

- ! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.



ZAŁĄCZNIK 3. LISTA KONTROLNA DLA ODDZIAŁÓW PRZYJMUJĄCYCH PACJENTÓW Z COVID-19

DOROTA OZGA^{1, 2} | SABINA KRUPA^{1, 2} | PAWEŁ WITT^{1, 3}

1 Grupa Robocza ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

2 Zakład Dydaktyki w Intensywnej Opiece Medycznej i Ratownictwie Medycznym Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

3 Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie

DOI: dx.doi.org/10.15374/PwAilO2020005

COVID-19 jest trzecim koronawirusem, który pojawił się w ciągu ostatnich dwóch dekad, powodując międzynarodową epidemię, a co za tym idzie – znaczną chorobowość oraz śmiertelność na całym świecie [5]. Wirus ten wywołał chorobę u dziesiątków tysięcy pacjentów i nadal się rozprzestrzenia, jest poważnym problemem dla całego zespołu terapeutycznego w obszarze oddziału intensywnej terapii (OIT) na całym świecie. Działania przygotowawcze muszą obejmować: badanie zdolności do przyjęcia pacjenta na OIT, przeglądy protokołów kontroli infekcji i ocenę diagnostyki laboratoryjnej. Ważne jest, aby wykorzystywać doświadczenia i zalecenia opracowane na podstawie poprzednich epidemii koronawirusa. Pozwoli to na poprawę zdolności skutecznego reagowania i jednocześnie zapewnienie najlepszej możliwej opieki zarażonym pacjentom, a jednocześnie na ochronę siebie i naszych społeczności [1, 5]. Wstępne raporty z Chin i Włoch sugerują wysoką śmiertelność w OIT [4, 6]. Należy dążyć w opracowaniach badawczych do dokładniejszej charakterystyki zakażenia COVID-19 u krytycznie chorych pacjentów, aby pomóc w podejmowaniu decyzji dotyczących zdolności opieki krytycznej oraz odpowiedniej alokacji zasobów [2]. Lista kontrolna opracowana przez Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii ma na celu pomoc placówkom opieki zdrowotnej w ustaleniu priorytetów wdrażania strategii zgodnie z priorytetami przyjętymi na całym świecie w przypadku wirusa COVID-19. Kontrole techniczne wewnątrz zakładu opieki zmniejszają ryzyko narażenia personelu medycznego na kontakt z osobą zakażoną. Zalecane jest umieszczenie bariery między zagrożeniem a pracownikiem służby zdrowia (specjalne szyby pomiędzy stanowiskiem pielęgniarek a pacjentem) [3].

Lista kontrolna dla oddziałów przyjmujących pacjentów z COVID-19:

1. Izolatka przygotowana na przyjęcie pacjenta.
2. Wydzielona strefa buforowa/śluzka dla personelu medycznego.
3. Wbudowana bariera, tj. szklana/plastikowa ściana oddzielająca pacjenta od personelu.
4. Prawidłowo działający system wentylacyjny – zapewnienie ruchu powietrza od czystego do zanieczyszczonego.
5. Sprawny przycisk wezwania pomocy dla personelu znajdującego się w strefie pacjenta.
6. Ograniczenie liczby pacjentów przemieszczających się w niedalekiej odległości od strefy pacjenta zarażonego (oddział sąsiadujący).
7. Ograniczenie liczby pacjentów udających się do szpitala, badanie pacjentów pod kątem toczącego się procesu chorobowego.
8. Wykluczanie wszystkich pracowników służby zdrowia niezwiązanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem i mogących pracować zdalnie (np. dietetycy, pracownicy socjalni).
9. Ograniczenie bezpośrednich spotkań pracowników służby zdrowia z pacjentami niewymagającymi pilnej opieki.
10. Wylimitowanie osób odwiedzających.
11. Wdrożenie kontroli: identyfikacja i ocena pacjentów/osób pośrednich, którzy mogą być chorzy lub narażeni na wirusa.
12. U pacjenta, u którego podejrzewa się zakażenie, stosowanie maski twarzowej do momentu umieszczenia w sali izolacji.
13. Pogrupowanie pacjentów zarażonych tym samym patogenem, aby ograniczyć ich opiekę do jednego obszaru.
14. Wyznaczenie przez osobę odpowiedzialną za organizację zespołu podzespołów pracowników i rozdzielenie zadań na początku pełnionego dyżuru.
15. Monitorowanie pacjentów za pomocą monitora zbiorczego i ograniczenie podchodzenia do łóżka chorego.
16. Przeszkolenie personelu z zakresu obsługi respiratora.
17. Zaplanowanie szkolenia pracowników na większą skalę, w razie potrzeby podczas pandemii (ustalono możliwości kadrowe).
18. Ograniczenie użycia respiratorów (pacjenci wydolni oddechowo są rozintubowani).
19. Zaopatrzenie się w odpowiednią liczbę zestawów do odsysania w systemie zamkniętym.

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

20. Zaopatrzenie się w odpowiednią liczbę filtrów do respiratorów.
21. Skrócenie czasu pobytu w szpitalu dla stabilnych medycznie pacjentów, których można wypisać.
22. Używanie respiratorów zdezynfekowanych, sprawdzonych, przetestowanych.
23. Przygotowanie dodatkowych masek oddechowych poza salą pacjenta zarażonego COVID-19.
24. Wyeliminowanie pracowników o podwyższonym ryzyku ciężkiej choroby, która może zostać nasiloną przez COVID-19, lub tych po kontakcie z osobami potencjalnie zakażonymi (osoby z przewlekłymi schorzeniami, kobiety w ciąży, kobiety planujące ciążę).
25. Wyznaczenie miejsca odpoczynku dla osób pełniących opiekę nad pacjentem z COVID-19.
26. Zapewnienie opieki klinicznej dla pracowników pełniących opiekę nad pacjentem z COVID-19.

PIŚMIENNICTWO

1. Arabi YM, Murthy S, Webb S. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. Intensive Care Med 2020 [Epub ahead of print].
2. Bhatraju PK, Ghassemieh BJ, Nichols M et al. Covid-19 in critically ill patients in the Seattle region – case series. N Eng J Med 2020 [Epub ahead of print].
3. Centers for Disease Control and Prevention. Checklist for healthcare facilities: strategies for optimizing the supply of N95 respirators during the COVID-19. Response. CDC (online); <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/index.html>
4. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. JAMA 2020 [Epub ahead of print].
5. Perlman S. Another decade, another coronavirus. N Engl J Med 2020;382(8):760–762.
6. Yang X, Yu Y, Xu J et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med 2020 [Epub ahead of print].