët me COVID-19 për të siguruar që mund të dekontaminohen siç duhet.
6,8	Përdorni pajisje që mund të jenë për përdorim nga vetëm një pacient. Për shembull, përdorni shirit Theraband në vend që të shpërndani peshat e duarve.
6,9	Pajisjet më të mëdha (p.sh. ndihmesat e lëvizjes, ergometrat, karriget, tabelat e pjerrësisë) duhet të dekontaminohen lehtësisht. Shmangni përdorimin e pajisjeve të specializuara, përveç nëse është e nevojshme për detyrat themelore funksionale. Për shembull, karriget e transmisionit ose tavolinat e pjerrësisë mund të konsiderohen të përshtatshme nëse ato mund të dekontaminohen me pastrim të duhur dhe rekomandohen për përparimin e uljes/qëndrimit.
6,10	Kur rekomandohen ndërhyrje për mobilizim, ushtrime ose rehabilitim: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifikoni mirë <ul style="list-style-type: none"> <li>○ identifikimin/përdorimin e numrit minimal të personelit të nevojshëm për të kryer aktivitetin në mënyrë të sigurt [26]</li> <li>○ sigurohuni që të gjitha pajisjet të jenë në dispozicion dhe të punoni para hyrjes në dhoma</li> </ul> </li> <li>• Sigurohuni që të gjitha pajisjet të pastrohen në mënyrë adekuate/dekontaminohen. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nëse pajisjet duhet të ndahen midis pacientëve, pastroni dhe dezinfektoni ndërmjet çdo përdorimi të pacientit [23]</li> <li>○ Mund të jetë e nevojshme të mbahet trajnim specifik i stafit për pastrimin e pajisjeve brenda dhomave të izolimit. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kur është e mundur, parandaloni lëvizjen e pajisjeve midis zonave infektive dhe jo infektive.</li> <li>○ Kur është e mundur, mbani pajisje të dedikuara brenda zonave të izolimit, por shmangni vendosjen për ruajtje të pajisjeve të jashtme brenda dhomës së pacientit.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<b>6,11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjatë kryerjes së aktiviteteve me pacientë të ventiluar ose pacientë me trakeostomi, sigurohuni që siguria e rrugëve të frymëmarrjes konsiderohet dhe mirëmbahet p.sh. person i përcaktuar në rrugë ajrore për të parandaluar shkëputjen pa dashje të lidhjeve/tubave të ventilatorit.</li> </ul>
-------------	--

### Shqyrtimet e PPM-së

Pacientët të supozuar ose të konfirmuar me COVID-19 do të menaxhohen me masa mbrojtëse për spërkla ose për masa të bartshme me ajër. Ata gjithashtu do të vendosen në izolim. Spitalet shpesh janë në gjendje të izolojnë pacientë me spërkla ose ajër të përhapur brenda dhomave të dedikuara të izolimit. Sidoqoftë, ekziston një numër i kufizuar i kthinave me presion negativ dhe/ose dhomave në të gjithë Australinë dhe Zelandën e Re [12], kështu që izolimi brenda dhomave të dedikuara mund të mos jetë i mundur me COVID-19 për shkak të vëllimit të madh të pranimeve të pacientëve.

Dhomat e klasës N janë dhoma të izolimit të presionit negativ që përdoren për të izoluar pacientët të aftë për të transmetuar infeksionin në ajër. Një dhomë me presion negativ ka një hapësirë funksionale për të vendosur dhe hequr PPM-në. Masat paraprake të PPM-së për ajër janë ende të nevojshme. Heqja e tyre kryhet në paradhomë. Sidoqoftë, mund të ketë ndryshime lokale në këtë p.sh. disa institucione mund të rekomandojnë heqjen e robës së PPM-së dhe dorezave në dhomën e pacientit, pastaj heqjen e mburojës së fytyrës/syzeve dhe maskës jashtë dhomës së pacientit.

Dhomat e klasës S janë dhoma standarde të cilat mund të përdoren për izolimin e pacientëve të aftë për të transmetuar infeksionin, me spërkla apo rrugë të kontaktit. Dhomat e klasës S nuk kanë kapacitetin e presionit negativ dhe për këtë arsye nuk kanë kontrolle inxhinierike.

Rekomandohet që pacienti COVID-19 të trajtohet në një dhomë të vetme me presion negativ të Klasit N. Nëse dhomat e klasës N nuk janë të disponueshme, preferenca duhet të jetë dhoma e vetme e klasës S me zona të qarta të përcaktuara për vënie dhe heqje të PPM-së. Sapo të jenë shteruar të gjitha dhomat e Klasit N dhe Klasës S, pacientët do të duhet të grupohen në zonat që janë fizikisht të veçuara, fizikisht të personave që izolojnë pacientët me COVID-19. Në një repart të hapur të NjKI-së zonat e grupuara me një ose më shumë pacientë me COVID-19, e gjithë zona rekomandohet të kërkojë masa paraprake të PPM-së kundër bartjes së infeksionit me ajër. Tabela 4 përshkruan se si lëvizja nga dhomat e izolimit të dedikuara drejt grupimit të hapur mund të evoluojë brenda një NjKI-je.

Është e domosdoshme që fizioterapeutët të kuptojnë masat e vendosura për të parandaluar transmetimin e COVID-19. Tabela 7 jep rekomandime për këtë.

**Tabela 7. Rekomandime për PPM për fizioterapeutët**

Rekomandimi	
<b>7,1</b>	I gjithë stafi do të trajnohet në vënien dhe heqjen e saktë të PPM-së, përfshirë "kontrollimin e përshtatjes së" N95. Duhet të mbahet një regjistër i personelit që kanë kryer edukimin për PPM dhe <u>kontrollin e përshtatshmërisë</u> .
<b>7,2</b>	"Testimi i përshtatshmërisë" rekomandohet kur është në dispozicion, por provat për efektivitetin e <u>testimit të përshtatshmërisë</u> janë të kufizuara dhe ndryshimi në furnizimin e llojeve të maskave N95 mund të bëjë që çdo rekomandim për testimin e përshtatshmërisë të jetë i vështirë për t'u zbatuar nga një perspektivë praktike [12].
<b>7,3</b>	Stafi me mjekër duhet të inkurajohet të heq qimet e fytyrës për të siguruar përshtatje të mirë të maskës [24].
<b>7,4</b>	Për të gjitha rastet e dyshuara dhe të konfirmuara, së paku zbatohen <b>masat mbrojtëse ndaj spërklave</b> . Stafi do të vë artikujt e mëposhtëm: <ul style="list-style-type: none"> <li>Maskë kirurgjikale</li> <li>Robë me mëngë të gjata rezistente ndaj lëngjeve</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syze / mbrojtëse fytyre</li> <li>• Doreza [22]</li> </ul>
7,5	<p>PPM e rekomanduar për stafin që kujdeset për pacientët e infektuar me COVID-19 përfshin masa paraprake shtesë për pacientët me sëmundje të konsiderueshme të frymëmarrjes, kur AGP-të ka të ngjarë dhe/ose kanë kontakt të zgjatur ose shumë të afërt me pacientin.</p> <p>Në këto raste, <b>Masat mbrojtëse të ajrit</b> ndiqen duke përfshirë:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Një maskë N95/P2</li> <li>• Robë me mëngë të gjata rezistente ndaj lëngjeve</li> <li>• Syze/mbrojtëse fytyre</li> <li>• Doreza [24]</li> </ul>
7,6	<p>Përveç kësaj, mund të konsiderohen pikat e mëposhtme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mbulesa e flokëve për AGP.</li> <li>- Këpucë që janë të padepërshkueshme nga lëngjet dhe mund të fshihen.</li> </ul> <p>Përdorimi i përsëritur i mbulesave të këpucëve nuk rekomandohet pasi heqja e përsëritur ka të ngjarë të rrisë rrezikun e kontaminimit të stafit [12].</p>
7,7	<p>PPM-të duhet të mbeten në vend dhe të vishen në mënyrë korrekte për kohëzgjatjen e ekspozimit ndaj zonave potencialisht të kontaminuara. PPM, posaçërisht maskat nuk duhet të rregullohen gjatë kujdesit ndaj pacientit [24].</p>
7,8	<p>Përdorni një proces hap pas hapi për vënien dhe heqjen e PPM-ve, sipas udhëzimeve lokale [24].</p>
7,9	<p>Kontrolloni udhëzuesit lokalë për informacion mbi pastrimin e uniformave dhe/ose veshjen e uniformave jashtë punës nëse ekspozohen ndaj COVID-19. Për shembull, ndryshimi në pastrime mund të rekomandohet në udhëzimet lokale [12] dhe/ose stafi mund të inkurajohet të ndërrojë uniformën e tyre para se të largohet nga puna dhe të transportojë uniformat e veshura në shtëpi në një qese plastike për larje në shtëpi.</p>
7,10	<p>Minimizimi i efekteve personale në vendin e punës. Të gjitha sendet personale duhet të hiqen para hyrjes në zona klinike dhe heqjes së PPM-së. Kjo përfshin vathë, orë, varëse, telefon celular, pager, stilolapsa etj.</p> <p>Përdorimi i stetoskopit duhet të minimizohet [12]. Nëse kërkohet, përdorni stetoskopë të dedikuar brenda zonave të izolimit [19, 23].</p> <p>Flokët duhet të lidhen mbrapa të largohen nga fytyra dhe sytë [24].</p>
7,11	<p>Kujdesi i personelit për pacientë të infektuar duhet të aplikojë PPM të saktë, pavarësisht nga izolimi fizik. Për shembull, nëse pacientët janë të grupuar në një hapësirë me dhoma të hapura, personeli që punon brenda kufijve të asaj hapësire të NjKI-së por jo i përfshirë direkt në kujdesin e pacientit duhet të veshin edhe PPM. Në mënyrë të ngjashme, një herë pacientët e infektuar marrin shërbimin e infermierisë në një repart të hapur.</p>
7,12	<p>Kur një njësi është duke u kujdesur për një pacient të konfirmuar ose të dyshuar me COVID-19, rekomandohet që të gjitha veshjet dhe zhveshjet dhe marrja nga puna të mbikëqyren nga një anëtar i stafit të trajnuar si duhet [12].</p>
7,13	<p>Shmangni përdorimin e përbashkët të pajisjeve. Preferohet të përdorni vetëm pajisje me një përdorim të vetëm.</p>

7,14	Vishni një përparëse shtesë nëse priten vëllime të mëdha të ekspozimit të lëngjeve [24].
7,15	Nëse përdoren artikuj të ripërdorshëm të PPM-së, p.sh. syze - këto duhet të pastrohen dhe dezinfektohen para ripërdorimit [24].

## REFERENCAT

1. del Rio, C. dhe P.N. Malani, *2019 Novel Coronavirus—Important Information for Clinicians*. JAMA, 2020. **323**(11): f. 1039-1040.
2. Organizata Botërore e Shëndetësisë, *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report 46*, 2020.
3. Sohrabi, C., Z. Alsafi, N. O'Neill, M. Khan, A. Kerwan, A. Al-Jabir, C. Iosifidis, dhe R. Agha, *World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)*. Int J Surg, 2020. **76**: f.71-76.
4. Guan, W.-j., Z.-y. Ni, Y. Hu, W.-h. Liang, C.-q. Ou, J.-x. He, L. Liu, H. Shan, C.-l. Lei, D.S.C. Hui, B. Du, L.-j. Li, G. Zeng, K.-Y. Yuen, R.-c. Chen, C.-l. Tang, T. Wang, P.-y. Chen, J. Xiang, S.-y. Li, J.-l. Wang, Z.-j. Liang, Y.-x. Peng, L. Wei, Y. Liu, Y.-h. Hu, P. Peng, J.-m. Wang, J.-y. Liu, Z. Chen, G. Li, Z.-j. Zheng, S.-q. Qiu, J. Luo, C.-j. Ye, S.-y. Zhu, dhe N.-s. Zhong, *Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China*. New England Journal of Medicine, 2020.
5. van Doremalen, N., T. Bushmaker, D.H. Morris, M.G. Holbrook, A. Gamble, B.N. Williamson, A. Tamin, J.L. Harcourt, N.J. Thornburg, S.I. Gerber, J.O. Lloyd-Smith, E. de Wit, dhe V.J. Munster, *Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1*. New England Journal of Medicine, 2020.
6. Yoon, S.H., K.H. Lee, J.Y. Kim, Y.K. Lee, H. Ko, K.H. Kim, C.M. Park, dhe Y.H. Kim, *Chest Radiographic and CT Findings of the 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): Analysis of Nine Patients Treated in Korea*. Korean J Radiol, 2020. **21**(4): f.494-500.
7. Zhao, D., F. Yao, L. Wang, L. Zheng, Y. Gao, J. Ye, F. Guo, H. Zhao, and R. Gao, *A comparative study on the clinical features of COVID-19 pneumonia to other pneumonias*. Clin Infect Dis, 2020.
8. Peng, Q.Y., X.T. Wang, L.N. Zhang, dhe G. Chinese Critical Care Ultrasound Study, *Findings of lung ultrasonography of novel corona virus pneumonia during the 2019-2020 epidemic*. Intensive Care Med, 2020.
9. Chen, N., M. Zhou, X. Dong, J. Qu, F. Gong, Y. Han, Y. Qiu, J. Wang, Y. Liu, Y. Wei, J. Xia, T. Yu, X. Zhang, dhe L. Zhang, *Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study*. Lancet, 2020. **395**(10223): f.507-513.
10. Zhou, F., T. Yu, R. Du, G. Fan, Y. Liu, Z. Liu, J. Xiang, Y. Wang, B. Song, X. Gu, L. Guan, Y. Wei, H. Li, X. Wu, J. Xu, S. Tu, Y. Zhang, H. Chen, dhe B. Cao, *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study*. Lancet, 2020.
11. Xie, J., Z. Tong, X. Guan, B. Du, H. Qiu, dhe A.S. Slutsky, *Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China*. Intensive Care Medicine, 2020.
12. Shoqata e Australisë dhe Zelandës së Re për Kujdes Intensiv, *ANZICS COVID-19 Guidelines*, 202, ANZICS: Melbourne.
13. Kress, J.P. dhe J.B. Hall, *ICU-acquired weakness and recovery from critical illness*. N Engl J Med, 2014. **370**(17): f.1626-35.
14. Herridge, M.S., C.M. Tansey, A. Matté, G. Tomlinson, N. Diaz-Granados, A. Cooper, C.B. Guest, C.D. Mazer, S. Mehta, T.E. Stewart, P. Kudlow, D. Cook, A.S. Slutsky, dhe A.M. Cheung, *Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome*. N Engl J Med, 2011. **364**(14): f.1293-304.
15. Brouwers, M.C., M.E. Kho, G.P. Browman, J.S. Burgers, F. Cluzeau, G. Feder, B. Fervers, I.D. Graham, S.E. Hanna, dhe J. Makarski, *Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement*. Cmaj, 2010. **182**(10): f. 1045-52.

16. Schünemann, H.J., W. Wiercioch, J. Brozek, I. Etzeandía-Ikobaltzeta, R.A. Mustafa, V. Manja, R. Brignardello-Petersen, I. Neumann, M. Falavigna, W. Alhazzani, N. Santesso, Y. Zhang, J.J. Meerpohl, R.L. Morgan, B. Rochweg, A. Darzi, M.X. Rojas, A. Carrasco-Labra, Y. Adi, Z. AlRayees, J. Riva, C. Bollig, A. Moore, J.J. Yepes-Nuñez, C. Cuello, R. Waziry, dhe E.A. Akl, *GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT*. *J Clin Epidemiol*, 2017. **81**: f.101-110.
17. Moberg, J., A.D. Oxman, S. Rosenbaum, H.J. Schünemann, G. Guyatt, S. Flottorp, C. Glenton, S. Lewin, A. Morelli, G. Rada, dhe P. Alonso-Coello, *The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions*. *Health Res Policy Syst*, 2018. **16**(1): f.45.
18. Shërbimi për Zhvillimin e Shkathtësive Klinike, Q.H. *Physiotherapy and Critical Care Management eLearning Course*. Accessed 21/3/20]; Available at <https://central.csd.s.qld.edu.au/central/courses/108>].
19. Organizata Botërore e Shëndetësisë, *Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: Interim Guidance*, M. 2020, Editor2020.
20. Queensland Health, *Clinical Excellence Division COVID-19 Action Plan: Statewide General Medicine Clinical Network*, 2020.
21. Fakulteti i Mjekësisë për Kujdes Intensiv. *Guidelines for the provision of the intensive care services*. 2019; Available from: <https://www.ficm.ac.uk/news-events-education/news/guidelines-provision-intensive-care-services-gpics-%E2%80%93-second-edition>.
22. Alhazzani, W., M. Moller, Y. Arabi, M. Loeb, M. Gong, E. Fan, S. Oczkowski, M. Levy, L. Derde, A. Dzierba, B. Du, M. Aboodi, H. Wunsch, M. Cecconi, Y. Koh, D. Chertow, K. Maitland, F. Alshamsi, E. Bely-Cote, M. Greco, M. Laundry, J. Morgan, J. Kesecioglu, A. McGeer, L. Mermel, M. Mammen, P. Alexander, A. Arrington, J. Centofanti, G. Citerio, B. Baw, Z. Memish, N. Hammond, F. Hayden, L. Evans, dhe A. Rhodes, *Surviving sepsis campaign: Guidelines of the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. *Critical Care Medicine*, 2020. **Epub Ahead of Print**.
23. Organizata Botërore e Shëndetësisë, *Clinical Management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim Guidance*, 2020. f. WHO Reference number WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4.
24. Metro North, *Interim infection prevention and control guidelines for the management of COVID-19 in healthcare settings*, 2020: [https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0038/939656/qh-covid-19-Infection-control-guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0038/939656/qh-covid-19-Infection-control-guidelines.pdf).
25. Stiller, K., *Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review*. *Chest*, 2013. **144**(3): f. 825-847.
26. Green, M., V. Marzano, I.A. Leditschke, I. Mitchell, dhe B. Bissett, *Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians*. *J Multidiscip Healthc*, 2016. **9**: f.247-56.
27. Hodgson, C.L., K. Stiller, D.M. Needham, C.J. Tipping, M. Harrold, C.E. Baldwin, S. Bradley, S. Berney, L.R. Caruana, D. Elliott, M. Green, K. Haines, A.M. Higgins, K.-M. Kaukonen, I.A. Leditschke, M.R. Nickels, J. Paratz, S. Patman, E.H. Skinner, P.J. Young, J.M. Zanni, L. Denehy, dhe S.A. Webb, *Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults*. *Critical Care*, 2014. **18**(6): f. 658.