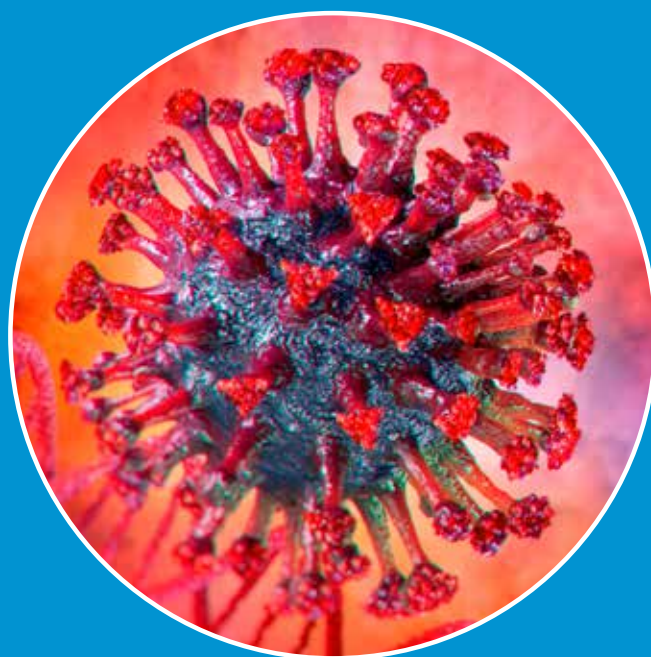


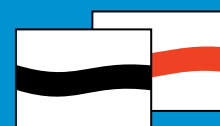
BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



2 /2020
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ♦ ŻYCZENIA ŚWIĄTECZNE
- 2 ♦ KOLEŻANKO I KOLEGO
STAN EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2
- 3 ♦ CIVID- 19 – CHOROBA WYWOŁANA PRZEZ KORONAWIRUS
- 6 ♦ KOMUNIKAT DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 7 ♦ APEL PREZESA NRPIP
- 9 ♦ ROZPORZĄDZENIE MZ W SPRAWIE ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2
- 10 ♦ ZASADY ZAKŁADANIA I ZDEJMOWANIA ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ
- 21 ♦ WYTYCZNE POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM PODEJRZANYM ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2
- 29 ♦ SARS-CoV-2 ZALECENIA DLA INSTRUMENTARIUSZEK I PIELĘGNIAREK OPERACYJNYCH
- 33 ♦ STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
- 45 ♦ ZALECENIA W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2 DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH/POŁOŻNYCH POZ
- 53 ♦ ZALECENIA KONSULTANTÓW, PREZESA PTPiP, PREZESA PTN DOTYCZĄCE PORODU W PRZYPADKU POTWIERDZONEGO ZAKAŻENIA KOBIETY CIĘŻARNEJ WIRUSEM COVID-19
- 54 ♦ ZALECENIA DLA ZESPOŁU OPIEKI PALIATYWNEJ W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-CoV-2
- 58 ♦ WYTYCZNE KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO DO STOSOWANIA PIELĘGNIARKI POZ W CZASIE EPIDEMII
- 63 ♦ APEL SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH Z DNIA 1 KWIEŚNIA 2020 R.
- 65 ♦ ZMIANY PRZEPISÓW PRAWNYCH DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZASIE EPIDEMII COVID-19
- 66 ♦ STANOWISKO PREZYDIUM NRPIP W SPRAWIE UZNANIA CHOROBY ZAKAŻEJ WYWOŁANEJ U PIELĘGNIARKI LUB POŁOŻNEJ WIRUSEM SARS-CoV-2 ZA CHOROBY ZAWODOWĄ
- 67 ♦ UCHWAŁA NRPIP W SPRAWIE OKREŚLENIA KALENDARZA WYBORCZEGO
- III s. okł. ♦ UCHWAŁA NRPIP W SPRAWIE OKREŚLENIA KALENDARZA WYBORCZEGO

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA
UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 71 784 18 45,
email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59–220 Legnica,
tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr KATARZYNA SALIK
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej Curie 58,
50–368 Wrocław, tel.: 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95,
email: kasiatolik1@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
ul. Warszawska 2, 52–114 Wrocław, tel.: 71 342 8631 wew. 344,
604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum
Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirsfelda 12, 53–413 Wrocław, tel.: 71 368 92 60,
603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ,
ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310,
email: naczelnia.pielgniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59–220 Legnica, tel.: 76 721 14 01,
661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA PRZEWELEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica,
tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław,
tel.: 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO
– mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA,
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii i Zakład Neonatologii,
ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941,
e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr JERZY TWARDAK
Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet
Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław
tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO dr hab.n. o zdrowiu
IZABELLA UCHMANOWICZ
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław, Zakład Pielęgniarsstwa
Internistycznego Katedra Pielęgniarsstwa Klinicznego, ul. Bartła 5,
51-618 Wrocław, tel. 71 784 18 23, e-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA
Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław
tel. 793 386 502, e-mail. anna.szachowska@gmail.com

**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
fax: 74 84 23 325
godziny pracy biura:
7:30–15:30

e-mail:
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

strona internetowa
www.oipip.walbrzych.pl

Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca ORPIP:
Maria Pałeczka
przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:
Anna Stanicka
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515
fax: 74 84 23 325
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

Rejestr praktyk zawodowych:
Anna Kota
tel.: 74 81 79 519
praktykazawodowa@oipip.walbrzych.pl

Rejestr prawa wykonywania zawodu:
Marzena Gidzińska
tel.: 74 81 79 517
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl

Księgowość:
Aleksandra Neter
tel.: 74 81 79 516
ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl

Obsługa administracyjno-prawna:
Kancelaria prawna §
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajcarz

Dyżur biurowy:

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**
Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPIP:
Pierwszy i trzeci poniedziałek każdego miesiąc
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce KONTAKT.

W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:
Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziewięcka
justyna@terenyweny.pl



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu



*Zdrowych, pogodnych Świąt Wielkanocnych
przepętnionych ciepłem i miłością Najbliższych.
Chwil, które w tym niezwykle trudnym czasie
dadzą wsparcie, nadzieję, wyciszą lęki i emocje.*

*Składam wyrazy należnego szacunku za trud, poświęcenie,
za niesienie pomocy tym najbardziej potrzebującym.*

*W imieniu własnym oraz
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
Maria Pałeczka
Przewodnicząca ORPiP*

Wielkanoc 2020



Koleżanki i Koledzy Pielęgniarki, Pielęgniarze, Położne

Informuję, że praca biura w OIPiP w Wałbrzychu nie ulega zmianie.
Czynne jest od poniedziałku do piątku w godzinach: 7.30-15.30

Wszelkie informacje dotyczące refundacji kosztów kształcenia, pomocy prawnej i innej udzielane są na bieżąco.

kontakt: e-mail: sekretariat@oipip.walbrzych.pl

tel.: 74 84 25605, 74 81 79 515

ważne, bieżące informacje: www.oipip.walbrzych.pl

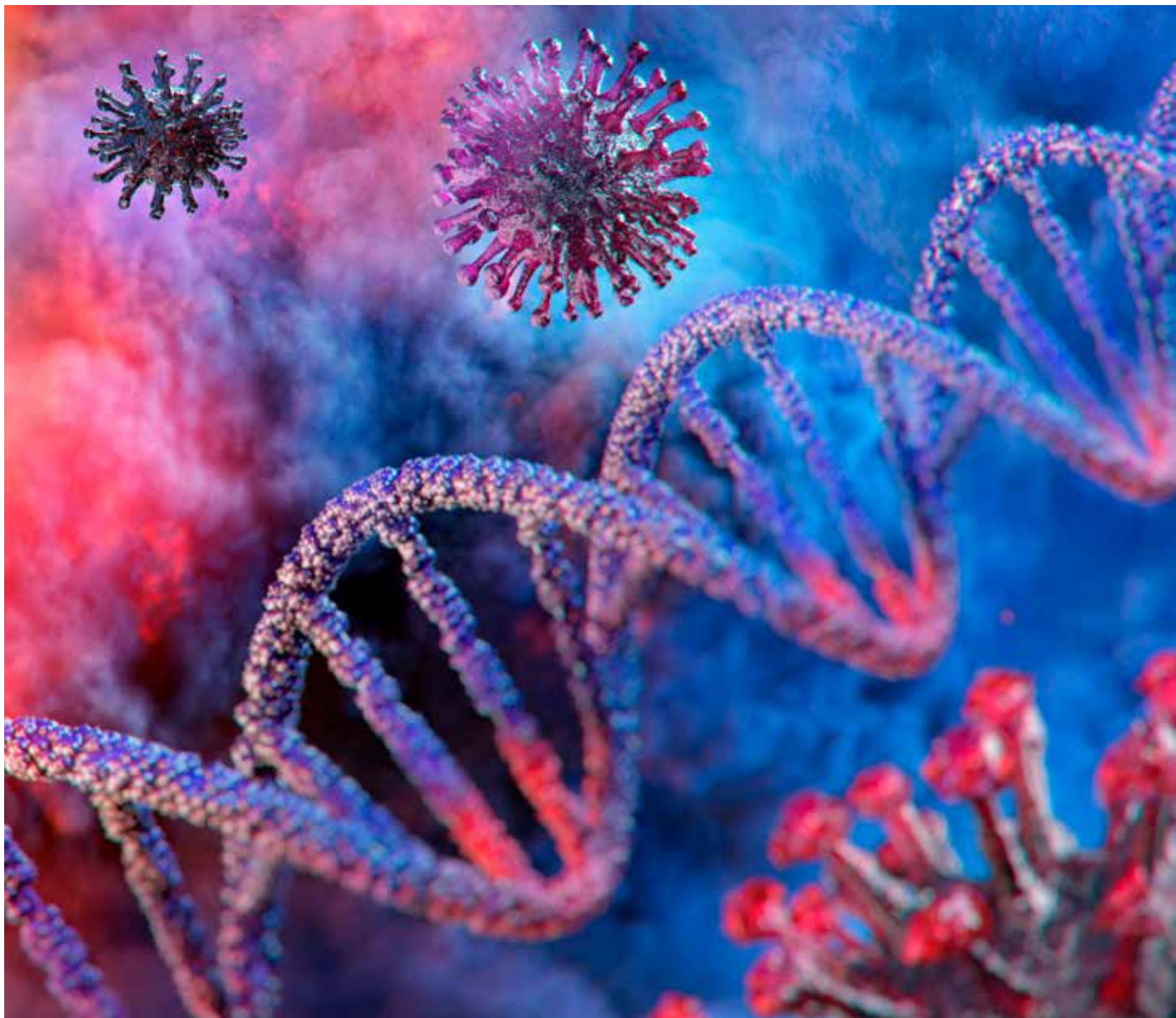
Sytuacja epidemiczna w kraju w związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARSCoV-2 jest bardzo dynamiczna. Realizacja opieki pielęgniarskiej w sytuacji tak olbrzymiego ryzyka epidemiologicznego wymaga od pielęgniarek pielęgniarzy, położnych ogromnej odpowiedzialności za zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa własnego.

W związku z powyższym apelujemy do pracodawców i decydentów o zapewnienie pracownikom medycznym bezpiecznych warunków pracy, w tym odpowiedniej do sytuacji odzieży ochronnej.

Koleżankom i Kolegom – Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym oraz Wszystkim, którzy wykonują inne zawody medyczne składamy gorące podziękowania za wyjątkowo trudną, odpowiedzialną pracę, z narażaniem własnego zdrowia i życia ratując zdrowie i życie pacjentom

(-) Maria Pałeczka
Przewodnicząca ORPiP w Wałbrzychu

COVID-19



COVID-19 to choroba wywołana przez koronawirus z Wuhan (2019-CoV). Wcześniej choroba nie miała nazwy i postulowano się określeniami typu „choroba wywołana przez koronawirus” lub „zachorowanie z powodu zakażenia koronawirusem z Wuhan”. Nazwa COVID-19 została ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązuje oficjalnie. „CO” w nazwie oznacza koronę (ang. *corona*), „VI” – wirus (ang. *virus*), „D” - chorobę (ang. *disease*), a liczba 19 wskazuje rok pojawienia się wirusa – 2019 (Corona-Virus-Disease-2019). Różnica między koronawirusem a COVID-19 jest taka, że koronawirus to czynnik wywołujący chorobę, a COVID-19 to choroba, czyli zespół objawów spowodowanych przez ten czynnik. Istnieją

doniesienia, że wirus może przetrwać w aerozolu wytwarzanego przez osobę chorą (podczas kaszlu, kichania) w pomieszczeniu nawet do 3 godzin. Tak zaraziła się jedna osoba, która jechała autobusem, w którym wcześniej przebywał chory.

Pierwszy potwierdzony przypadek zakażenia koronawirusem (2019-nCoV) w Polsce w dniu 4 marca 2020. Wirus z Azji dotarł do Europy, a także do Ameryki Północnej, Ameryki Południowej, Australii i Afryki.

Koronawirus COVID-19 to wirus należący do rodziny koronawirusów (*coronaviridae*). Koronawirusy występują u zwierząt i powodują u nich różne choroby (układu oddechowego, układu pokarmowego, wątroby, układu nerwowego), wiele zakażeń przebiega też bezobjawowo. Wirusy te często mutują i mają dużą zdolność do zakażenia nowych gatunków. Wszystkie poznane dotąd koronawirusy powodujące zakażenia u ludzi są wirusami, które wywołują objawy ze strony układu oddechowego, bardzo rzadko ze strony innych układów i narządów. Możliwe, że oprócz zakażenia układu oddechowego u dzieci do 12. miesiąca życia mogą wywoływać **biegunkę**. Do 2019 roku poznano 6 wirusów powodujących zakażenia u ludzi. Cztery z nich (229E, OC43, NL63, HKU1) są przyczyną **przeziębienia** o łagodnym przebiegu. Dwa pozostałe (wirusy SARS i MERS) mogą prowadzić do zagrażającej życiu ostrej **niewydolności oddechowej**. Koronawirus 2019-nCoV jest wirusem odpowiedzialnym za obecną epidemię zakażeń układu oddechowego, która rozpoczęła się w Wuhan, w Chinach i tam po raz pierwszy został zidentyfikowany w grudniu 2019 roku.

Nie ma dotychczas żadnych danych wskazujących na to, że zwierzęta domowe, takie jak psy i koty mogą przenosić zakażenie koronawirusem 2019 CoV. Niemniej zaleca się przestrzeganie zasad higieny, np. mycie rąk wodą z mydłem po kontakcie ze zwierzętami domowymi, ponieważ mogą one przenosić na człowieka różne bakterie (np. *E. coli* albo *Salmonellę*).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 11.03.20. ogłosiła pandemię, co oznacza, że nowy koronawirus SARS-CoV-2 rozprzestrzenił się na całym świecie.

12 marca 2020 w Polsce wprowadzono stan epidemiczny zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

13 marca 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego. Wskazuje ono, że w okresie od dnia 14 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłasza się stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Skutkiem tego jest m.in. wstrzymanie międzynarodowych połączeń lotniczych i kolejowych oraz zakaz wjazdu cudzoziemców na teren RP. Z kolei każda osoba przekraczająca granicę państwową w celu udania się do swojego miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązana poddać się obowiązkowej 14-dniowej kwarantannie.

Nie wiadomo, jak zmiany temperatury i wilgotności powietrza mogą wpłynąć na żywotność i rozprzestrzenianie się wirusa. Koronawirus zachowuje większą aktywność w niskiej wilgotności i temperaturach. Trudno powiedzieć, czy zakażenia nowym koronawirusem będą mieć charakter sezonowy, jednak jest to wątpliwy scenariusz z uwagi na to, że kraje o ciepłym i tropikalnym klimacie także mają problem z koronawirusem.

Wirusy mutują, jest to ich powszechna właściwość. W związku z tym nie jest wykluczone, że koronawirus (SARS-CoV-2) może przekształcić się w bardziej niebezpieczny szczep. Jednak bardziej prawdopodobnym scenariuszem jest odwrotne zjawisko, czyli zmiana w kierunku szczepu łagodniejszego. Dzieje się tak dlatego, że wirusy, które powodują choroby o ciężkim przebiegu i zgon gospodarza, mają mniejsze możliwości rozprzestrzeniania się.

Pacjenci z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem COVID-19 mieli objawy zakażenia układu oddechowego, takie jak:

- **gorączka,**
- **kaszel (raczej suchy),**
- **duszność.**

Ponadto często występował także **ból mięśni**, rzadziej **splątanie, ból głowy, ból gardła**, produktywny (czyli „mokry”) kaszel. Biegunka występowała tylko u 2–3% chorych. Objawy zwykle pojawiały się między 2 a 14. dniem po zakażeniu. Początkowo objawy są łagodne, ich nasilenie narasta w czasie.

Przebieg zakażeń COVID-19 jest zróżnicowany: od bezobjawowego, przez łagodną chorobę układu oddechowego (podobną do przeziębienia), po ciężkie **zapalenie płuc** z zespołem ostrej niewydolności oddechowej i/lub niewydolnością wielonarządową.

Około 80% osób, które chorują na COVID-19 nie wymaga leczenia, a choroba ustępuje sama. 1 na 6 osób ma cięższy przebieg choroby, problemy z oddychaniem i wymaga leczenia.

Należy pamiętać, że podobne objawy mogą występować przy wielu innych chorobach, zwłaszcza zakażeniach układu oddechowego, które są dość częste w sezonie jesienno-zimowym. Do zachorowania w powodu koronawirusa COVID-19 niezbędne jest zakażenie, czyli:

- kontakt bezpośredni z osobą chorą (np. przy udzielaniu pomocy medycznej, w pracy, przebywanie w tym samym pomieszczeniu, wspólne podróżowanie lub mieszkanie razem),
- podróżowanie do regionu, w którym wybuchła epidemia w ciągu 14 dni przed pojawieniem się objawów,
- praca w miejscu udzielania pomocy medycznej, gdzie przebywali i byli leczeni chorzy na koronawirus COVID-19.

Tak jak w przypadku innych zakażeń układu oddechowego, zakażenie koronawirusem może powodować łagodne objawy, takie jak ból gardła, kaszel i gorączkę. Jednak u niektórych osób może mieć ciężki przebieg i prowadzić do zapalenia płuc i problemów z oddychaniem.

Śmiertelność wśród wszystkich chorych w Chinach wyniosła 2,3%, w grupie wiekowej 70–79 lat – 8%, Wśród chorych w wieku ≥ 80 lat – 14,8%.

Wśród zachorowań o przebiegu krytycznym śmiertelność wyniosła 49%.

Śmiertelność wśród zakażonych SARS-CoV-2 obciążonych chorobami przewlekłymi była większa: w grupie osób z chorobami układu krążenia – 10,5%, z przewlekłymi chorobami układu oddechowego – 6,3%, z **nadciśnieniem tętniczym** – 6%, z chorobami nowotworowymi – 5,6%.

Dla porównania, z powodu grypy w zależności od sezonu umiera 0,1–0,5% chorych.

Zakażenie koronawirusem COVID-19 może wystąpić u ludzi w każdym wieku. Analiza zachorowań pokazuje, że najcięższy przebieg choroby obserwuje się u osób starszych, z rozpoznanymi wcześniej chorobami przewlekłymi (przede wszystkim układu sercowo-naczyniowego, zaburzeniami neurologicznymi lub cukrzycą) lub zaburzeniami odporności. Dotyczy to także przypadków śmiertelnych.

Koronawirusy są rodziną wirusów, które mogą występować u wielu gatunków ssaków (np. wielbłądów, kotów). Rzadko koronawirusy mogą się przenosić ze zwierząt na ludzi, a następnie dalej z człowieka na człowieka.

Początkowo wydawało się, że przenoszenie koronawirusa COVID-19 wiąże się z kontaktem ze zwierzętami, ponieważ wielu chorych na zapalenie płuc w Wuhan w Chinach zgłaszało, że mieli kontakty z targiem rybnym lub targiem ze zwierzętami. Jednak narastająca liczba chorych, którzy nie mieli takich powiązań, kazała przypuszczać, że wirus przenosi się z człowieka na człowieka. Obecnie wiadomo, że wirus przenosi się z człowieka na człowieka.

Uważa się, że do większości zakażeń u ludzi dochodzi przede wszystkim drogą kropelkową, kiedy zakażona osoba kaszle lub kicha, podobnie jak przenosi się np. wirus grypy. Wirus może także zostać przeniesiony, kiedy człowiek dotknie powierzchni lub przedmiotu, na którym znajduje się wirus (czyli np. ślina osoby chorej), a następnie dotknie swoich ust, nosa lub oczu.

Należy pamiętać, że łatwość przenoszenia się danego wirusa z człowieka na człowieka może się różnić. Zakłada się, że jedna chora osoba zaraża 3-4 kolejne. Stawonogi, jak komary lub kleszcze mogą przenosić tylko takie wirusy, które mają zdolność przetrwania w ich organizmie, znaleźć się w aparacie kłująco-ssącym zwierzęcia i zostać przeniesione do organizmu człowieka.

Nie dotyczy to **koronawirusów**.

Zgodnie z najnowszymi doniesieniami prawdopodobnie jest możliwe zarażenie się koronawirusem od osób, które są zakażone, ale u których nie pojawiły się jeszcze objawy. Jednak bazując na dostępnych danych wiadomo, że za rozprzestrzenianie się wirusa odpowiadają głównie osoby, które mają objawy choroby.

Obecnie nie ma szczepionki zapobiegającej zachorowaniu. Najlepszym sposobem uniknięcia zachorowania jest unikanie kontaktu z wirusem. Sytuacja jest na bieżąco monitorowana. Trwają prace nad stworzeniem szczepionki przeciwko COVID-19.

Obecnie trwa pandemia COVID-19, co oznacza, że wirus jest w wielu krajach na świecie. Dlatego też zapobieganie zakażeniu polega na przestrzeganiu zaleceń władz dotyczących podróżowania, pozostawania w domu, kwarantanny oraz przestrzegania zasad higieny.

Osoby, które mogą być zakażone koronawirusem COVID-19 powinny bezzwłocznie, telefonicznie powiadomić powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną lub zgłosić się bezpośrednio do oddziału zakaźnego lub oddziału obserwacyjno-zakaźnego.

Nie należy zgłaszać się do lekarza rodzinnego lub SOR!

Chorzy otrzymują leczenie, które ma na celu łagodzenie objawów (leczenie objawowe) oraz – w uzasadnionych przypadkach – **chlorochinę**, czyli jedyny lek zarejestrowany w Polsce do leczenia zakażenia SARS-CoV-2.

Istnieją doniesienia, że wirus może przetrwać w aerozolu wytwarzanego przez osobę chorą (podczas kaszlu, kichania) w pomieszczeniu nawet do 3 godzin. Tak zarażała się jedna osoba, która jechała autobusem, w którym wcześniej przebywał chory.

Jeśli koronawirus COVID-19 mógłby zostać przeniesiony na jakiś przedmiot poprzez kichnięcie osoby zakażonej, pozostaje kwestia czasu kontaktu z tym przedmiotem.

Na razie wszystko wskazuje na to, że do przeniesienia zakażenia potrzebny jest bezpośredni kontakt z osobą chorą.

Nie wiadomo, jak zmiany temperatury i wilgotności powietrza mogą wpłynąć na żywotność i rozprzestrzenianie się wirusa. Koronawirus zachowuje większą aktywność w niskiej wilgotności i temperaturach. Trudno powiedzieć, czy zakażenia nowym koronawirusem będą mieć charakter sezonowy, jednak jest to wątpliwy scenariusz z uwagi na to, że kraje o ciepłym i tropikalnym klimacie także mają problem z koronawirusem.

Wirusy mutują się. Jest to ich powszechna właściwość. W związku z tym nie jest wykluczone, że koronawirus (SARS-CoV-2) może przekształcić się w bardziej niebezpieczny szczep. Jednak bardziej prawdopodobnym scenariuszem jest odwrotne zjawisko, czyli zmiana w kierunku szczepu łagodniejszego. Dzieje się tak dlatego, że wirusy, które powodują choroby o ciężkim przebiegu i zgon gospodarza, mają mniejsze możliwości rozprzestrzeniania się.

Źródło: Główny Inspektor Sanitarny





NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Zespół ds. Zarządzania Kryzysowego NIPiP

Komunikat dla pielęgniarek i położnych w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w okresie ogłoszonego stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

W okresie od 14 marca 2020 r do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **personel pielęgniarski ma prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**, w sytuacji gdy nie ma bezwzględnych wskazań do osobistego kontaktu z pacjentem i zachodzi pewność, że świadczenia zostaną udzielone z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i dbałością o bezpieczeństwo pacjenta.

Wprowadzenie wyjątku od osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, pozwoli zarówno na zmniejszenie potencjalnych źródeł zakażenia, jak i w sposób racjonalny pozwoli gospodarować środkami ochrony osobistej.

Od dnia 14 marca 2020 r do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **Identyfikacja pacjenta następuje:**

na podstawie danych przez niego przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, np. internetu, sms, telefonu;

jeżeli w chwili zgłoszenia pacjent nie przekaze danych pozwalających na jego identyfikację, wówczas pacjent może złożyć oświadczenie o przystępującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności systemów, np. internetu, sms, telefonu;

obecnie nie obowiązuje dotychczasowy wzór składania oświadczenia woli.

Od dnia 14 marca 2020 r do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2: **Odstępuje się od wymogu dostarczenia przez pacjenta oryginału skierowania** w terminie nie później niż 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących.



Pacjent ma obowiązek dostarczenia oryginału skierowania w terminie 21 dni od dnia zakończenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 – jednakże nie później niż w dniu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.

PODSTAWA PRAWNA

Podstawą prawną wprowadzenia tego rozwiązania jest art. 11 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U.2019.576 ze zm.) zgodnie z którym:

Pielęgniarka jest zobowiązana do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz §7 w zw. z §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego Dz.U. 2020, poz. 433 ze zm.

Prosimy o rozpowszechnianie powyższej informacji wśród personelu pielęgniarskiego i położniczego

Zespół Zarządzania Kryzysowego
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

Apel

Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

w sprawie postępowania przeciwepidemicznego i medycznego w związku z ryzykiem wybuchu epidemii nowego koronawirusa (SARS-CoV-2) na obszarze Polski skierowane do profesjonalistów medycznych – pielęgniarek, położnych, kadry zarządzającej sektorem ochrony zdrowia i organów władzy publicznej

W trosce o zdrowie i życie osób zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działając na podstawie Ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018.916 t. j.), zwracam się z apelem do wszystkich pielęgniarek i położnych o profesjonalne przygotowanie się do niesienia pomocy medycznej w przypadku podejrzenia zakażenia nowym koronawirusem.

Apelujemy do każdej pielęgniarki i położnej o bezwzględne przestrzeganie standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych wdrożonych w miejscach udzielania pomocy.

Elementarną procedurą jest mycie i dezynfekcja rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem. Personel zajmujący się pacjentem jest zabezpieczony indywidualnymi środkami ochronnymi: maska / półmaska twarzowa (co najmniej FFP2), okulary / gogle / przyłbica, fartuch barierowy / kombinezon, rękawiczki ochronne. Personel w obszarze wykonywania świadczeń zdrowotnych (obszar bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub jego otoczeniem) przestrzega zasady „nic poniżej łokcia”. Personel medyczny przed i po kontakcie z pacjentem, niezależnie od użycia rękawiczek ochronnych, dezynfekuje ręce zgodnie z wytycznymi WHO.

Przypominam, że sytuacja epidemiologiczna rozwija się tak dynamicznie, że każdy pacjent z objawami zakażenia układu oddechowego, może być potencjalnym źródłem zakażenia

nowym koronawirusem. Zalecam zatem systematyczne zapoznawanie się z komunikatami Głównego Inspektora Sanitarnego i procedurami w miejscu pracy, które służą prewencji szerzenia się zakażeń.

Apeluję do kierowników placówek leczniczych o zapewnienie bezpiecznych warunków pracy pielęgniarkom i położnym zobowiązanym do niesienia pomocy medycznej, w szczególności o zaopatrzenie w niezbędne środki ochrony osobistej oraz praktycznych szkoleń w zakresie zapobiegania zakażeniom koronawirusem.

Apeluję do inspektorów sanitarnych, osób kierujących resortem zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia o transparentny i skoordynowany przekaz informacji o zalecanych standardach i procedurach postępowania.

Pragnę podkreślić, iż tylko optymalna organizacja pracy wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie i życie osób przebywających na terytorium naszego kraju jest gwarantem bezpieczeństwa społecznego i dostarczenie fachowej medycznej pomocy osobom jej potrzebującym.

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Zofia Małas

Apel popiera

w imieniu Zarządu Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa

Przewodniczący dr n. med. Paweł Grzesiowski



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 lutego 2020 r.

Poz. 325

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 27 lutego 2020 r.

w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

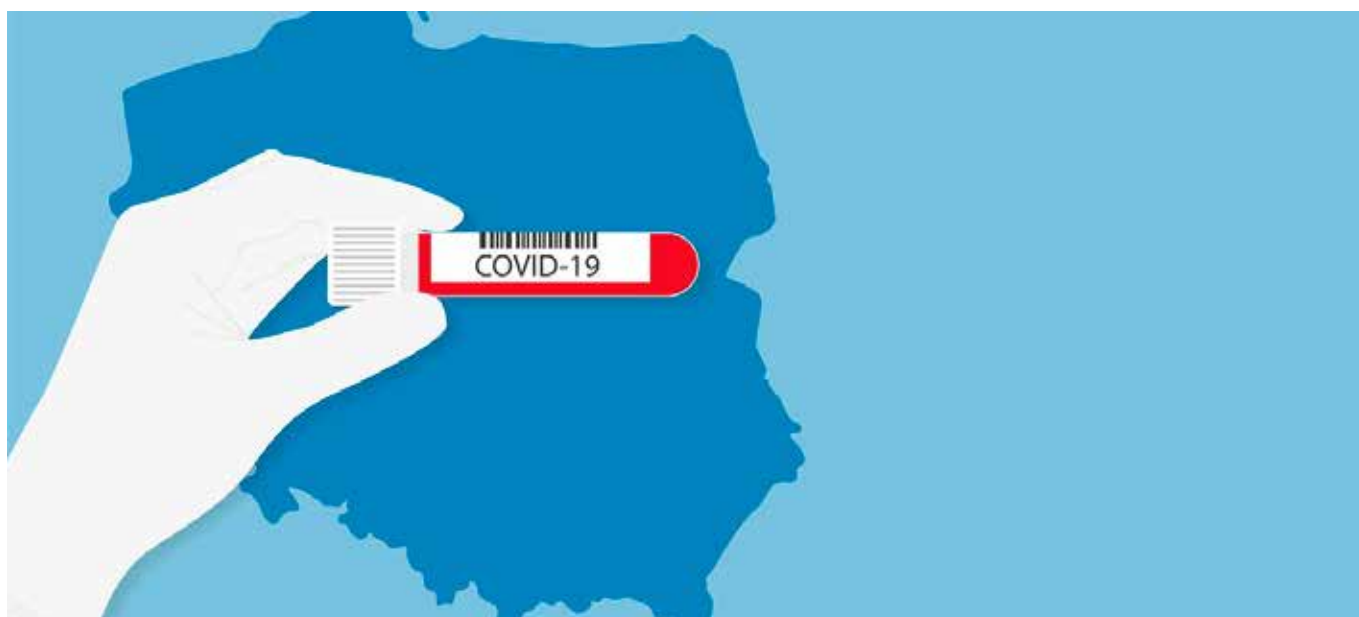
Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ogłasza się, że zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *wz. J. Cieszyński*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).



ZASADY ZAKŁADANIA I ZDEJMOWANIA ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ

Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

Opracowano na zlecenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii na podstawie: European Centre for Disease Prevention and Control. *Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19*. Stockholm: ECDC; 2020

Zawartość dokumentu

Dokument został opracowany w celu wsparcia merytorycznego personelu zajmującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19). Głównymi celami dokumentu są:

- przedstawienie minimalnego zestawu środków ochrony indywidualnej (ŚOI) niezbędnych do bezpiecznego sprawowania opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).
- uświadomienie personelu medycznego o krytycznych aspektach procedury zakładania i zdejmowania ŚOI,
- podniesienie bezpieczeństwa i zminimalizowanie ryzyka wśród personelu medycznego opiekującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Treść opiera się na aktualnych (luty 2020) informacjach na temat choroby COVID-19 oraz ogólnych zasad stosowania ŚOI. W przypadku pojawienia się nowych informacji ECDC dokona aktualizacji wytycznych.

Odbiorcy

Niniejsze wytyczne przeznaczone są dla personelu medycznego oraz służb sanitarno-epidemiologicznych działających na terenie EU/EEA oraz Wielkiej Brytanii.

Czym jest SARS-CoV2 oraz COVID-19?

Czynnikiem etiologicznym choroby COVID-19 jest wirus SARS-CoV2 należący do Koronawirusów (rodzina: Coronaviridae, rodzaj: Betacoronavirus), czyli dużej rodziny otoczkowych, jednoniciowych RNA wirusów. Koronawirusy przenoszone są głównie drogą kropelkową oraz kontaktu bezpośredniego, jednak nie można wykluczyć, że możliwe są również inne drogi zakażenia (np. droga fekalno-oralna, droga powietrzna).

Średni czas wylęgania (od ekspozycji do pojawiania się objawów) wynosi średnio ok. 5-6 dni (od 0 do 14 dni) [1]. Aktualnie nie opracowano leczenia przyczynowego ani szczepionki. Najbardziej wiarygodnymi oraz aktualnymi źródłami informacji odnośnie COVID-19 są te publikowane online przez ECDC [1,4] oraz WHO.

Zestaw ŚOI

Poniżej (Tabela 1, Rycina 1) przedstawiono sugerowany przez ECDC minimalny zestaw ŚOI. Jest on wystarczający do skutecznej ochrony przed zakażeniem drogą kontaktu bezpośredniego, kropelkową oraz powietrzną.

Typ	Sprzęt
Ochrona układu oddechowego	Półmaska FFP2 lub FFP3 (z zastawką lub bez)*
Ochrona oczu	Gogle/okulary ochronne lub przyłbica
Ochrona ciała	Wodoodporny fartuch z długim rękawem (np. chirurgiczny)
Ochrona rąk	Rękawiczki
*W przypadku braku półmasek FFP2/FFP3 zaleca się stosowanie zwykłych maseczek chirurgicznych. W takim wypadku należy na bieżąco oceniać ryzyko i adekwatność ŚOI w kontekście konkretnych pacjentów.	

Tabela 1. Minimalny zestaw ŚOI przeznaczony dla personelu opiekującego się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Ochrona układu oddechowego

Maseczki chronią noszącego przez potencjalnym zakażeniem drogą kropelkową i powietrzną. Różne modele mogą wykazywać zmienny stopień dopasowania do twarzy noszącego – dlatego też wymagają indywidualnego dopasowania.

ECDC sugeruje stosowanie półmasek klasy FFP2 lub FFP3 podczas opieki nad pacjentem podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem. Podczas procedur generujących aerozol (np. indukcja i pobieranie płwociny, intubacja) zaleca się stosowanie półmasek klasy FFP3.

Maseczki chirurgiczne chronią głównie przed wydychanymi kropelkami [5]. Ich użycie zalecane jest w przypadku niedoboru półmasek. Maseczki chirurgiczne nie wymagają indywidualnego dopasowywania.

Ochrona oczu W celu ochrony śluzówki oka przed ekspozycją na cząsteczki wirusa zaleca się stosowanie gogli/okularów ochronnych lub przyłbic (Rycina 2). Ważne: ŚOI stosowane w ochronie oczu powinny być dopasowane do twarzy użytkownika i być kompatybilne ze stosowaną półmaską/maseczką chirurgiczną.

Ochrona ciała Celem ochrony ciała przed skażeniem zaleca się stosowanie wodoodpornych fartuchów z długim rękawem. Nie muszą one być sterylne jeżeli nie wymagają tego warunki konkretnej procedury (np. zakładanie wkłucia centralnego, zabiegi chirurgiczne). W przypadku braku wodoodpornych fartuchów można korzystać z jednorazowych fartuchów foliowych zakładanych na ubiór roboczy.

Ochrona rąk Do ochrony rąk przed skażeniem wystarczające jest używanie standardowych rękawiczek.

Bardziej szczegółowe informacje odnośnie ŚOI w kontekście opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19) znajdują się (po angielsku) pod adresem: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-personal-protective-equipment-needs-healthcare-settings.pdf> [6].



Rycina 1. Sugerowane ŚOI do użytku przez personel zajmujący się pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19): półmaski FFP2 i FFP3, gogle/okulary ochronne, wodoodporny fartuch z długim rękawem.



Rycina 2. Przyłbica

Większość ŚOI dostępna jest w różnych rozmiarach. Ważnym jest by pamiętać, że odpowiednie dopasowanie ŚOI do użytkownika jest konieczne do uzyskania pełnej ochrony. Nieodpowiednio dopasowane ŚOI nie zapewniają pełnej ochrony użytkownika.

Istnieją różne sposoby zakładania i zdejmowania ŚOI. ECDC zaleca stosowanie poniższej procedury w celu zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa personelowi.

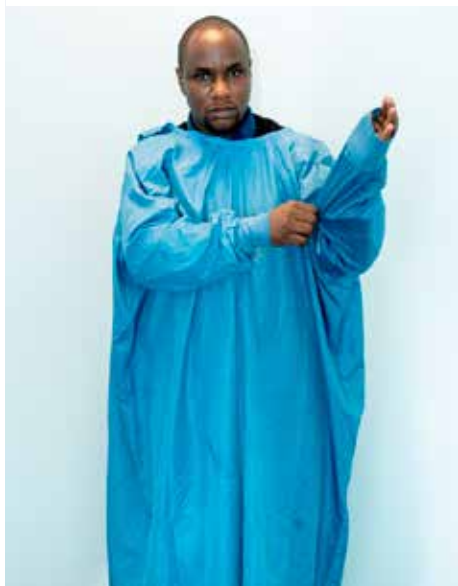
Zakładanie ŚOI

Przed założeniem ŚOI w celu opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19) należy zastosować procedurę higienicznego mycia rąk i dezynfekcji rąk środkiem na bazie alkoholu, zgodnie z zaleceniami producenta oraz międzynarodowymi wytycznymi [7]. Jest to bardzo ważny etap, którego nie należy pomijać (Rycina 3).



Rycina 3. Dezynfekcja rąk z użyciem środka na bazie alkoholu.

Zakładanie ŚOI należy rozpocząć od fartucha (Rycina 4). Istnieją różne typy fartuchów (jedno- i wielorazowe). Poniższe instrukcje dotyczą stosowania fartucha wielorazowego użytku z długim rękawem. W przypadku fartucha zapinanego/wiązanego z tyłu należy skorzystać z asysty osoby trzeciej (Rycina 5).



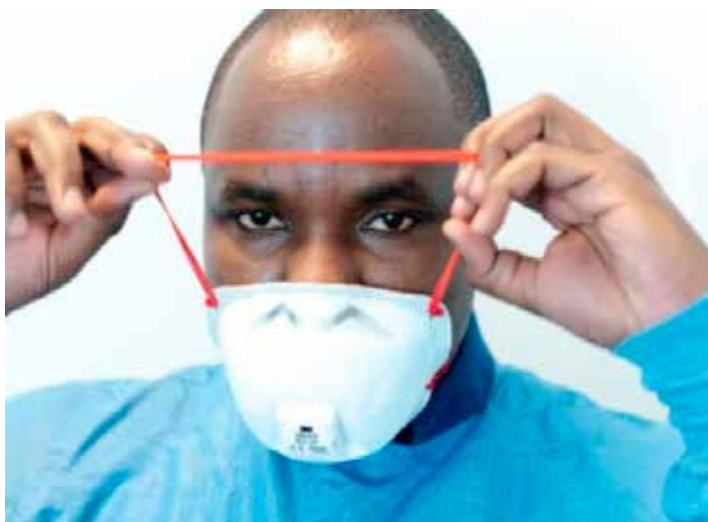
Rycina 4. Zakładanie wodoodpornego fartucha z długim rękawem.



Rycina 5. Asysta zapinająca fartuch z tyłu.

Po założeniu fartucha, należy założyć odpowiednią półmaskę. ECDC zaleca korzystanie z półmasek typu FFP2 lub FFP3 podczas wszystkich badań, procedur i zabiegów dotyczących pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (COVID-19). Po założeniu półmasksi należy sprawdzić jej dopasowanie zgodnie z zaleceniami producenta. Istnieją różne metody sprawdzania dopasowania ŚOI – zostały one opisane w osobnym dokumencie dostępnym pod adresem:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/safe-use-of-ppe.pdf> [5].



Rycina 6. Zakładanie półmasksi FFP2/FFP3.

Należy dopasować metalową listewkę tak by półmaska ściśle przylegała do nosa oraz zaciągnąć paski tak by uzyskać stabilne i komfortowe dopasowanie półmasksi. Jeżeli pojawiają się problem z odpowiednim dopasowaniem maseczki można spróbować skrzyżowania pasków (choć może być to sprzeczne z zaleceniami producenta).



Rycina 7. Dopasowywanie metalowej listewki do kształtu twarzy.

Przy braku dostępności półmasek dopuszcza się stosowanie zwykłych maseczek chirurgicznych (Rycina 8). Podczas zakładania takiej maseczki należy zadbać o jej odpowiednie ułożenie na twarzy oraz ściśle dopasowanie do krzywizny twarzy za pomocą wbudowanej metalowej listewki (Rycina 9).



Rycina 8. Zakładanie maseczki chirurgicznej



Rycina 9. Dopasowywanie maseczki chirurgicznej za pomocą wbudowanej metalowej listewki.

Po założeniu i dopasowaniu półmaski/maseczki należy założyć okulary/gogle ochronne lub przyłbice. Należy założyć je na paski półmaski/maseczki i upewnić się, że jest ona stabilnie i komfortowo zamocowana (Ryciny 10 i 11).



Rycina 10. Zakładanie gogli ochronnych z paskiem elastycznym



Rycina 11. Gogle ochronne z paskiem elastycznym – widok boczny

W przypadku okularów/gogli ochronnych z zausznikami, należy się upewnić, że zostały one prawidłowo założone i są w odpowiednim rozmiarze (Rycina 12).



Rycina 12. Zakładanie gogli ochronnych z zausznikami

Po założeniu ochrony na oczy należy założyć rękawiczki. Przy zakładaniu rękawiczek należy pamiętać, że powinny one nachodzić na rękaw fartucha (Rycina 13). Dla osób uczulonych na lateks należy udostępnić rękawiczki z innego materiału (np. winylowe lub nitylowe).



Rycina 13. Zakładanie rękawiczek.

Zdejmowanie ŚOI

Prawidłowe założenie ŚOI zapewnia dostateczną ochronę przed skażeniem. Po kontakcie z pacjentem należy je ściągnąć. Jest to równie ważna procedura, która musi być przeprowadzana uważnie w celu uniknięcia przypadkowego skażenia.

W pierwszej kolejności należy ściągnąć rękawiczki, będące potencjalnie najbardziej skażonym elementem ŚOI. Przed ściągnięciem rękawiczek można rozważyć ich dezynfekcję za pomocą opartego na alkoholu środka do dezynfekcji rąk. Procedura ściągnięcia rękawiczek składa się z ośmiu kroków (Rycina 14).

Krok 1. Pierwszą rękawiczkę należy chwycić (za pomocą drugiej ręki) pomiędzy nadgarstkiem a dłonią.

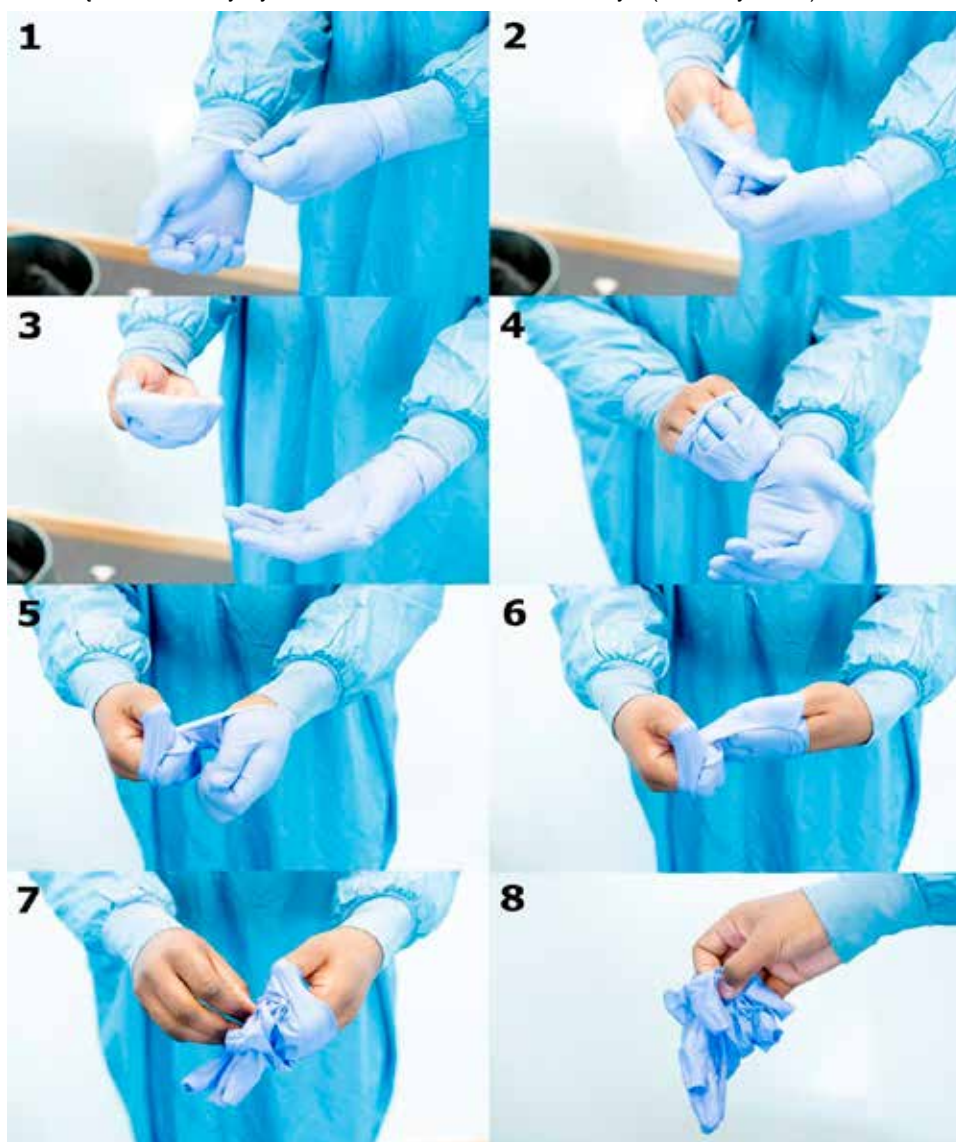
Kroki 2 i 3. Pociągnąć rękawiczkę od siebie tak by wywinęła się na drugą stronę i objęła palce (3).

Krok 4. Za pomocą ręki z zdjętą rękawiczką należy teraz chwycić drugą rękawiczkę pomiędzy dłonią a nadgarstkiem, analogicznie jak w pierwszym kroku.

Kroki 5 i 6. Następnie należy pociągnąć drugą rękawiczkę od siebie, tak by wywinęła się na drugą stronę i objęła palce.

Krok 7. W tym momencie obydwie rękawiczki powinny być do połowy zdjęte. Należy zdjąć pierwszą rękawiczkę całkowicie, łapiąc za jej wewnętrzną część i ściągając z palców. Następnie, ręką bez rękawiczki należy złapać za wewnętrzną część pozostałej rękawiczki.

Krok 8. Rękawiczki należy wyrzucić do worka z materiałem zakaźnym (czerwony worek).



Rycina 14. Procedura ściągnięcia rękawiczek (kroki od 1 do 8).

Po ściągnięciu rękawiczek należy zdezynfekować ręce za pomocą środka na bazie alkoholu i założyć czystą parę rękawiczek by móc bezpiecznie kontynuować procedurę zdejmowania ŚOI.

Po założeniu świeżej pary rękawiczek należy ściągnąć fartuch. W przypadku korzystania z fartucha zapinanego z tyłu (tak jak w tym przykładzie) należy skorzystać z pomocy asysty w celu jego rozpięcia (Rycina 15). Osoba asystująca powinna mieć ubraną maseczkę chirurgiczną oraz rękawiczki. Po ściągnięciu rękawiczek powinna ona zdezynfekować ręce z użyciem środka na bazie alkoholu.

Następnie należy ściągnąć fartuch ochronny łapiąc go z tyłu (Rycina 16) i ciągnąc od siebie wywijając go na lewą stronę, tak by jego skażona część zawinęła się do środka (Rycina 17).



Rycina 15. Rozpinanie fartucha z pomocą asysty



Rycina 16. Ściąganie fartucha – chwyt za jego tylną część



Rycina 17. Ściąganie fartucha – ciągnięcie od siebie.

Fartuchy jednorazowe należy wyrzucić. Fartuchy wielokrotnego użytku powinny zostać przekazane do dezynfekcji. (Rycina 18).



Rycina 18. Umieszczenie fartucha wielorazowego użytku w pojemniku przeznaczonym do dezynfekcji.

Po ściągnięciu fartucha należy ściągnąć gogle. Następnie należy je wyrzucić - jeżeli są one jednorazowego użytku – lub przekazać do dezynfekcji.

Ściąganie gogli z paskiem elastycznym należy rozpocząć od umieszczenia palca pod paskiem a następnie postępować zgodnie z poniższą instrukcją (Rycina 19). Należy unikać kontaktu z przednią częścią gogli, jako potencjalnie skażoną. Procedura zdejmowania gogli z zausznikami została zaprezentowana na Rycinie 20.



Rycina 19. Zdejmowanie gogli z paskiem elastycznym (kroki od 1 do 4).



Rycina 20. Zdejmowanie gogli z zausznikami (kroki 1 i 2).

Po goglach należy ściągnąć półmaskę. Jej zdejmowanie należy rozpocząć od umieszczenia kciuka pod paskiem, następnie należy postępować zgodnie z instrukcją umieszczoną na Rycinie 21.

Półmaska (lub maseczka) powinna być wyrzucona natychmiast po jej ściągnięciu. Ważnym jest by unikać kontaktu z samą maseczką i podczas zdejmowania dotykać jedynie jej pasków.



Rycina 21. Ściąganie półmaski (kroki od 1 do 4).

Następnie należy ściągnąć i wyrzucić rękawiczki używane w procedurze zdejmowania ŚOI. Przed ściągnięciem rękawiczek można rozważyć ich dezynfekcję za pomocą opartego na alkoholu środka do dezynfekcji rąk. Rękawiczki należy ściągać zgodnie z procedurą przedstawioną na Rycinie 8. Po ściągnięciu rękawiczek należy zdezynfekować ręce.

Autorzy (Eksperti ECDC) (w kolejności alfabetycznej)

Cornelia Adlhoch, Orlando Cenciarelli, Scott Chiossi, Mikołaj Handzlik, Michael Ndirangu, Daniel Palm, Pasi Penttinen, Carl Suetens
Tłumaczenie na polski: Szymon Zdanowski

Piśmiennictwo

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report – 29 2020 [updated 19 February 2020; cited 2020 25 February]. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645_2.
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 2020 [internet, cited 2020 24 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>.
3. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak 2020 [cited 2020 24 February]. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission beyond China – fourth update 2020 [cited 2020 24 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SARS-CoV-2-risk-assessment-14-february-2020.pdf.pdf>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Safe use of personal protective equipment in the treatment of infectious diseases of high consequence 2014 [cited 2020 25 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/safe-use-of-ppe.pdf>.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV) 2020 [cited 2020 25 February]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-personal-protective-equipment-needs-healthcare-settings.pdf>.
7. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on hand hygiene in health care 2009 [cited 2020 25 February]. Geneva: WHO; 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=3D5B6AF129FA5FA0F98F7D80DF80EC2D?sequence=1.



WYTYCZNE POSTĘPOWANIA Z PACJENTAMI Z PODEJRZENIEM ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 (CHOROBA COVID-19)

dla podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych

Warszawa, 6 marca 2020 r.

Poniższe wytyczne zostały zredagowane przez dr med. Pawła Grzesiowskiego na podstawie konsultacji z przedstawicielami 30 szpitali oraz 5 stowarzyszeń aktywnych w dziedzinie kontroli zakażeń szpitalnych w Polsce, w tym:

- Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych (Małgorzata Bulanda, Małgorzata Romanik);
- Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa (Paweł Grzesiowski, Anna Tymoczko);
- Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych (Maria Cianciara, Krystyna Brońska);
- Towarzystwo Mikrobiologii Klinicznej (Marzenna Bartoszewicz, Beata Kowalska-Krochmal);
- Małopolskie Stowarzyszenie Komitetów i Zespołów Kontroli Zakażeń (Marian Ciążyński, Monika Pomorska-Wesołowska, Edyta Derlatka).

Wytyczne zatwierdziła:

- Rada Naukowa TUW PZUW pod przewodnictwem Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgosia.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych



Wprowadzenie

Koronawirusy są znane od lat 60 XX wieku, występują u ssaków i ptaków, u ludzi wywołują przeziębienie, biegunkę, zapalenie płuc, ostrą niewydolność oddechową, zaburzenia neurologiczne i kardiologiczne.

W ostatnich 20 latach 3 razy występowały epidemie podtypów, których pierwotnym rezerwuarem są nietoperze:

- **2002-2003 r.** – ciężki ostry zespół niewydolności oddechowej (wirus SARS-CoV) - ok. 8 tys. pacjentów, 26 krajów, 774 zgonów (śmiertelność wśród potwierdzonych przypadków wyniosła ok. 10%);
- **2012 r.** – zespół bliskowschodniej niewydolności oddechowej (wirus MERS-CoV) ok. 2500 przypadków, 27 krajów, 860 zgonów (śmiertelność wśród potwierdzonych przypadków wyniosła ok. 35%);
- **10.2019 r.** – zespół koronawirusowy COVID-19 (wirus Wuhan (2019-nCoV), obecna nazwa SARS-CoV-2), ok. 95 tys. przypadków, 70 krajów, 3,3tys zgonów (śmiertelność wśród potwierdzonych przypadków wynosi ok. 3,4%) - dane z 06.03.2020 r.

Charakterystyka wirusa SARS-CoV-2

Okres wylegania COVID-19 wynosi od 2 do 14 dni, przeciętnie 3-5 dni. Początkowe objawy to gorączka, dreszcze, uczucie zmęczenia, kaszel (czasem krwiopłucie), zapalenie spojówek, bóle mięśni, stawów, głowy i rzadziej objawy ze strony układu pokarmowego (nudności oraz wymioty, ból brzucha, biegunka). Pełnoobjawowy zespół chorobowy o ciężkim przebiegu, obejmuje duszność, obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc, zespół ostrej niewydolności oddechowej, ARDS, uogólnioną reakcję zapalną, niewydolność wielonarządową.

Ryzyko ciężkiego zespołu chorobowego i zgonu wyraźnie koreluje z wiekiem, około 10-15% pacjentów z potwierdzonym zakażeniem ma przebieg ciężki, najwyższe ryzyko zgonu występuje powyżej 70 roku życia (ok. 10-15%). Stwierdza się niską zachorowalność dzieci (ok. 2% wszystkich przypadków), u których przebieg jest najczęściej łagodny. Dodatkowe czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu to oprócz wieku ponad 50 lat, przewlekłe schorzenia płuc, układu krążenia oraz metaboliczne (np. cukrzyca).

Zakaźność rozpoczyna się prawdopodobnie krótko przed wystąpieniem początkowych objawów (1 doba) i utrzymuje się do ich ustąpienia. W pierwszych dniach choroby, materiał zakaźny stanowią wydzielina z nosa, gardła, oskrzeli, łzy, a w późniejszej fazie - także kał, mocza.

Zakażenie następuje drogą kropelkową oraz przez kontakt bezpośredni z wydzielinami pacjenta a także kontakt pośredni ze sprzętami i powierzchniami skażonymi wirusem.

Czas przeżycia wirusa (na podstawie danych dla SARS) na powierzchniach nieożywionych w 4°C wynosi 28 dni, natomiast w 20°C od 2 do 5 dni.

Rozpoznanie zakażenia COVID-19 obejmuje typowy obraz kliniczny, w badaniach dodatkowych obserwuje się leukopenię, podwyższone transaminazy, podwyższone CRP przy

prawidłowym poziomie prokalcytoniny, podwyższone LDH, zaburzenia układu krzepnięcia – podwyższone D-dimery, podwyższony fibrynogen, obniżoną saturację.

W badaniu radiologicznym kl. piersiowej lub CT płuc, stwierdza się rozsiane, obustronne śródmiąższowe zapalenie płuc ze zmianami martwiczo-krwotocznymi. Diagnostyka swoista obejmuje badanie genetyczne (RT-PCR) w kierunku koronawirusa w wydzielinie z nosa /gardła /oskrzeli. W niedługim czasie będą dostępne także testy serologiczne, umożliwiające wykrycie swoistych IgM i IgG po ostrej fazie choroby, które mogą umożliwić ocenę zasięgu epidemii, z uwzględnieniem osób skąpoobjawowych.

Postępowanie przy podejrzeniu koronawirusa.

Najważniejsze cele postępowania obejmują:

- szybkie rozpoznanie,
- izolację zakażonych,
- kwarantannę osób z kontaktu,
- prewencję zakażeń wtórnych u personelu medycznego i osób z otoczenia chorego.

Wirus SARS-CoV-2 nie stanowi najprawdopodobniej znacząco większego zagrożenia niż wirus grypy sezonowej A/H1N1, ponieważ jednak jest nowym czynnikiem zakaźnym, ludzkość nie posiada przeciw niemu odporności i jeśli dojdzie do niekontrolowanej transmisji, masowych zachorowań i zwiększonej liczby przypadków – spowoduje to zablokowanie systemu opieki zdrowotnej i wielu innych gałęzi gospodarki. Dlatego należy podejmować wszelkie działania, mające na celu spowolnienie rozwoju epidemii.

Szczegółowe zasady postępowania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż szpital zakaźny.

Pacjenci z objawami choroby koronawirusowej, mimo zalecenia kontaktu ze szpitalem zakaźnym, mogą trafić do izby przyjęć/ SOR szpitala ogólnego. Dlatego zaleca się opracowanie i wdrożenie procedury postępowania, której celem nadrzędnym będzie jak najszybsze rozpoznanie pacjenta z podejrzeniem zakażenia i ograniczenie jego kontaktu z innymi osobami celem redukcji ryzyka niekontrolowanej transmisji wirusa na terenie placówki medycznej.

Każdy szpital organizuje odrębną „ścieżkę” dla pacjentów z podejrzeniem koronawirusa w zależności od własnych możliwości kadrowych, lokalowych i logistycznych.

Najlepiej, aby trakt komunikacyjny, poczekalnia i punkt przyjęć zlokalizowane były poza głównym traktem przyjęć do szpitala, może być to wydzielona część budynku albo tymczasowo wydzielone pomieszczenie, z poczekalnią, może być to także ogrzewany namiot /kontener przy izbie przyjęć /SOR.

Wydzielone pomieszczenie/pomieszczenia dla pacjentów z podejrzeniem choroby koronawirusowej powinny mieć zabezpieczony dostęp do toalety (optymalnie).

Pomieszczenie należy wyposażyć w:

- środki ochrony osobistej,
- termometr,
- pulsoksymetr,
- dostęp do gazów,
- kardiomonitor (opcjonalnie) /EKG (opcjonalnie),
- dostęp do pobrania krwi i badań mikrobiologicznych oraz diagnostyki radiologicznej i laboratoryjnej, zestaw do resuscytacji.
- środki do dezynfekcji rąk, narzędzi i powierzchni.

Należy wyznaczyć osobę spośród personelu, która skoordynuje ruch pacjentów w w/w pomieszczeniu/ pomieszczeniach.

Ocena pacjentów powinna być przeprowadzana na jak najwcześniejszym etapie np. poprzez instalację domofonu przy wejściu do izby przyjęć /oddziału ratunkowego albo wydzielenie oddzielnego traktu komunikacyjnego i poczekalni dla pacjentów z objawami zakażenia układu oddechowego.

Celem jednoznacznej komunikacji należy przygotować plakat informacyjny dla pacjentów, wskazujący drogi komunikacji i tryb zgłoszenia oraz poinformować /przeszkolić personel medyczny, ochronę szpitala, pracowników rejestracji i szatni o w/w zasadach postępowania/.

Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadza w trybie pilnym szkolenia całego personelu, ze szczególnym uwzględnieniem personelu izby przyjęć /SOR.

Przy wejściu do izby przyjęć /SOR zamontować należy dozowniki z płynem do dezynfekcji rąk w dozownikach uruchamianych bez kontaktu z dłonią.

Przykładowa treść plakatu dla placówek medycznych, informującego pacjentów o ścieżce postępowania w placówce medycznej

Jeśli masz objawy: gorączka powyżej 38 stopni C, kaszel, duszność, trudności z oddychaniem oraz w ciągu ostatnich 14 dni przebywałeś w miejscu gdzie w którym aktualnie występuje epidemia koronawirusa albo miałeś kontakt z chorym na tę infekcję w najbliższym otoczeniu:

KIERUJ SIĘ DO PUNKTU PRZYJĘĆ, KTÓRY ZNAJDUJE SIĘ.....(wyraźnie oznakować „ścieżkę” dla pacjenta).

Po wejściu do izby przyjęć / SOR zdezynfekuj ręce i załóż maskę, którą otrzymasz od personelu medycznego

Definicje przypadków zakażenia COVID-19 wg WHO/ECDC i GIS (z dnia 26.02.2020)

Kryteria kliniczne

Grupa A. Kryteria wymagające dodatkowo spełnienia kryterium epidemiologicznego.

Co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego:

- gorączka
- kaszel
- duszność

Grupa B. Kryteria nie wymagające spełnienia kryterium epidemiologicznego

- osoba hospitalizowana, diagnozowana w kierunku wirusowego zapalenia płuc lub z objawami ciężkiej infekcji układu oddechowego
- osoba należąca do ogniska/klastra wirusowego zapalenia płuc o nieznannej etiologii

Kryteria epidemiologiczne

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym).

Jako bliski kontakt należy rozumieć:

1. zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19,
 2. bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki),
 3. bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
 4. przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
 5. przebywanie w tym samym pomieszczeniu co osoba chora COVID-19 w odległości mniejszej niż 2 m przez co najmniej 15 minut (np. klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej),
 6. personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób chorych na COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej,
 7. kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu);
- podróżowała/przebywała w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się szeroko rozpowszechnioną transmisję COVID-19 ;

- powróciła z obszaru, w którym podejrzewa się lokalną lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisję COVID-19 i której stan kliniczny został oceniony przez lekarza jako wymagający diagnostyki w kierunku COVID-19.

Uwaga: Nie jest uznane za kontakt przyjmowanie przesyłek pochodzących z krajów objętych epidemią.

Kryteria laboratoryjne

Kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego:

- wykrycie kwasu nukleinowego COVID-19 z materiału klinicznego potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa .

Kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego:

Co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- dodatni wynik testu w kierunku obecności koronawirusów (pan-coronavirus test)
- niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy COVID-19

Klasyfikacja przypadku

Podejrzenie przypadku

Każda osoba spełniająca kryterium kliniczne grupy A i kryterium epidemiologiczne lub spełniająca kryterium kliniczne grupy B

Przypadek prawdopodobny

Każda osoba spełniająca kryteria podejrzenia przypadku oraz kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego

Przypadek potwierdzony

Każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego

Uwaga: spełnienie kryteriów podejrzenia przypadku jest wskazaniem do przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej (badania w NIZP-PZH oraz laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w których badania wykonywane są wyłącznie w porozumieniu z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym).

Postępowanie po zgłoszeniu pacjenta do wyznaczonego punktu w izbie przyjęć /SOR.

Pracownik rejestracji przeprowadza uproszczony wywiad potwierdzający występowanie u pacjenta w/w objawów oraz styczność z ogniskiem epidemicznym /osobą zakażoną.

Podczas wywiadu epidemiologicznego należy ustalić również wszystkie osoby, z którymi pacjent miał kontakt. Dane te mogą być pomocne przy wdrażaniu kwarantanny, w razie potwierdzenia zakażenia.

Wywiad jest zbierany, w miarę możliwości bez kontaktu bezpośredniego twarzą w twarz (szyba działowa, komunikator głosowy etc.) a jeśli nie ma takich możliwości, pracownik

rejestracji rozmawia z pacjentem po założeniu maski i okularów ochronnych. Należy spytać o objawy kliniczne, czas ich występowania oraz styczność w ciągu 14 dni z ogniskiem epidemii lub osobą z zakażeniem układu oddechowego.

Jeśli po zebraniu wywiadu pacjent spełnia kryteria, otrzymuje maskę chirurgiczną i oczekuje na dalsze działania.

- Rejestracja wzywa personel medyczny, uprzedzając o ryzyku kontaktu z osobą podejrzaną o zakażenie koronawirusem.
- Personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) zajmujący się pacjentem, jest zabezpieczony indywidualnymi środkami ochronnymi: maską /półmaską twarzą (co najmniej FFP2), okularami /gogle, fartuchem barierowym /kombinezonem, rękawiczkami ochronnymi.
- Pacjent jest przeprowadzony do pomieszczenia izolacyjnego, w którym podejmowane są kolejne czynności (pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe).

Po zbadaniu pacjenta, ustala się dalsze postępowanie – tj. wskazania do hospitalizacji i dalszej diagnostyki w kierunku choroby zakaźnej (m.in. w zależności od wskazań: morfologia, CRP, prokalcytonina, transaminazy, LDH, RTG kl. piersiowej, saturacja, szybki test w kierunku grypy i innych patogenów oddechowych):

- jeśli nie ma wskazań do hospitalizacji, mimo występujących objawów infekcji – pacjent jest kierowany do leczenia domowego z ZLA wystawionym w szpitalu;
- jeśli są wskazania do hospitalizacji – o ile jest to możliwe, należy przesłać pacjenta do szpitala zakaźnego albo innej wytypowanej przez wojewodę placówki, specjalistycznym transportem, jeśli brak miejsc w w/w szpitalach, należy zabezpieczyć miejsce w szpitalu, adekwatnie do stanu pacjenta;
- jeśli pacjent pozostaje w szpitalu, do którego się zgłosił, należy wdrożyć procedurę transportu i izolacji kropelkowej, a w oddziale, w którym będzie przebywał zabezpieczyć salę z możliwością izolacji kropelkowej;
- pacjent – oczekując na badania – nie opuszcza wyznaczonej strefy izolacji i ma założoną maskę, która może być używana maksymalnie przez 1 godzinę; po użyciu maskę należy usunąć do odpadów zakaźnych i założyć pacjentowi świeżą maseczkę, o ile jest taka potrzeba;
- w pomieszczeniu izolacyjnym, jeśli nie ma wentylacji mechanicznej, zaleca się stosowanie przepływowych urządzeń dezynfekujących powietrze dopuszczonych do użycia w obecności ludzi
- po opuszczeniu przez pacjenta strefy izolacji, przeprowadza się dezynfekcję pomieszczeń, w których przebywał pacjent, w szczególności powierzchni dotykowych – środkami dezynfekcyjnymi o działaniu wirusobójczym (wirus SARS-CoV-2 jest wirusem otoczkowym o pełnej wrażliwości na podstawowe preparaty biobójcze o spektrum działania wirusobójczym).
- odpady medyczne powstałe podczas opieki nad pacjentem są traktowane jak odpady medyczne zakaźne i przekazywane w czerwonych workach do utylizacji..

W przypadku podejrzenia / potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2 należy niezwłocznie powiadomić telefonicznie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego a następnie przesłać zgłoszenie na druku ZLK.

Technika higienicznej dezynfekcji rąk wg WHO

🕒 Czas trwania całej procedury: 20-30 sekund



SARS-COV-2: ZALECENIA DLA INSTRUMENTARIUSZEK I PIELEŃNIAREK OPERACYJNYCH

Ministerstwo Zdrowia opublikowało zalecenia Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek dla pielęgniarek operacyjnych pracujących przy operacjach pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Joanna Borzęcka
prezes Ogólnopolskiego
Stowarzyszenia Instrumentariuszek

Nie oddają one całości opieki pielęgniarek operacyjnych. Charakter tej opieki został opisany w standardach pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i obowiązują one również podczas opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. **Celem dokumentu jest wskazanie dodatkowych zachowań i podkreślenie tych aspektów opieki, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa operowanego pacjenta i personelu.**

Zalecenie podzielono na 3 części: faza przedoperacyjna, śródoperacyjna i pooperacyjna. Oprócz tego znalazły się procedury związane ze sprzątnięciem sali operacyjnej po operacji u pacjenta podejrzanego o zakażenie lub zakażonego wirusem SARS-CoV-2, w których przypomniano, że pielęgniarki operacyjne odpowiadają za przeprowadzenie dezynfekcji w sali operacyjnej wnętrza szaf/szuflad, w których są umieszczone wyroby medyczne.

ZALECENIA OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA INSTRUMENTARIUSZEK DLA PIELEŃNIAREK OPERACYJNYCH PRACUJĄCYCH PRZY OPERACJACH PACJENTÓW Z PODEJRZENIEM LUB POTWIERDZONYM ZAKAŻENIEM WIRUSEM SARS-COV-2¹.

Poniższe zalecenia nie oddają całości opieki pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej. Charakter tej opieki został opisany w standardach pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i obowiązują one również podczas opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

¹ Dokument powstał we współpracy ze środowiskiem pielęgniarek operacyjnych zatrudnionych w placówkach posiadających akredytację.

Celem niniejszego dokumentu jest wskazanie dodatkowych zachowań i podkreślenie tych aspektów opieki, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa operowanego pacjenta i personelu.

Poniższe zalecenia nie uwzględniają wszystkich rozwiązań architektonicznych występujących w blokach operacyjnych w Polsce. Należy zatem dostosować je do swoich warunków lokalowych. Zdaniem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek **należy pracować według procedur obowiązujących w danych jednostkach w sytuacji kontaktu z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.**

Niedopuszczalne są praktyki delegowania personelu do pracy w dwóch jednostkach organizacyjnych danego szpitala podczas jednego dyżuru (na przykład delegowanie pielęgniarek operacyjnych do pracy w oddziale, czy na SOR, a potem powrotu na blok operacyjny).

Przy opracowywaniu niniejszych zaleceń korzystano z:

1. Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.
2. Dołba A. *Blok operacyjny. Praktyczne ABC*, Medipage, 2019.
3. Ciuruś M. *Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, 2013.
4. Ming Hua Zeng i wsp. *Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy*.

FAZA PRZEDOPERACYJNA:

1. Po otrzymaniu wiadomości o konieczności przeprowadzenia operacji u pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 obie pielęgniarki pracują zgodnie z wewnętrznymi procedurami dotyczącymi pracy z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie patogenem alarmowym.

2. Pielęgniarki operacyjne mają być powiadomione o rodzaju operacji, metodzie (operacja klasyczna czy techniki małoinwazyjne) oraz o dodatkowym sprzęcie (nie używanym standardowo), w przypadku posiadania kilku rodzajów aparatury lekarz powinien określić swoje wymagania przed przybyciem pacjenta na blok operacyjny (unikanie zbędnego otwierania drzwi z sali operacyjnej).
3. Zaleca się stosowanie ubrania operacyjnego jednorazowego, jednorazowych czapek oraz masek chirurgicznych wiązanych (lepiej przylegają do twarzy). Rekomenduje się stosowanie półmasek FFP2/FFP3 z zastawką lub bez.
4. Zaleca się stosowanie przyłbic lub gogli. Osoba pracująca w okularach korekcyjnych powinna założyć przyłbicę.
5. Zaleca się pracę w dwóch parach rękawic.
6. Podczas wykonywania procedur wymagających stosowania sterylnych zestawów, w tym procedur wykonywanych w pracowniach radiologii zabiegowej u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 **wymagana jest obecność co najmniej dwóch wyszkolonych pielęgniarek operacyjnych**. Niedopuszczalne jest by funkcję pielęgniarki operacyjnej pomagającej pełniła osoba spoza bloku operacyjnego/pracowni radiologii zabiegowej, na przykład pielęgniarka z oddziału.
7. Na sali operacyjnej powinna zostać zgromadzona aparatura medyczna, niezbędna do przeprowadzenia operacji. Na sali operacyjnej nie można gromadzić rzeczy „na wszelki wypadek”.
8. Zaleca się by podczas operacji wykonywanych u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 była dostępna dodatkowa pielęgniarka operacyjna, mająca za zadanie bycia łącznikiem zespołu operacyjnego, przebywająca poza salą operacyjną. Do jej obowiązków należy przyniesienie potrzebnych wyrobów medycznych z innych pomieszczeń bloku operacyjnego i oddanie ich w ręce pielęgniarki operacyjnej pomagającej, która – w miarę możliwości architektonicznych – nie wychodzi na korytarz czysty. Pielęgniarka operacyjna dodatkowa, ma podawać pakiety w rękawicach ochronnych. Celem komunikacji z dodatkową pielęgniarką operacyjną należy używać wewnętrznego interkomu, telefonu wewnętrznego itp. W przypadku braku takiego systemu łączności – ustalić inny sposób, na przykład kartki z nazwą sprzętu pokazywane przez szybę.
9. Jeżeli nie ma możliwości korzystania z pomocy dodatkowej pielęgniarki operacyjnej – wyroby medyczne, które pielęgniarki operacyjne przygotowują „na wszelki wypadek” (na przykład w razie przewidywanej konwersji, rozszerzenia zabiegu itp.) nie powinny być wnoszone na salę operacyjną, lecz przygotowane na odrębnym wózku i pozostawione w „korytarzu czystym”, do którego pielęgniarka operacyjna pomagająca wchodzi przez myjnię, gdzie po zdjęciu rękawic ochronnych, dezynfekuje dłonie. Na stoliku powinno być pudełko z rękawicami ochronnymi, które zakłada pielęgniarka operacyjna pomagająca przed zabraniem potrzebnego przedmiotu. Ponowne wejście na salę operacyjną odbywa się przez służbę pacjenta/ myjnię.
10. Pielęgniarki operacyjne wchodzą na salę operacyjną celem przygotowania potrzebnych wyrobów medycznych do zabiegu operacyjnego/ procedury radiologii zabiegowej (zestaw z narzędziami, zestaw do obłożenia pola operacyjnego, nici chirurgiczne itp.) ubrane w czapkę, maskę i po wykonaniu higieny rąk (mycie + dezynfekcja). Zgromadzenie niezbędnych wyrobów medycznych ma nastąpić przed przyjazdem pacjenta na salę operacyjną.
11. Pielęgniarki operacyjne ponownie wchodzą na salę operacyjną po znieczuleniu pacjenta.

Tab. 1. Postępowanie pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej

PIELEŃNIARKA OPERACYJNA INSTRUMENTUJĄCA	PIELEŃNIARKA OPERACYJNA POMAGAJĄCA
zaleca się dodatkowo zastosowanie przyłbicy. Kolejność zakładania taka jak obowiązuje w bloku operacyjnym: czapka, maska, przyłbica/gogle (Dołba, s. 4–11)	zaleca się dodatkowo ubranie się w fartuch chirurgiczny i rękawice ochronne (można użyć dwie pary), najlepiej nitrylowe oraz gogle/przyłbica (zalecenia ECDC)
niedopuszczalne jest przebywanie na sali operacyjnej w obuwiu innym niż obuwie operacyjne. Chociaż nie zaleca się stosowania ochraniaczy na obuwie, (M. Ciuruś, <i>Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia</i> , s. 330), to należy rozważyć ich zastosowanie, zwłaszcza, przy procedurach, gdzie istnieje duże ryzyko ekspozycji na płyny ustrojowe /IPIM. Stosowanie kombinezonów w bloku operacyjnym nie jest wymagane (zalecenia ECDC).	
mycie chirurgiczne rąk (mycie + dezynfekcja) następuje po ubraniu w czapkę, maskę i przyłbicę/gogle.	wykonanie higieny rąk (mycie + dezynfekcja) następuje po ubraniu się w czapkę, maskę, zaleca się stosowanie gogli/przyłbicy
kolejno: założenie rękawic sterylnych, fartucha chirurgicznego barierowego, zawiązanie fartucha chirurgicznego, założenie drugiej pary rękawic	otwarcie pakietu z fartuchem i pomoc w ubraniu
przygotowanie stolika Mayo i stołu narzędziowego	otwarcie zestawów
liczenie narzędzi i materiału opatrunkowego. Przeprowadzają dwie pielęgniarki operacyjne	

FAZA ŚRÓDOPERACYJNA

- Konieczna jest ścisła współpraca, spokój i przestrzeganie zasad właściwej komunikacji. Pielęgniarka operacyjna pomagająca ma otrzymywać jeden komunikat od jednej osoby w jednym czasie.
- Niedopuszczalne jest wprowadzanie atmosfery pośpiechu.
- Należy dbać o odsysanie dymów chirurgicznych z pola operacyjnego

Tab. 2. Postępowanie pielęgniarek operacyjnych w fazie śródoperacyjnej

PIELĘGNIARKA OPERACYJNA INSTRUMENTUJĄCA	PIELĘGNIARKA OPERACYJNA POMAGAJĄCA
<p>podczas instrumentowania zaleca się stosowanie tzw. bezpiecznych skalpeli (z chowanym ostrzem). Jeżeli nie ma ich – wskazane jest podawanie skalpela i innych przedmiotów mogących być przyczyną zranienia wykorzystując tzw. stolik pośredni (specjalne tacki z karbowanym dnem, ułatwiającym chwycenie podanego narzędzia). W przypadku braku w/w tacki należy wykorzystać na przykład miskę nerkową, umieszczając przedmiot w sposób umożliwiający bezpieczne chwycenie narzędzia (na przykład na dnie miski położyć serwetę), a na niej przedmiot). Chirurg powinien oddać taki przedmiot również przy użyciu tacki</p>	<p>otwieranie pakietów z produktami medycznymi w dobrze dobranych rękawicach ochronnych. Uwaga na możliwość zbrudzenia wnętrza opakowania w przypadku zbyt dużych rękawic</p>
<p>szczególna uwaga podczas oddawania preparatów do badania, zwłaszcza bakteriologicznego</p>	<p>odpowiednie zabezpieczenie preparatu. Materiały do badań bakteriologicznych powinny zostać umieszczone dodatkowo w pojemniku, najlepiej przezroczystym, zakręcanym, dostosowanym do wymiarów urządzenia służącego do otwarcia probówki w laboratorium (wewnętrzne procedury). Zaleca się stosowanie opakowań typu woreczek biohazard z zamknięciem strunowym. Tak zapakowany materiał wkłada się do pojemnika transportowego i wysyła do pracowni mikrobiologicznej</p>
	<p>prowadzenie protokołu pielęgniarki operacyjnej. Zaleca się tworzenie dokumentów elektronicznych</p>
<p>przed zaszcyciem jamy ciała i przed zakończeniem operacji – obie pielęgniarki operacyjne liczą materiał opatrunkowy według wewnętrznej procedury. Podczas tej czynności pielęgniarki operacyjne nie mogą wykonywać innych czynności</p>	

FAZA POOPERACYJNA

Faza opieki pooperacyjnej jest najbardziej zróżnicowaną, ponieważ procedury dotyczące dekontaminacji narzędzi po operacjach oraz plany higieny, opracowane przez Zespół Kontroli Zakażeń zawsze uwzględniają warunki nie tylko architektoniczne, ale i organizacyjne (na przykład outsourcing procesu dekontaminacji). **Zatem wszystkie czynności w tej fazie mają przebiegać zgodnie z wewnętrznymi procedurami.** Niemniej jednak poniżej przedstawiono najważniejsze zasady obowiązujące pielęgniarki operacyjne i personel sprzątający, mający styczność z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Po zakończonym procesie liczenia narzędzi, pielęgniarka operacyjna pomagająca otwiera drzwi na korytarz brudny podjeżdża wózkiem bliżej drzwi. Na wózku umieszczona jest kuweta/kontener na zużyte narzędzia chirurgiczne. Pielęgniarka operacyjna instrumentująca wkłada wszystkie narzędzia (rozpięte, za wyjątkiem opinaków), do pojemnika. Jeżeli to możliwe – zaleca się przeprowadzenie wstępnej dezynfekcji w jednym z wyznaczonych pomieszczeń w korytarzu brudnym, stosując metodę zanurzeniową (M. Ciuruś, *Procedury...* s. 331). Proces dekontaminacji ma być przeprowadzany według we-

wnętrznych procedur obie pielęgniarki operacyjne opuszczają salę operacyjną w sposób opisany poniżej (jeśli to możliwe – przed wybudzeniem pacjenta)



Tab. 3. Sposób opuszczenia sali operacyjnej po operacji u pacjenta zakażonego lub podejrzanego o zakażenie wirusem SARS- CoV-2

PIELĘGNIARKA OPERACYJNA INSTRUMENTUJĄCA	PIELĘGNIARKA OPERACYJNA POMAGAJĄCA
<p>zdejście środków ochrony indywidualnej w sposób przewidziany w bloku operacyjnym (Dołba, s. 22), to jest: zdejmując fartuch operacyjny pociągając do siebie, nie dotykając wewnętrznej strony fartucha, następnie zdejmując wierzchnią parę rękawic chirurgicznych, dezynfekując rękawice, zdejmując przyłbicę, zdejmując drugą parę rękawic, dezynfekując ręce, wkładając rękawice ochronne, zdejmując maskę chirurgiczną i czapkę</p>	<p>zdejmuje fartuch (nie dotykając wewnętrznej strony fartucha), zdejmując rękawice ochronne, zdejmując (w rękawicach ochronnych), gogle/przyłbicę, dezynfekując dłonie, zakłada rękawice ochronne, zdejmując maskę i czapkę</p>
<p>przechodzi do pomieszczenia nie mającego styczności z korytarzem czystym na przykład myjnią chirurgiczną, w której przygotowany jest wózek z jednorazowymi ubraniami i pudełko z butami operacyjnymi oraz czerwony worek na odpady medyczne. Zdejmuje jednorazową bluzę, najlepiej rozrywając ją, następnie zsuwa spodnie, ubiera bluzę i spodnie, zakłada nową parę butów. Po zakończeniu pracy w obrębie sali operacyjnej i przebraniu się – wszystkie osoby pracujące na niej powinny wziąć prysznic.</p>	

SPRZĄTANIE SALI OPERACYJNEJ PO OPERACJI U PACJENTA PODEJRZANEGO O ZAKAŻENIE LUB ZAKAŻONEGO WIRUSEM SARS COV-2

Należy wdrożyć procedurę sprzątnięcia generalnego, opracowaną przez Zespół Kontroli Zakażeń. Do dezynfekcji sprzętu medycznego personel sprzątający ma użyć środków opisanych w szpitalnym planie higieny, nie zaleca się stosowania preparatów w sprayu. Pielęgniarki operacyjne nie zajmują się dezynfekcją wyłączników nożnych (od diatermii, laserów itp.) ani dezynfekcją kabli z elektrody biernej czy pozostałego sprzętu (kolumna laparoskopowa, stół operacyjny, stolik Mayo itp.). Podczas sprzątnięcia należy zachować właściwą kolejność, opisaną w wewnętrznej procedurze.

Pielęgniarki operacyjne odpowiadają za przeprowadzenie dezynfekcji w sali operacyjnej wnętrza szaf/szuflad, w których są umieszczone wyroby medyczne.

Uwaga: Personel sprzątający ma stosować środki ochrony osobistej, w tym maskę chirurgiczną. Po zakończeniu sprzątnięcia personel sprzątający wystawia wózek na korytarz brudny,

a następnie zdejmuje środki ochrony osobistej w sposób opisany wcześniej, opuszcza salę operacyjną przez pomieszczenie nie mające kontaktu z korytarzem czystym, na przykład przez myjnię, gdzie przebiera się i zakłada nowe buty.

W korytarzu brudnym, po założeniu środków ochrony osobistej, w tym foliowego fartucha i przeprowadzeniu dezynfekcji wózka do sprzątnięcia – zaleca się by personel sprzątający, po zdjęciu środków ochrony osobistej, ponownie wykonał higienę rąk (mycie + dezynfekcja) i przebrał się w nowe ubranie, najlepiej jednorazowe.

Jeżeli istnieje taka możliwość sala operacyjna powinna zostać poddana fumigacji.

Po zakończeniu sprzątnięcia generalnego zaleca się czasowe wyłączenie sali operacyjnej na czas potrzebny do całkowitej wymiany powietrza.

PRZYPADKI SZCZEGÓLNE:

- amputacja kończyny: pielęgniarka operacyjna pomagająca podaje worek czerwony z wywinętymi brzegami (ręce w rękawicach ochronnych schowane w „mankiecie” z worka), kończyna umieszczana jest w worku, worek związany, założenie drugiego worka, opisanie go symbolem przewidzianym dla szczątków ludzkich, oddanie go do spalania według wewnętrznej procedury. Po zabezpieczeniu kończyny w podwójny worek i wyniesieniu jej na korytarz „brudny” pielęgniarka operacyjna pomagająca zdejmuje i wyrzuca rękawice do czerwonego worka, dezynfekuje dłonie i ponownie zakłada rękawice ochronne,
- zabezpieczanie preparatów tkankowych – pielęgniarka operacyjna pomagająca opisuje preparat, umieszcza go w pojemniku przy pomocy długiego narzędzia (na przykład korcang). Pojemnik musi być na tyle duży, aby podczas wkładania do niego tkanki nie zabrudzić jego strony zewnętrznej, pojemnik zakręcić, opisać i trzymać na sali operacyjnej do zakończenia operacji. Po zakończeniu operacji, wynieść pojemnik na brudny korytarz. Po wyjściu z sali operacyjnej, pojemnik z preparatem wynieść do pomieszczenia w bloku operacyjnym przeznaczonego na preparaty, wlać formalinę,
- pobieranie preparatów mikrobiologicznych – stosowanie się do wewnętrznych procedur postępowania z preparatami mikrobiologicznymi u pacjentów z patogenami alarmowymi. Należy pamiętać, że szczególnie niebezpieczne są preparaty pobrane z jamy opłucnej/drzewa oskrzelowego. Należy takie próbki umieścić dodatkowo w szczelnie zamkniętym pojemniku, najlepiej przezroczystym,
- operacje laparoskopowe: należy odsysać dymy chirurgiczne z pola operacyjnego, unikać gwałtownego otwierania zaworów trokarów, zwłaszcza w sytuacji, gdy używa się noża harmonicznego (niska temperatura aerozoli powstałych w wyniku działania noża harmonicznego powoduje, że w dymie chirurgicznym mogą być komórkowe składniki wirusa), parametry koagulacji ustawione na możliwie niskim (ale skutecznym) poziomie. Lekarze powinni unikać długiego używania diatermii lub noża harmonicznego w jednym miejscu (redukcja dymów chirurgicznych).



Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w sprawie postępowania terapeutycznego u chorych z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2

1. Uwagi ogólne

Obserwowana w Azji oraz Europie liczba zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 każe przypuszczać, że zachorowania mogą pojawić się w Polsce. Opisane objawy kliniczne i dynamika procesu chorobowego wskazują, że część pacjentów będzie wymagała hospitalizacji na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT). Rozróżniono trzy postaci zakażenia – łagodną, umiarkowaną i ciężką, ostatnia obejmuje zapalenie płuc o ciężkim przebiegu, zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) oraz sepsę i wstrząs septyczny – patrz Tabela 1.

28 lutego 2020 w NEJM przedstawiono charakterystykę kliniczną przebiegów zakażeń w Chinach – 6,1% chorych wymagało hospitalizacji na OIT. Mediana czasu intubacji wyniosła 4 dni (1 i 3 kwartył – odpowiednio 2 i 7 dni). ARDS rozpoznano u 40% leczonych na OIT, ostre uszkodzenie nerek – u 6%, a wstrząs septyczny u 13,4%. Wentylację mechaniczną stosowano u blisko 60% osób. Zgon wystąpił u 22,4% leczonych na OIT, podczas gdy w populacji ogólnej 1,4% (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032?query=RP>).

Fakt, że mamy do czynienia z bardzo „młodą” chorobą powoduje, że niezbędne jest oparcie się na doświadczeniach z tych obszarów, w których już ona występuje oraz na zaleceniach organizacji międzynarodowych, w tym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która wydała stanowisko w sprawie postępowania w przypadkach ostrego zakażenia układu oddechowego wywołanego przez SARS-CoV-2.

Niniejsze zalecenia opierają się na wspomnianym dokumencie oraz dostępnych publikacjach. Szybki przyrost wiedzy na temat choroby powoduje, że wytyczne będą prawdopodobnie uzupełniane. Konieczne jest również stałe śledzenie strony internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/>) oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego (<https://gis.gov.pl/>). Jako konsultant krajowy staram się przekazywać bieżące informacje na Facebooku na stronie Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Tabela 1. Cechy wybranych zespołów klinicznych w zakażeniu SARS-CoV-2.

Ciężkie zapalenie płuc	Młodzież lub dorośli: gorączka lub podejrzenie infekcji dróg oddechowych, plus jedno z poniższych: częstość oddechów >30 oddechów/min., ciężka niewydolność oddechowa lub $SpO_2 < 90\%$ przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym. Dzieci z kaszlem lub trudnościami w oddychaniu, plus przynajmniej jedno z poniższych: sinica centralna lub $SpO_2 < 90\%$; ciężka niewydolność oddechowa (np. postękiwanie, zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych); objawy zapalenia płuc ze szczególnym uwzględnieniem: niemożności ssania piersi lub picia, senność lub utrata przytomności lub drgawki. Mogą być obecne inne objawy takie jak: zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych, przyspieszone oddychanie (liczba oddechów/min.): do 2. miesiąca życia ≥ 60 ; 2-11 miesięcy ≥ 50 ; 1-5 lat ≥ 40 . Diagnoza opiera się na objawach klinicznych; badania obrazowe mogą wykluczyć obecność powikłań.
Zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS)	Objawy: pojawienie się nowych lub zaostrzenie istniejących objawów w ciągu tygodnia od wystąpienia znanego czynnika sprawczego Badania obrazowe (RTG, TK lub USG płuc): obustronne zaciemnienia, nie będące najprawdopodobniej zmianami wysiękowymi, niedodma płuca lub całego płuca lub obecność powiększonych węzłów chłonnych. Pochodzenie obrzęku: niewydolność oddechowa niespowodowana niewydolnością krążenia lub przeładowaniem płynowym. Konieczna jest obiektywna metoda oceny (np. echokardiografia) by wykluczyć przyczyny hydrostatyczne obrzęku przy nieobecności czynników ryzyka. Utlenowanie (dorośli): <ul style="list-style-type: none"> • Łagodny ARDS: $200 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (przy PEEP lub CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej) • Umiarkowany ARDS: $100 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ (przy PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej) • Ciężki ARDS: $PaO_2/FiO_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ (przy PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej) • W przypadku niemożności oznaczenia PaO_2, $SpO_2/FiO_2 \leq 315$ może sugerować ARDS (także u chorych niewentylowanych mechanicznie) Utlenowanie (dzieci; zwróć uwagę, że $OI = \text{Oxygenation Index}$, wskaźnik oksygenacji przy użyciu paO_2, a $OSI = \text{wskaźnik oksygenacji przy użyciu } SpO_2$): <ul style="list-style-type: none"> • Bilevel NIV lub CPAP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ z pełnym interfejsem twarowym: $PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ lub $SpO_2/FiO_2 \leq 264$ • Łagodny ARDS (wentylacja inwazyjna): $4 \leq OI < 8$ lub $5 \leq OSI < 7,5$ • Umiarkowany ARDS (wentylacja inwazyjna): $8 \leq OI < 16$ lub $7,5 \leq OSI < 12,3$ • Ciężki ARDS (wentylacja inwazyjna): $OI \geq 16$ lub $OSI \geq 12,3$
Sepsa	Dorośli: zagrażająca życiu dysfunkcja narządowa spowodowana niekontrolowaną odpowiedzią organizmu na podejrzaną lub rozpoznaną infekcję z niewydolnością narządową. Objawy niewydolności narządowej zawierają: zaburzenia świadomości, duszność lub tachypnoe, obniżona saturacja, ograniczona diureza, tachykardia, nitkowane tętno, oziębienie kończyn lub niskie ciśnienie tętnicze, marmurkowata skóra lub koagulopatia stwierdzana laboratoryjnie, trombocytopenia, kwasica, hiperlaktatemia lub hiperbilirubinemia. Dzieci: podejrzaną lub stwierdzoną infekcją i ≥ 2 kryteria SIRS, z których przynajmniej jedno to nieprawidłowa temperatura ciała lub odchylenia w liczbie białych krwinek.
Wstrząs septyczny	Dorośli: uporczywa hipotensja pomimo resuscytacji płynowej, wymagająca podaży wazopresorów aby utrzymać $MAP \geq 65 \text{ mmHg}$ i stężenie mleczanów w surowicy $> 2 \text{ mmol/L}$. Dzieci (w oparciu o [12]): jakkolwiek hipotensja ($SBP < 5$ centyla lub > 2 odchyłeń standardowych poniżej normy dla danego wieku) lub 2-3 z poniższych: zaburzenia świadomości; tachykardia lub bradykardia ($HR < 90/\text{min}$ lub $> 160/\text{min}$ u niemowląt oraz $HR < 70/\text{min}$ lub $> 150/\text{min}$ u dzieci); wydłużony nawrót kapilarny ($> 2 \text{ sek.}$) lub poszerzenie naczyń ze zwiększonym uciepleniem na obwodzie; tachypnoe; marmurkowata skóra lub petecje lub rumieniowata wysypka; zwiększone stężenie mleczanów w surowicy; oliguria; hipertermia lub hipotermia.

Skróty: ARDS – zespół ostrej niewydolności oddechowej, PEEP – dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe, PaO_2 – ciśnienie parcjalne tlenu, FiO_2 – zawartość tlenu w mieszaninie oddechowej, SpO_2 – saturacja, OI – wskaźnik tlenowy, OSI – wskaźnik tlenowy z użyciem saturacji, NIV – wentylacja nieinwazyjna, SIRS – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, MAP – średnie ciśnienie tętnicze, SBP – skurczowe ciśnienie tętnicze, HR – częstość akcji serca

2. Postępowanie poza OAiT

Charakter schorzenia, dominujące objawy ze strony układu oddechowego oraz współtowarzyszące objawy ze strony układu krążenia będą powodowały zwiększoną liczbę konsultacji chorych na innych oddziałach szpitalnych.

Należy przyjąć poniższe zasady (w części wynikające z rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia):

- Podaż tlenu u osób z objawami niewydolności oddechowej i wstrząsu (tlenoterapię należy rozpocząć od przepływu 5 l/min i ewentualnie go zwiększać tak, aby osiągnąć wysycenie (saturację) tlenem hemoglobiny krwi tętniczej (SpO₂) \geq 90% (u kobiet ciężarnych \geq 92-95%). U dzieci ze specyficznymi objawami (nieδροżność dróg oddechowych, cechy ARDS, sinica centralna, wstrząs, śpiączka, drgawki) – utrzymywać SpO₂ \geq 94%, w pozostałych przypadkach \geq 90%.
- Należy stosować oszczędzającą strategię płynoterapii w przypadku pacjentów bez hipoperfuzji tkankowej
- W przypadkach sepsy i wstrząsu septycznego należy wdrożyć postępowanie według Wytycznych *Surviving Sepsis Campaign (SSC)*; dostępne w języku polskim - <https://www.mp.pl/oit/sepsa/wstrzas/165848.postepowanie-w-sepsie-i-wstrzasie-septycznym-u-doroslych-omowienie-wytycznych-ssc-2016>
- W leczeniu wirusowego zapalenia płuc i ARDS nie należy rutynowo podawać glikokortykoidów, podaż w sepsie – według wytycznych SSC
- Konieczne jest monitorowanie chorych (pulsoksymetria, ciśnienie tętnicze, ocena w skali qSOFA – patrz tabela 2) w celu wykrycia przypadków, u których dochodzi do gwałtownego pogorszenia, rozwoju ARDS i/lub sepsy
- Konieczne jest ustalenie, które z elementów leczenia przewlekłego pacjenta trzeba utrzymać, a z których można lub trzeba zrezygnować
- Badania dla potwierdzenia rozpoznania – dla stwierdzenia wirusa należy korzystać z wytycznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w przypadku podejrzenia sepsy konieczne jest oparcie się na wytycznych SSC.

Tabela 2. Skala quick SOFA (qSOFA)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • skurczowe ciśnienie tętnicze < 100 mm Hg • przyspieszenie oddechu > 22/min • zmieniony stan świadomości (oceniony klinicznie lub według skali Glasgow <15) |
|---|

3. Przyjęcie chorego na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Przyjęcie odbywa się na podstawie przepisów określonych w Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z późn. zmianą i „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii - luty 2012” (<http://www.anestezjologia.org.pl/news,news,81.html>).

W przypadku omawianego schorzenia dominują objawy ze strony układu oddechowego (hipoksemiczna postać ostrej niewydolności oddechowej), zatem najczęściej stosowane będą kryterium z grupy 8.B:

B. Układ oddechowy

- Ostra niewydolność oddechowa wymagająca wspomaganie oddechu


oraz kryteria związane z obecnością sepsy i wstrząsu septycznego (grupa H).

Wytyczne wskazują również na zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej (próbka krwi tętnicznej) – $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mm Hg}$ przy $\text{FiO}_2 > 0,4$ (ostre) jako kryterium przyjęcia na OAiT.

Duża zakaźność koronawirusa powoduje konieczność izolacji chorych, grupowania ich w jednej lokalizacji oraz zachowania szczególnych środków ostrożności w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym (omówionej). Miejsce i zasady izolacji muszą zostać wskazane przez zarząd podmiotu leczniczego w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa i ewentualne wytyczne Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Postępowanie przy instrumentacji dróg oddechowych (intubacja tchawicy) w oparciu o doświadczenia Uniwersytetu w Toronto przedstawiono w tabeli 3. Zasady te należy stosować w innych sytuacjach, np. bronchoskopii, wymianie rurki intubacyjnej na długiej prowadnicy, wymianie rurki tracheostomijnej itp. Ww. zasady powinny mieć również zastosowanie w sytuacjach poza OAiT (intubacja na innych oddziałach, intubacja poza podmiotami leczniczymi).

Tabela 3. Rekomendacje ochrony osobistej i postępowanie w intubacji (dzięki uprzejmości wydawnictwa MakMed)

 2019-nCoV – REKOMENDACJE OCHRONY OSOBISTEJ I WYKONYWANIA INTUBACJI DOTCHAWICZEJ 2020-01-29	
<p>Rekomendacje dotyczące wdrażania i przestrzegania zasad postępowania, mających na celu ochronę przed zakażeniem kontaktowym lub kropelkowym w styczności z pacjentami, u których występuje podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia koronawirusem 2019-nCoV, szczególnie w sytuacjach związanych z wykonywaniem procedur medycznych (włącznie z intubacją dotchawiczą), w trakcie których dochodzi do wytwarzania aerozolu</p>	
1.	Należy pamiętać, że priorytetem postępowania jest OSOBISTE bezpieczeństwo. Należy zapoznać się z wytycznymi i zastosować właściwe środki bezpieczeństwa. Działania należy planować z wyprzedzeniem, bowiem wdrożenie wszystkich środków bezpieczeństwa wymaga czasu. Przed intubacją dotchawiczą należy opanować procedurę zakładania i zdejmowania odpowiednich środków ochrony dróg oddechowych, rękawic, osłon twarzy, jak i odzieży (szkolenie dla personelu). Ze szczególną uwagą należy traktować kwestie dotyczące unikania samozakażenia.
2.	Należy przestrzegać zasad dotyczących właściwej higieny rąk przed i po wykonanej procedurze.
3.	Należy zastosować maskę typu N95 (FFP3), ochronę twarzy (przyłbica lub gogle), fartuch, pod fartuchem kombinezon ochrony biologicznej z kapturem, ochraniacze butów na kombinezon, rękawice.
4.	Należy ograniczyć liczbę osób w pomieszczeniu, gdzie odbywa się intubacja dotchawiczą pacjenta.
5.	W miarę możliwości, intubację powinien wykonywać najbardziej doświadczony anestezjolog.
6.	Należy zastosować standardowe monitorowanie, zabezpieczyć dostęp dożylny, sprzęt, leki, respirator i ssak, po uprzednim ich sprawdzeniu .
7.	Należy unikać metody intubacji fiberoskopowej z zachowaniem świadomości chorego, chyba że istnieją specyficzne wskazania do zastosowania tej metody. Użycie atomizerów ze środkami miejscowego znieczulenia może spowodować rozprzestrzenianie się wirusa . Rozważyć wykorzystanie bronchofiberoskopu jednorazowego użytku (np. GlideScope™).
8.	Należy planować z wyprzedzeniem wszelkie działania w przypadku konieczności wykonywania sekwencyjnej szybkiej intubacji (RSI), i zapewnić obecność asystenta , który wykona ucisk na chrząstkę pierścieniową. Procedura RSI może być zmodyfikowana, jeśli pacjent ma bardzo wysoki pęcherzykowo-tętniczy gradient tlenu i nie jest w stanie tolerować 30-sekundowego okresu bezdechu, lub w sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania do zastosowania sukcylinycholiny. Jeśli przewidywane jest wykonywanie wentylacji z użyciem worka samorozprężalnego, należy stosować wentylację małymi objętościami wdechowymi.
9.	Obowiązuje 5-minutowa preoksygenacja 100% tlenem i procedura RSI, w celu uniknięcia wentylacji workiem samorozprężalnym i potencjalnego rozprzestrzenienia wirusa z dróg oddechowych pacjenta.
10.	Należy zastosować wysoko wydajny filtr pomiędzy maską twarzą a obwodem oddechowym lub pomiędzy maską twarzą a workiem samorozprężalnym.
11.	Zaintubować i potwierdzić w standardowy sposób położenie rurki intubacyjnej.
12.	Rozpocząć wentylację mechaniczną i ustabilizować pacjenta.
13.	Cały sprzęt używany do zabezpieczenia dróg oddechowych musi być zdekontaminowany i zdezynfekowany zgodnie ze standardami obowiązującymi w danym szpitalu.
14.	Po zdjęciu osobistego wyposażenia zabezpieczającego należy unikać dotykania włosów lub twarzy przed umyciem rąk.
15.	Należy zastosować właściwą higienę rąk przed i po każdej wykonanej procedurze.
16.	Bardzo istotne jest zachowanie sprawnego komunikacji pomiędzy lekarzami „na pierwszej linii” a Autorami wytycznych. Z pracy ¹ opublikowanej w 2006 r., dotyczącej epidemii SARS wynika, że te obszary wymiany wiedzy powinny dotyczyć zarówno uwag odnoszących się do pracy personelu, jak i ustalonych procedur oraz używanego sprzętu medycznego.
17.	Specjaliści chorób zakaźnych (lub inni upoważnieni specjaliści) w Państwa szpitalu mogą przedstawić dotkliwe wytyczne co do postępowania z pacjentem w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala.
<p>Kontakt do Autorów - Beverley A. Orser, Salvatore M. Spadafora i wsp. - Uniwersytet w Toronto: cheir.anesthesia@utoronto.ca • Tłumaczenie: lek. med. Roman Szulborski, specj. anestezjologii i intensywnej terapii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu • Konsultacja: Główny Inspektorat Sanitarny, dr hab. n. med. Mariusz Piechota, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi, prof. nadzw. dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Konsultant Krajowy w dziedzinie intensywnej terapii, dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego</p>	

¹ Caputo KM, Byrtek R, Chapman MG, Orser BJ, Orser BA (2006) Intubation of SARS patients: infection and perspectives of healthcare workers. Can J Anaesth, 53(2):122-9.

4. Postępowanie w przypadkach hipoksemicznej niewydolności oddechowej i ARDS

Poniżej przedstawiono wytyczne WHO ([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)). Czarną czcionką przedstawiono niektóre uwagi autorów wytycznych, czerwoną czcionką wpisano komentarz konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (R.O.)

A. Rozważ rozpoznanie ostrej niewydolności hipoksemicznej w przypadku, gdy u niewydolnego oddechowo pacjenta standardowa tlenoterapia bierna jest niewystarczająca.

Uwagi: Pacjent może nadal wykonywać zwiększoną pracę oddechową lub mieć objawy hipoksemii nawet wtedy, gdy tlen jest podawany przez maskę twarzową z rezerwuarem (przepływ 10-15 l/min. - przepływ minimalny wymagany do utrzymania napełnienia worka rezerwuaru; FiO₂ 0,6-0,95). Hipoksemiczna niewydolność oddechowa w ARDS zwykle wynika z wewnątrzpłucnego zaburzenia stosunku wentylacji do perfuzji lub przecieku nieutlenowanej krwi i na ogół wymaga zastosowania wentylacji mechanicznej (nieinwazyjnej – NIV lub inwazyjnej)

B. Wysokoprzepływowa terapia donosowa (HFNO) lub wentylacja nieinwazyjna (NIV) powinny być stosowane tylko u wybranych pacjentów z hipoksemiczną niewydolnością oddechową. Ryzyko niepowodzenia NIV jest duże; pacjenci leczeni HFNO lub za pomocą NIV powinni być dokładnie monitorowani pod kątem pogorszenia się stanu klinicznego.

Uwaga 1. Systemy HFNO mogą dostarczać tlen w przepływie 60 l/min (100 l/min.) i FiO₂ do 1,0; układy pediatryczne mogą dostarczyć jedynie do 15 l/min i wiele dzieci, w celu dostarczenia im wystarczającego przepływu, będzie wymagało stosowania układu dla dorosłych. W porównaniu do standardowej tlenoterapii, w przypadku HFNO w mniejszej liczbie przypadków konieczna jest intubacja tchawicy. Pacjenci z hiperkapnią (zaostrenie obturacyjnej choroby płuc, kardiogeny obrzęk płuc), z niestabilnością hemodynamiczną, niewydolnością wielonarządową lub z zaburzeniami świadomości w zasadzie nie powinni być

leczeni HFNO, aczkolwiek pojawiające się dane sugerują, że HFNO może być bezpieczne u chorych z nienasilającą się hiperkapnią o małym i średnim stopniu nasilenia. Pacjenci leczeni HFNO powinni być monitorowani i muszą pozostawać pod opieką doświadczonego personelu, posiadającego umiejętność wykonania intubacji dotchawiczej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta lub braku poprawy po krótkim czasie tej terapii (około 1 godziny). W przypadku HFNO nie istnieją zalecenia oparte na dowodach, a dane odnośnie wykorzystania HFNO u pacjentów z MERS są ograniczone.

Uwaga 2. Wytyczne dotyczące NIV nie podają zaleceń co do zastosowania NIV w hipoksemicznej niewydolności oddechowej (poza przypadkami kardiogenego obrzęku płuc i niewydolności oddechowej w okresie pooperacyjnym) lub podczas pandemii infekcji wirusowej (w odniesieniu do badań dotyczących SARS i pandemii grypy). Czynniki ryzyka niepowodzenia obejmują opóźnienie intubacji, osiąganie dużych objętości oddechowych i osiąganie w drogach oddechowych wartości ciśnień uszkodzających płuca. Ograniczone dane sugerują duży odsetek niepowodzeń u chorych z MERS leczonych NIV. Pacjenci leczeni NIV powinni być monitorowani i muszą pozostawać pod opieką doświadczonego personelu, posiadającego umiejętność wykonania intubacji dotchawiczej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta lub braku poprawy po krótkim czasie tej terapii (około 1 godziny). Pacjenci z niestabilni hemodynamicznie, z niewydolnością wielonarządową lub zaburzeniami świadomości nie powinni być leczeni NIV.

Uwaga 3. Niedawne publikacje sugerują, że nowsze systemy HFNO i NIV, dobrze dopasowane do twarzy, nie powodują rozproszenia wydychanego powietrza, dzięki czemu ich związek z rozprzestrzenianiem się infekcji przenoszonej drogą powietrzną powinien być mały – **dotyczy to przede wszystkim interface’u typu hełm do NIV.**

C. Intubacja dotchawicza powinna być wykonywana przez osobę doświadczoną, posiadającą środki ochrony osobistej chroniące przed zakażeniem przenoszonym drogą powietrzną.

Uwagi. W przypadku pacjentów z ARDS, a zwłaszcza małych dzieci lub osób otyłych albo ciężarnych w trakcie intubacji może wystąpić szybka desaturacja. Należy przeprowadzić 5 minutową preoksycję 100% tlenem z wykorzystaniem maski twarzowej z rezerwuarem,

worka samorozprężalnego, HFNO lub NIV. Właściwym postępowaniem jest szybka intubacja – po ocenie dróg oddechowych i stwierdzeniu, że nie ma ryzyka trudnej intubacji. **Należy korzystać z zasad przedstawionych w tabeli 3. Piśmiennictwo podkreśla znaczenie używania środków zwiotczających w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa podczas kaszlu u osób poddawanych intubacji tchawicy bez środków zwiotczających.**

Poniższe zalecenia odnoszą się do wentylowanych mechanicznie pacjentów z ARDS. Koncentrują się na pacjentach dorosłych; dostępne są, oparte na konsensusie, zalecenia dla dzieci.

D. Należy prowadzić wentylację mechaniczną z małymi objętościami oddechowymi (4-8 ml/kg przewidywanej masy ciała, PBW) i małymi ciśnieniami w drogach oddechowych (ciśnienie plateau < 30 cm H₂O)

Uwagi. Jest to silna rekomendacja z wytycznych dla pacjentów z ARDS i jest sugerowana dla pacjentów z niewydolnością oddechową wywołaną sepsą, którzy nie spełniają kryteriów ARDS. Wyjściowa objętość oddechowa wynosi 6 ml/kg PBW; objętość oddechowa do 8 ml/kg PBW jest dopuszczalna, jeżeli pojawiają się zdarzenia niepożądane (np. dyssynchronia, pH<7,15). Hiperkapnia jest dopuszczalna, jeżeli pH mieści się w zakresie 7,30-7,45. Dostępne są protokoły wentylacji.

W celu uzyskania dobrej synchronizacji pacjenta z respiratorem i uzyskania zamierzonych objętości oddechowych, może być wymagana głęboka sedacja.

E. W przypadku pacjentów z ARDS, zalecana jest wentylacja w ułożeniu na brzuchu (ang. *prone position*) przez więcej niż 12 godzin dziennie.

Uwaga. Wentylacja w ułożeniu na brzuchu jest silnie zalecana u dorosłych i dzieci z ciężkim ARDS, ale wymaga wystarczających nakładów ludzkich i doświadczenia w bezpiecznym stosowaniu tej formy leczenia. **Szczegółowe informacje na temat wentylacji w pozycji odwróconej zawarto w prezentacji Prof. Dariusza Maciejewskiego dostępnej na <http://www.konferencjaait.viamedica.pl/files/konferencjaait/prezentacje2013/piatek/13.00/3.pdf>**

F. Należy stosować oszczędzającą strategię płynoterapii w przypadku pacjentów z ARDS bez hipoperfuzji tkankowej.

Uwaga. Jest to silne zalecenie – głównym efektem ma być skrócenie czasu wentylacji. Wytyczne wśród płynów wymieniają 0,9% roztwór NaCl i mleczan Ringera. O ile to możliwe należy stosować zbilansowane roztwory krystaloidów. Należy unikać przetaczania roztworów koloidów (hydroksyetylowana skrobia, żelatyny), a albuminy stosować w oparciu o wytyczne SSC (pamiętając o niskiej wadze dowodów przemawiających za ich użyciem). Optymalne byłoby stosowanie instrumentalnych metod oceny wypełnienia łożyska naczyniowego, tzn. echokardiografii, termodylucji przezpłucnej, etc.

G. W przypadku umiarkowanego lub ciężkiego ARDS, sugerowane są większe wartości PEEP zamiast mniejszych wartości PEEP.

Uwagi. Miareczkowanie PEEP wymaga rozważenia między korzyściami (zmniejszenie niedodmy i poprawa rekrutacji pęcherzyków płucnych), a ryzykiem (nadmierne rozciągnięcie pęcherzyków płucnych na końcu wdechu, prowadzące do uszkodzenia płuc i zwiększenie oporu naczyń płucnych). Dostępne są tabele przedstawiające, jak należy miareczkować PEEP w oparciu o FiO_2 , wymagane do utrzymania SpO_2 .

Związana z tym postępowaniem interwencja w postaci manewrów rekrutacyjnych (RMs) jest wykonywana jako przejściowe dostarczenie dużych wartości dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych [30-40 cm H_2O], jako stopniowe zwiększanie PEEP z utrzymaniem stałego ciśnienia napędowego lub jako wytworzenie dużego ciśnienia napędowego; rozważania odnośnie korzyści i ryzyka są podobne, jak opisane powyżej. Duże wartości PEEP i manewry rekrutacyjne były warunkowo zalecane w wytycznych leczenia.

W przypadku PEEP, wytyczne opierały się na metaanalizach dotyczących indywidualnych pacjentów z 3 randomizowanych badań klinicznych (RCT). Jednakże późniejsze RCT dotyczące dużego PEEP i manewrów rekrutacyjnych pod postacią wydłużenia czasu stosowania dużego ciśnienia wykazały szkodliwość takiego postępowania, sugerując, że powinno się unikać protokołów wykorzystanych w tych RCT.

Sugeruje się monitorowanie pacjentów, aby zidentyfikować tych, którzy odpowiedzą na stosowane od początku większe wartości PEEP lub inne protokoły manewrów rekrutacyjnych i zaprzestanie tych interwencji u tych, którzy na takie działania nie odpowiadają.

Istnieją (uzasadnione) opinie, żeby w ośrodkach, które nie mają doświadczenia w procedurze wyznaczania optymalnego PEEP korzystać z wartości przedstawionych przez ARDSnet (Tabela 4).

Tabela 4. Proponowane wartości PEEP w zależności od użytego FiO₂ – wg ARDSnet

FiO₂	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	18	18	20-24

H. W przypadku pacjentów z umiarkowanym i ciężkim ARDS (PaO₂/FiO₂<150), nie powinno się rutynowo stosować blokady nerwowo-mięśniowej w postaci ciągłego wlewu.

Uwagi. Jedno badanie udowodniło, że stosowanie blokady nerwowo-mięśniowej w postaci ciągłego wlewu poprawiło przeżycie u pacjentów z ciężkim ARDS (PaO₂/FiO₂<150) bez wywoływania znacznego późniejszego osłabienia siły mięśniowej, ale wyniki uzyskane z większych badań pokazały, że stosowanie blokady nerwowo-mięśniowej i dużego PEEP nie było związane z poprawą przeżywalności w porównaniu ze strategią płytkiej sedacji bez blokady nerwowo-mięśniowej. Ciągła blokada nerwowo-mięśniowa może nadal być rozważana w wybranych przypadkach pacjentów z ARDS: gdy brak synchronizacji z respiratorem pomimo sedacji, gdy nie można osiągnąć założonych objętości oddechowych; w przypadku nawracającej hipoksemii lub hiperkapni.

Lekiem zwiotczającym najczęściej stosowanym na OAiT jest cisatrakurium. Wynika to z jego metabolizmu niezależnego od czynności wątroby i nerek i ewentualnego działania przeciwzapalnego. Nie ma jednak dostatecznych dowodów na przewagę cisatrakurium nad innymi lekami niedepolaryzującymi, a u chorych we wstrząsie septycznym możliwe jest wystąpienie niedostatecznej odpowiedzi na lek przy stosowaniu rutynowych dawek.

I. Mając możliwość dostępu do metody leczenia pozaustrojowego (ECLS, ang. *extracorporeal life support*), w przypadku pacjenta z niepoddającą się leczeniu hipoksemią utrzymującą się pomimo stosowania wentylacji protekcyjnej, należy rozważyć przekazanie chorego do ośrodka prowadzącego ECLS.

Uwaga. Ostatnie wytyczne nie zawierają rekomendacji odnośnie ECLS u pacjentów z ARDS. Od czasu ich ukazania, randomizowane badanie kliniczne oceniające zastosowanie ECLS u pacjentów z ARDS zostało wstrzymane i nie stwierdzono statystycznej różnicy w 60-dniowej

śmiertelności pomiędzy grupą leczoną ECLS i grupą leczoną standardowymi metodami (w tym wentylacją w ułożeniu na brzuchu i wykorzystaniem blokady nerwowo-mięśniowej).

W Polsce opracowano i należy stosować również w opisanych sytuacjach „Zaktualizowany protokół postępowania u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych. Zalecenia i wytyczne Zespołu ds. Terapii ECMO Żylny-Żylnym, powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w lutym 2016” (dostępny na <https://www.termedia.pl/Zaktualizowany-protokol-postepowania-u-chorych-wymagajacych-zastosowania-pozaustrujowej-oksygenacji-krwi-ECMO-w-leczeniu-ostrej-niewydolnosci-oddechowej-doroslych-Zalecenia-i-wytyczne-Zespołu-ds-Terap,144,38987,1,0.html>).

Wytyczne WHO odnoszą się stosunkowo pozytywnie do stosowania oksygenacji pozaustrojowej, to jednocześnie wskazuje się w nich, że ich stosowanie jest ograniczone do ośrodków eksperckich o odpowiednim doświadczeniu i możliwościach technicznych. Inni eksperci są bardziej ostrożni i z większą rezerwą podchodzą do rekomendacji stosowania ECMO w COVID-19 (JAMA, 19.02.2020: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761778>). Podkreśla się, że nie jest to metoda możliwa do zastosowania w przypadku znacznej ilości zachorowań, brak jest też na razie jednoznacznych dowodów na użyteczność tego sposobu leczenia w omawianej chorobie.

- J. **Konieczne jest unikanie rozłączania układu respiratora – powoduje to utratę PEEP i powstawanie niedodmy. Należy stosować zamknięte zestawy do odsysania i klemowanie rurki intubacyjnej, kiedy konieczne jest rozłączenie układu, np. w celu podłączenia respiratora transportowego.**

5. Sepsa i wstrząs septyczny

W przypadkach COVID-19 do rozwoju objawów sepsy i wstrząsu septycznego może dojść zarówno w odpowiedzi na zakażenie wirusem jak i wskutek wtórnego nadkażenia. W przypadkach sepsy i wstrząsu septycznego należy wdrożyć postępowanie według Wytycznych *Surviving Sepsis Campaign (SSC)*; dostępne w języku polskim - <https://www.mp.pl/oit/sepsa/wstrzas/165848,postepowanie-w-sepsie-i-wstrzasie-septycznym-u-doroslych-omowienie-wytycznych-ssc-2016>.

W leczeniu zakażenia wirusowego nie stosujemy antybiotyków, które należy włączyć niezwłocznie po stwierdzeniu nadkażenia bakteryjnego.

6. Zapobieganie powikłaniom

Na podstawie różnych wytycznych (w tym wytycznych SSC) w dokumencie WHO przedstawiono sposoby zapobiegania różnym powikłaniom leczenia (Tabela 5).

Tabela 5. Zapobieganie powikłaniom (źródło: [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))

Przewidywany skutek	Interwencja
Skrócenie czasu wentylacji mechanicznej	<ul style="list-style-type: none"> • Użycie protokołów odzwyczajania od respiratora polegających na codziennej ocenie gotowości do spontanicznego oddychania • Ograniczenie ciągłej lub przerywanej sedacji, skoncentrowanie się na punktach końcowych (łagodna sedacja o ile nie jest przeciwwskazana) lub dzienne przerwy we wlewach leków sedatywnych
Zmniejszenie częstości występowania zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną	<ul style="list-style-type: none"> • Preferowana jest intubacja przez usta, ponad intubacją przez nos, u młodzieży i dorosłych • Utrzymywanie pacjenta w pozycji półsiedzącej (wezgłowie łóżka uniesione pod kątem 30-45°) • Używanie zamkniętego układu do odsysania pacjenta; okresowe oczyszczanie układu do odsysania • Używanie nowego układu oddechowego dla każdego chorego; w przypadku stosowania wentylacji mechanicznej wymiana układu powinna być ograniczona do przypadków uszkodzenia a nie stosowana rutynowo • Wymiana nawilżacza w układzie, jeśli nie działa prawidłowo lub po 5-7 dniach używania
Redukcja częstości incydentów zakrzepowozatorowych	<ul style="list-style-type: none"> • Użycie profilaktyki farmakologicznej (heparyny drobnocząsteczkowe [preferowane, jeśli dostępne] lub heparyna 5000 jednostek podskórnie dwa razy dziennie) u młodzieży i dorosłych bez istniejących przeciwwskazań. Dla chorych z przeciwwskazaniami do podaży heparyn zalecane jest użycie mechanicznej profilaktyki (urządzenia do przerywanego pneumatycznego ucisku kończyn).
Redukcja częstości odcewnikowych zakażeń łóżyska naczyniowego	<ul style="list-style-type: none"> • Użycie protokołu uwzględniającego aseptyczne wprowadzenie cewnika; codzienna weryfikacja konieczności używania cewnika i możliwe wczesne usunięcie
Zmniejszenie liczby odleżyn	<ul style="list-style-type: none"> • Zmianie pozycji pacjenta co 2 godziny
Zmniejszenie ryzyka rozwoju owrzodzeń stresowych żołądka i krwawienia z przewodu pokarmowego	<ul style="list-style-type: none"> • Wczesne żywienie drogą przewodu pokarmowego (24-48 godz. od przyjęcia) • Podaż blokerów receptora H2 lub inhibitorów pompy protonowej u osób z ryzykiem krwawienia z przewodu pokarmowego (są to: wentylacja mechaniczna > 48 godzin, koagulopatia, terapia nerkozastępcza, choroby wątroby, liczne choroby współtowarzyszące, wysoka punktacja w skalach ciężkości stanu pacjenta)
Zmniejszenie częstości osłabienia mięśni związanego z leczeniem na OAIIT	<ul style="list-style-type: none"> • Aktywna mobilizacja chorego od momentu, kiedy jest to możliwe i bezpieczne

ZALECENIA W STANIE EPIDEMII SARS-CoV-2 WYWOŁUJĄCYCH CHOROBY COVID-19 DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH / POŁOŻNYCH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Aktualizacja z dnia 30.03.2020 r.

Rekomendacje:

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinych

Polskie Towarzystwo Położnych

W związku ze wzrostem ryzyka zarażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz rozwojem epidemii zachorowań na COVID-19 w Polsce, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy zastosować możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane zgodnie z zapotrzebowaniem w nieograniczonej liczbie, w ramach kolejnych wizyt patronażowych mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem dynamicznie zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 należy ograniczyć nie tylko bezpośrednie kontakty położnej do niezbędnego minimum, ale również czas trwania bezpośredniej wizyty w miejscu pobytu matki i dziecka, gdy jest ona uzasadniona ich stanem zdrowia i problemami zgłaszanymi przez podopiecznych, które nie mogą być rozwiązane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
2. Pierwsza wizyta patronażowa powinna odbyć się w miejscu pobytu matki i dziecka, nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Podczas tej wizyty położna POZ przede wszystkim jest

zobowiązana dokonać oceny stanu zdrowia położnicy i noworodka oraz zwrócić uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny.

3. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.
4. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (*należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie*), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
5. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o odbyciu wizyty w środowisku domowym:
 - 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni ktoś z domowników przebywał w rejonie transmisji koronawirusa? (lista krajów jest publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 - 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?
 - 3) Czy występują u Pacjentki (*lub u innych osób wspólnie zamieszkujących*) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności?
6. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (dotyczy pacjentki lub któregośkolwiek z domowników) należy zrezygnować z udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (*drugiego*) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych. To świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych*).
7. Jeśli na wszystkie pytania z wywiadu epidemiologicznego pacjentka odpowie przecząco, należy następnie przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecznych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka i ewentualnego zdjęcia szwów z rany krocza lub szwów z rany po cięciu cesarskim.
8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.

9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie przez telefon, a zalecenia będą przesłane po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.
10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to możliwe, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym lub wodą z detergentem.

II. PRZEBIEG WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, nie przekraczający 15 minut, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.
2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (*waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr*), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (*np. lnianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C*). Wskazane jest, aby pacjentka przygotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie.
3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („*nic poniżej łokcia*”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy. Położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę, rękawice ochronne 2 pary (*wewnętrzne i zewnętrzne*).
4. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na odpady medyczne zakaźne, założyć ochraniacze na obuwie, następnie dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu zgodnie z instrukcjami producenta, po założeniu rękawic ochronnych, założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne.
5. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
6. W czasie wizyty patronażowej położnej w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach.
7. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (*jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki*).

8. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanyymi powierzchniami.
9. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
10. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 m, z zachowaniem zasad higieny oddychania (*zasłaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić głośno twarzą w twarz*).
11. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
12. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
13. Po badaniu każdego pacjenta (*położnica, noworodek*) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkiem na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.
14. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.
15. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczce zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (*można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem PWZ, bez konieczności stawiania pieczętki*).
16. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (*w torebce strunowej*), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
17. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, następnie wrzucić do podwójnego czerwonego worka pozostawionego przy drzwiach wejściowych (*ostre przedmioty w pojemniku twarościennym*), który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (*obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!*).
18. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
19. Wszystkie pomieszczenia przed i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.
20. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

21. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
22. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.
23. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
24. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*co powinno być bezwzględnie udokumentowane*), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (*położnicy i jej dziecka*) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.
25. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (*uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami*), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub znajdującą się pod czynnym nadzorem służb sanitarnych – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (*wewnętrzne i zewnętrzne*), czapka, foliowe ochraniacze na obuwiu.

III. WIZYTY U PACJENTKI GINEKOLOGICZNO–ONKOLOGICZNEJ

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę na podstawie skierowania od lekarza przekazującego pacjentkę położnej POZ, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydzielinami pacjentki (*rana po operacji brzusznej lub rana krocza*).

IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (*w tym w ciąży wysokiego ryzyka*), począwszy od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania,

należy realizować tylko w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.

V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z wysokim ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone wyłącznie do absolutnie koniecznych.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (*po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności*) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej, należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (*potencjalnie zdrowa pacjentka*).
7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest myty i wietrzony, a powierzchnie dotykowe dezynfekowane, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ.

VI. ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

1. **Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście choroby COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.
2. **Zalecany minimalny zestaw środków ochrony indywidualnej do opieki nad podejrzanymi lub potwierdzonymi przypadkami COVID-19** obejmuje: maski FFP2 lub FFP3, okulary, wodoodporny fartuch z długimi rękawami (*jeśli fartuchy wodoodporne nie są dostępne, w zamian użyty może być jednorazowy plastikowy fartuch*) i rękawice. <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/03/za%C5%82.4.PPE-dla-medyka.pdf>
3. Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe

dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.

VII. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

1. Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:
 - **opakowanie wewnętrzne:**
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego (w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach),
 - **opakowanie zewnętrzne:**
worek foliowy koloru czerwonego.
2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
3. W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

VIII. INNE ZALECENIA

Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz informacje, jak zachować środki ostrożności, i jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>

<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

www.gov.pl/rpp

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do oddziału zakaźnego lub poinstruować o możliwości konsultacji telefonicznej ze Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.

KRYTERIA EPIDEMIOLOGICZNE ODNOSZĄCE SIĘ DO PODEJRZENIA ZAKAŻENIA

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- przebywała lub powróciła z obszaru, w którym występuje też lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19.
- miała **bliski kontakt** z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (*kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym*). Jako bliski kontakt należy rozumieć:
 - zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19,

- bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki),
- bezpośredni kontakt bez zabezpieczania z wydzielinami osoby z COVID-19 (*np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej*),
- przebywanie w bezpośredniej bliskości (*twarzą w twarz*) osoby chorej – przez dowolny czas,
- przebywanie w odległości 2 metrów od przypadku COVID-19 przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej,
- personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczania lub w przypadku, gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania,
- kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (*w każdym kierunku*) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (*w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu*),
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

Należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE POŁOZNICTWA I GINEKOLOGII, KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE NEONATOLOGII, PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA POŁOŻNIKÓW I GINEKOLOGÓW ORAZ PREZESA POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEONATOLOGICZNEGO DOTYCZĄCE PORODU W WYZNACZONYM ODDZIALE W PRZYPADKU POTWIERDZONEGO ZAKAŻENIA KOBIETY CIĘŻARNEJ WIRUSEM COVID-19

W przypadku potwierdzonego zakażenia wirusem COVID-19 należy rozważyć rozwiązanie pacjentki cięciem cesarskim ze wskazań epidemiologicznych, poza sytuacjami gdy poród jest zaawansowany, przebiega dynamicznie lub rokuje zakończenie w przeciągu krótkiego czasu. Po porodzie w przypadku kobiet obserwowanych w kierunku zakażenia, pokarm powinien podlegać pasteryzacji i zgodnie z obecną wiedzą może być podawany dziecku. W przypadku kobiet z potwierdzonym zakażeniem pokarm powinien być utylizowany. W przypadku kobiet zakażonych nie należy bez wskazań hamować laktacji. W momencie potwierdzenia ustania ryzyka transmisji zakażenia będą one mogły karmić dziecko naturalnie. W przypadku obecności zakażenia dziecko należy izolować od matki do chwili zakończenia możliwości transmisji infekcji.

Uzasadnienie zalecenia:

1. istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo zakażenia się noworodka wirusem mogącym znajdować się w kanale rodnym lub jego okolicach (układ moczowy, przewód pokarmowy). Ilość wydaliny na kontakt z jakimi jest narażone dziecko w czasie cięcia cesarskiego jest nieporównywalnie mniejsza w porównaniu do porodu drogami natury.
2. czas porodu drogą cięcia cesarskiego jest nieporównywalnie krótszy od czasu porodu drogami natury, a więc mniejsze jest też ryzyko okołoporodowego zakażenia wewnątrzmacicznego.
3. poza podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia między matką i dzieckiem obecność zakażonej kobiety rodzącej stwarza istotne zagrożenie dla personelu lekarsko-pielęgniarskiego. Przy znacznie dłuższym czasie trwania porodu drogami natury (nierzadko obejmującym więcej niż jedną zmianę personelu) oraz przy istniejących ograniczeniach odpowiedniego sprzętu zabezpieczającego przed zakażeniem czas potencjalnej ekspozycji jest poważnym problemem i prowadzi do większego ryzyka konieczności wprowadzenia kwarantanny dla personelu. Znacznie dłuższy czas zajęcia stanowisk wyznaczonych dla kobiet zakażonych lub obserwowanych w kierunku zakażenia może ograniczyć możliwości udzielenia pomocy kolejnej pacjentce. Ponadto zespół lekarsko pielęgniarski jest przez okres znacznie dłuższy wyłączony z możliwości udzielania pomocy innym, zdrowym pacjentkom.

KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie
POŁOZNICTWA I GINEKOLOGII

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski

PREZES
ZARZĄDZĄCY
Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer

Prezes PTN

Prof. dr hab. med. Ryszard Łucjarski
Specjalista Medycyny Neonatologii
31-061 Kraków, ul. Krasińskiego 26/2
tel. 001 411544
00004585-1626508

KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie neonatologii

Prof. dr hab. med. Ewa Helwich

ZALECENIA DLA ZESPOŁU DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ /HOSPICJUM DOMOWEGO I PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCEGO CHOROBY COVID-19

Aktualizacja z dnia 2.04.2020 r.

Rekomendacje

Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej
Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej
Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej im. Profesora Jacka Łuczaka
Forum Hospicjów Polskich

**Opracowanie: Wojciech Leppert¹, mgr Izabela Kaptacz²,
mgr Anna Białoń-Janusz³**

**Konsultacja: dr hab. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz⁴,
dr med. Maciej Niedźwiecki⁵**

¹ Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej
Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w Województwie Małopolskim, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa
Opieki Paliatywnej
Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie

⁴ Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej
Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁵ Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej
Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusem SARS-CoV-2 poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentami przebywającymi w domach, w ramach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna udzielanych w Hospicjum Domowym i w Poradni Medycyny

Paliatywnej, w przypadku kontynuacji opieki, możliwa jest realizacja porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie wpłynie negatywnie na stan zdrowia pacjenta.

I. ZALECENIA W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIARSKICH I LEKARSKICH W HOSPICJUM DOMOWYM/ZESPOLE DOMOWEJ OPIEKI PALIATYWNEJ DLA DOROSŁYCH I DLA DZIECI W STANIE EPIDEMII WIRUSA SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCEGO CHOROBE COVID-19

Teleporada lekarza z pacjentem i/lub rodziną powinna być udzielona minimum 2 razy w miesiącu, a telewizyta pielęgniarki minimum 2 razy w tygodniu. Należy sprawdzić, czy pacjent dysponuje środkami łączności (telefon), jeśli nie, zabezpieczyć pacjenta, pozostawić numery kontaktowe i zapewnić dostęp do całodobowego kontaktu telefonicznego z zespołem medycznym przez 7 dni w tygodniu.

W dokumentacji medycznej należy odnotować fakt poinformowania chorego i/lub jego rodziny o zmianie formy sprawowania opieki na czas epidemii.

Jeżeli pacjent i/lub rodzina nie wyrażają zgody na wizyty personelu medycznego w domu, pielęgniarka i lekarz odnotowują ten fakt w dokumentacji medycznej z podaniem przyczyny i ustalają z pacjentem i/lub rodziną warunki prowadzenia porad i konsultacji pacjenta w formie kontaktu telefonicznego.

Zaplanuj pracę na:

1) Teleporady lekarskie/ telewizyty pielęgniarskie – przeprowadź zdalnie (praca z domu) lub w uzasadnionej sytuacji w siedzibie jednostki.

2) Wizyty domowe realizuj u pacjentów, u których niezbędna jest wizyta domowa, po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym i zebraniu wywiadu epidemiologicznego.

1. Organizacja pracy w ramach teleporady/ telewizyty w Hospicjum Domowym

- 1) Przygotuj warunki do przeprowadzenia teleporady/telewizyty, przygotuj dokumentację pacjenta.
- 2) Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy i potrzeby chorego.
- 3) Ustal dogodne godziny, w których pacjent i/lub opiekun będzie dostępny przy telefonie.
- 4) Udzielaj teleporady/telewizyty jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
- 5) Udzielanie kilku teleporad/telewizyt jednocześnie może spowodować błędy.
- 6) Poinformuj pacjenta i/lub jego opiekuna o konieczności zgłaszania pogorszenia stanu zdrowia chorego i objawów, które mogą wymagać wizyty domowej.
- 7) Formułuj jasno zalecenia i upewnij się, czy pacjent będzie je stosował.
- 8) Zawsze pytaj pacjenta / opiekunów chorego, czy dobrze zrozumiał zalecenia.
- 9) Edukuj pacjenta / opiekunów, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
- 10) Opis teleporady/telewizyty (wywiad, rozpoznanie problemów i potrzeb, wydane zalecenia, leki, recepty i wnioski) umieść w dokumentacji medycznej pacjenta.
- 11) Indywidualną dokumentację medyczną pacjenta prowadź systematycznie, wpisów dokonuj w miejscu udzielania teleporady/telewizyty.
- 12) Informację o wykonanej teleporadzie/telewizycie umieść w „karcie wizyt w domu chorego”.

13) Przekaż pacjentowi informację o możliwości otrzymania kodu do e-recepty i środków pomocniczych.

14) Pamiętaj o wpisaniu daty i godziny teleporady/telewizyty.

2. Organizacja wizyt domowych w ramach Hospicjum domowego

- 1) Jeśli na podstawie zebranych telefonicznie informacji, stan pacjenta wymaga wizyty domowej, zaplanuj termin wizyty i poinformuj chorego i/lub jego rodzinę o jej formie i planowanym przebiegu (w tym przewidzianym czasie wizyty).
- 2) Każdorazowo przed realizacją wizyty w domu pacjenta podczas rozmowy telefonicznej przeprowadź wywiad z pacjentem lub jego rodziną/opiekunami dotyczący stanu klinicznego, problemów i potrzeb oraz przeprowadź wywiad epidemiologiczny, w celu oceny ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19.
- 3) Podczas przeprowadzania **wywiadu epidemiologicznego** dotyczącego rozprzestrzeniania wirusa SARS – CoV-2 przed wizytą domową u chorego zapytaj:
 1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, która przebywała w rejonie transmisji koronawirusa? TAK, NIE;
 2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem? TAK, NIE;
 3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał Pan/Pani kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu? TAK, NIE;
 4. Czy występują u Pana/Pani lub domowników objawy ostrej infekcji układu oddechowego: gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność? TAK, NIE;
Zapytaj o objawy nietypowe: stan podgorączkowy, ból gardła, objawy infekcji przewodu pokarmowego, zaburzenia węchu i smaku, zapalenie spojówek.
- 4) Dokonaj rozpoznania różnicowego czy objawy wymienione w pytaniu 4. dotyczą choroby podstawowej i chorób współistniejących. Jeżeli objawy wynikają z powyższego na pytanie 4. udziel odpowiedzi NIE.
- 5) Jeżeli na którekolwiek pytanie wywiadu epidemiologicznego udzielono odpowiedzi TAK, przed wizytą zabezpiecz się w środki ochrony osobistej jak w punkcie III.
- 6) Jeżeli udzielono odpowiedzi TAK na co najmniej dwa z powyższych pytań skontaktuj się z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym.
- 7) Po umówieniu wizyty domowej w konkretną godzinę, bezpośrednio przed wizytą poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory.
- 8) Poproś, aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko chory i jeden opiekun.
- 9) Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte.
- 10) Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu.

II. ZALECENIA W REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIARSKICH I LEKARSKICH W PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ W TRAKCIE EPIDEMII KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarskich i lekarskich w Poradni.
2. Realizacja porad lekarza i zabiegów pielęgniarskich odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem.
3. Pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (jak w zaleceniach dla Hospicjum Domowego).
4. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu epidemiologicznego świadczenia wykonuj po założeniu środków ochrony indywidualnej. Załóż rękawiczki i maseczkę jednorazową, umyj ręce lub zastosuj preparat do dezynfekcji rąk.
5. Pacjent do gabinetu w Poradni powinien wejść w maseczce ochronnej, przekaż maseczkę ochronną pacjentowi po wejściu do pomieszczeń Poradni.
6. Wizyta powinna trwać możliwie najkrócej.
7. Wywietrz gabinet po wizycie każdego pacjenta.
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz dezynfekcji rąk i powierzchni.
9. Dezynfekuj klamki i miejsca dotykowe kilka razy dziennie.
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz, np. glukometru, stetoskopu, komputera.
11. Wszystkie działania należy udokumentować w dokumentacji medycznej pacjenta.

Organizacja teleporady lekarza i telewizyty pielęgniarki w Poradni Medycyny Paliatywnej

1. Przygotuj się do teleporady/telewizyty, przygotuj dokumentację pacjenta.
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy i potrzeby chorego.
3. Udzielaj teleporady/telewizyty jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad/telewizyt jednocześnie może spowodować błędy.
5. Jeżeli udzielasz teleporady/telewizyty a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby zaczekał – to jest chyba oczywiste
6. Zawsze pytaj pacjenta / opiekunów chorego, czy dobrze rozumiał treść rozmowy.
7. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się, czy pacjent będzie je właściwie rozumiał.
8. Edukuj pacjenta / opiekunów, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
9. Kontroluj. Jeżeli wydałeś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrótnie informował o realizacji zaleceń.
10. Opis teleporady/telewizyty (wywiad, rozpoznanie problemów i potrzeb, zalecenia, leki, recepty i wnioski) umieść w dokumentacji medycznej pacjenta.
11. Pamiętaj o wpisaniu daty i godziny teleporady/telewizyty.

III. ZASTOSOWANIE ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ U PACJENTÓW SPEŁNIAJĄCYCH KRYTERIUM EPIDEMIOLOGICZNE I KLINICZNE (NIESPEŁNIAJĄCYCH KRYTERIUM CHORYCH I PODEJRZANYCH ZAKAŻENIEM WIRUSEM SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCYM CHOROBE COVID-19)

1. Stosuj środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO.
2. Przed wizytą domową przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt oraz zestaw środków ochrony indywidualnej.
3. Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej:
 - 1) Dwa czerwone worki – ponumeruj worki 1,2,
 - 2) Pojemnik do transportu odpadów,
 - 3) Worek plastikowy w innym kolorze,
 - 4) 2 pary rękawiczek,
 - 5) Maski twarzowe chirurgiczne, ewentualnie z filtrem FFP2 lub FFP3,
 - 6) Fartuch ochronny,
 - 7) Ochrona oczu (co najmniej okulary ochronne),
 - 8) Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

Zasady zakładania środków ochrony osobistej:

1. Wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie: „nic poniżej łokcia”, co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta.
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne).
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice.
7. Załóż maskę ochronną.
8. Załóż okulary ochronne (ewentualnie gogle lub przyłbicę).
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie).
10. Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.
11. Pamiętaj, że w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

Zasady zdejmowania środków ochrony osobistej:

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice.
2. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
3. Zdejmij fartuch ochronny łapiąc go z tyłu i ciągnąc od siebie wywijając go na lewą stronę, tak by jego skażona część zawinęła się do środka i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku.
4. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
5. Zdejmij ochronę oczu i umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty należy je umyć i zdezynfekować), jednorazową umieść w 1 worku.
6. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne.
7. Zdejmij maskę ochronną twarzową i natychmiast wyrzuć do 1 czerwonego worka. Ważnym jest by unikać

kontakty z samą maseczką i podczas zdejmowania dotykać jedynie jej pasków.

8. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku.
9. Worek zwiń i włóż do pojemnika na odpady do transportu.
10. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
11. Zabezpiecz aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się.
12. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, użytego podczas udzielania świadczenia.

IV. ZASADY POSTĘPOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO W STANIE EPIDEMII WIRUSEM SARS-COV-2 WYWOŁUJĄCYM CHOROBY COVID-19

1. Jeżeli pacjent poinformuje, że miał kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy), poinformuj o konieczności kontaktu telefonicznego z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym. Przekaż numery kontaktowe.
2. Jeżeli pacjent poinformuje, że sam lub inna osoba z domowników, ma gorączkę powyżej 38 °C, kaszel, trudności w oddychaniu, pielęgniarka prowadzi teleporadę, dokumentuje powyższe i przekazuje niezwłocznie informacje lekarzowi, który podejmuje dalsze decyzje.
3. Jeżeli podczas wizyty stan pacjenta lub domowników wskazuje na możliwość zakażenia SARS-CoV-2, oprócz zachowania szczególnej ostrożności, w trybie natychmiastowym zgłoś ten fakt do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

WAŻNE!

4. Komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku ze zmienną sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2:

<https://www.gov.pl/web/koronawirus>
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>
<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>

PONIEWAŻ WYTYPYKNE ULEGAJĄ AKTUALIZACJI SYSTEMATYCZNIE SPRAWDZAJ NA STRONIE INTERNETOWEJ GIS I MZ:

<https://gis.gov.pl/> <https://www.gov.pl/>

Aktualne wytyczne:

1. **Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego – DEFINICJA PRZYPADKU NA POTRZEBY NADZORU NAD ZAKAŻENIAMI LUDZI NOWYM KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2 z dnia 22.03.2020 r.**

<https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/>

2. **Zalecenia dla pacjenta z dodatnim wynikiem badania w kierunku koronawirusa ze wskazaniem do izolacji w warunkach domowych MZ, GIS z dnia 26.03.2020 r.**

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-pacjenta-z-dodatnim-wynikiem-badania-w-kierunku-koronawirusa-ze-wskazaniem-do-izolacji-w-warunkach-domowych>

3. **Zalecenia ECDC dotyczące zakładania i zdejmowania środków ochrony indywidualnej w czasie opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) z dnia 12.03.2020 r.**

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229175,zalecenia-ecdc-dotyczace-zakladania-i-zdejmowania-srodkow-ochrony-indywidualnej-w-czasie-opieki-nad-pacjentami-z-podejrzeniem-lub-potwierdzonym-zakazeniem-wirusem-sars-cov-2-covid-19>

WYTYPYKNE POSTĘPOWANIA DLA PIELĘGNIAREK MAJĄCYCH KONTAKT Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ SARS-COV-2 WARSZAWA, 22.03.2020 R. /MZ I GIS

1. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z procedurami przewidzianymi dla postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne układu oddechowego.
2. W przypadku podjęcia przez pielęgniarkę podejrzenia o zakażenie koronawirusem (np. w wyniku postępowania niezgodnego z ww. procedurami lub wystąpienia zdarzenia ryzykownego), wskazane jest przeprowadzenie badania w kierunku koronawirusa.
3. Przestanką do wykonania badania w każdym przypadku jest wyłącznie wystąpienie objawów takich jak gorączka pow. 38°C, kaszel, duszności.
4. Badanie można przeprowadzić dopiero na następnym dzień po zaobserwowaniu objawów (optymalny punkt pobrania materiału gwarantujący 95% wiarygodności wyniku).
5. Jedynie badanie przeprowadzone w 7 dniu (co wynika z okresu wylegania 2-14 dni, średnio 5-7 dni) od wystąpienia zdarzenia o wysokim ryzyku kontaktu, może potwierdzić lub wykluczyć zakażenie SARS-CoV-2.
6. Badanie polega na pobraniu próbki (głęboki wymaz z gardła) wyłącznie przez delegowane i wykwalifikowane w tym kierunku osoby, z zachowaniem przyjętych procedur.
7. Nie rekomenduje się aktualnie dokonywania pobrać samodzielnie/na własną rękę.
8. Wynik ujemny badania na zakażenie SARS-CoV-2 w podanym terminie (7 dni od zdarzenia – połowa okresu kwarantanny) lub w terminie późniejszym należy interpretować, jako brak zakażenia.
9. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pielęgniarka może niezwłocznie wrócić do pracy, obserwując swój stan zdrowia.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIĘLĘGNIARSTWA RODZINNEGO

Beata Ostrzycka

31.03.20

Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2 wprowadza się dla pielęgniarek POZ wytyczne, których należy bezwzględnie przestrzegać podczas realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa POZ.

Organizacja pracy pielęgniarki POZ w czasie ogłoszonej epidemii koronawirusem SARS-CoV-2

Zaplanuj pracę w ciągu dnia na:

1. Wizyty domowe – tylko pacjenci wymagający pilnej wizyty domowej w przypadkach uzasadnionych medycznie- po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
2. Wizyty w gabinecie pielęgniarki POZ- minimalizuj wizyty - tylko pacjenci z pilnym skierowaniem na zabiegi pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ
3. Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

Wizyty domowe

1. Ogranicz wizyty domowe do wizyt niezbędnych, wyłącznie do pacjentów pilnych! Zminimalizuje to ryzyko dla Ciebie i pacjenta transmisji infekcji COVID-19
2. Pacjent stabilny powinien być poinformowany poprzez rozmowę telefoniczną o możliwości konsultacji z pielęgniarką rodzinną metodą teleporady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Pacjent powinien otrzymać również informację o możliwości otrzymania kodu do e- recepty oraz środków pomocniczych poprzez łączność telefoniczną.
3. Wszystkie wizyty domowe wynikające ze zlecenia lekarza oraz te pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ, powinny być poprzedzone wcześniej wywiadem telefonicznym, z pacjentem lub jego rodziną . Wiedza zdobyta podczas wywiadu epidemiologicznego telefonicznego pozwoli na podjęcie szczególnych środków ostrożności podczas wizyty domowej oraz pozwoli na dokładne zaplanowanie działań podczas wizyty domowej. W rozmowie telefonicznej zadaj pytania:
 - ▶ czy ktoś z domowników w okresie ostatnich 14 dni przebywał w rejonie transmisji koronawirusa?
 - ▶ czy w ostatnich 14 dniach pacjent miał kontakt z osobą, która wróciła z kraju transmisji koronawirusa?
 - ▶ czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?
 - ▶ czy pacjent lub ktoś z domowników obserwują u siebie objawy ostrej infekcji dróg oddechowych - jak gorączka po wyżej 38°C. kaszel, duszność, trudności w oddychaniu?

Jedna z tych odpowiedzi twierdząca powoduje, że pilna wizyta domowa pielęgniarki rodzinnej musi odbyć się bezwzględnie z zastosowaniem środków ochrony indywidualnej !!

Środki ochrony indywidualnej zgodne z wytycznymi GIS i WHO

UWAGA! Jeżeli pacjent informuje pielęgniarkę, że sam lub inna osoba z domowników ma gorączkę powyżej 38 °C, kaszel, trudności w oddychaniu – proszę ustalić w porozumieniu z lekarzem POZ- teleporadę lekarza POZ. Lekarz POZ podejmie wówczas decyzję co dalej z pacjentem. Natomiast, gdy pacjent informuje, że jest z kontaktu, a nie ma objawów (pacjent bezobjawowy) powinien otrzymać informację od pielęgniarki POZ o konieczności kontaktu telefonicznego ze stacją SANEPID (proszę podać pacjentowi telefon do SANEPID).

Przed wizytą domową przygotuj zestaw środków ochrony indywidualnej

PAMIĘTAJ!!!

Brak dostępności do środków ochrony indywidualnej powoduje, że wizyta domowa powinna zostać przełożona do czasu otrzymania lub wyposażenia pielęgniarkę w środki ochrony indywidualnej !!!

Nie narażaj siebie na zakażenie i przymusową izolację.

Pozbawisz przez to innych pacjentów opieki, której przecież potrzebują!

Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej, dla personelu opiekującego się osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie

1. 3 - czerwone plastikowe worki- ponumeruj worki 1,2,3
2. 1- worek plastikowy w innym kolorze
3. 2 pary rękawiczek
4. Maski twarzowa z filtrem HEPA. ewentualnie chirurgiczna
5. Fartuch ochronny nieprzeziąkliwy (lub flizelinowy jeżeli wizyta jest dedykowana wykonaniu iniekcji, innych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek)
6. Gogle lub przyłbica
7. Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu
8. Pamiętaj o związaniu lub upięciu włosów

Do wizyty domowej przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt.

Organizacja wizyty domowej

1. Umów telefonicznie wizytę domową
2. Zbierz wywiad epidemiologiczny zgodnie z procedurą wskazaną wyżej. Zbierz potrzebne informacje w celu zaplanowania wizyty
3. Poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory bezpośrednio przed wizytą
4. Poproś aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko pacjent, bez rodziny
5. Poproś aby pacjent miał założoną maskę jednorazową w trakcie pielęgniarskiej wizyty, w sytuacji gdy jej nie posiada, a wynika to z przeprowadzonej wcześniej rozmowy telefonicznej, weź ze sobą dodatkową maskę. Jeśli nie ma takiej możliwości poproś pacjenta, aby zasłonił usta i nos np. ręcznikiem
6. Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte
7. Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu

Zastosuj poniższy algorytm

Algorytm zakładania środków ochrony osobistej

1. Swoje wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie : „nic po niżej łokcia” co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej, zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne)
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice
7. Załóż maskę ochronną z filtrem HEPA przykładając starannie do twarzy w okolicy ust i nosa i rozłóż ją tak, by dobrze przywierała (bez żadnych szczelin pomiędzy twarzą a maską), zlokalizuj metalowy pasek i rozmieść na twarzy tak, by środek był w okolicach nosa.

Jeżeli nie posiadasz maski z filtrem HEPA , zastępczo załóż maskę chirurgiczną i dopasuj metalowy klips na nosie.

8. Załóż okulary ochronne (gogle) lub przyłbicę
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie)

Nigdy nie dotykaj maseczki w trakcie jej noszenia.

Pamiętaj! w domu chorego masz ograniczone możliwości bezpiecznej wymiany maseczki.

8. Wizyta powinna trwać jak najkrócej, maksymalnie 15 minut.
9. Wszystkie zalecenia po wizycie powinny być omówione poprzez teleporadę
10. Zdejmij środki ochrony osobistej stosując poniższy algorytm

Algorytm zdejmowania środków ochrony osobistej

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
2. Zdejmij gogle lub przyłbicę i natychmiast umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty będziesz musiała je umyć i zdezynfekować)
3. zdezynfekuj rękawice wewnętrzne
4. Zdejmij maskę ochronną twarzową.(jeżeli użyłaś maski z filtrem HEPA pamiętaj aby najpierw zdjąć taśmy nagłowia potyliczną i szyjną i trzymając czaszę maski odsuń maskę od twarzy zdejmując ją- umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
5. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku,
6. Worek zwiń i włóż do 3 czerwonego worka.
7. Zamknij szczelnie tak aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się
8. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
9. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który użyłaś podczas udzielania świadczenia

Pamiętaj!

Pacjent, który wymaga pilnej wizyty pielęgniarki rodzinnej – uzasadnionej jego stanem zdrowia, **nie może pozostać bez opieki!**

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego!

Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!

Sytuacja zmienia się dynamicznie.

Realizacja świadczeń pielęgniarских

w gabinecie pielęgniarki POZ w trakcie epidemii koronawirusa

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarских w gabinecie pielęgniarki POZ – harmonogram
2. Realizacja zabiegów pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem.
3. Każdy pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń pielęgniarских musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (schemat jak wyżej)
4. Świadczenia wykonuj z założeniem środków ochrony indywidualnej
5. Pacjent do gabinetu pielęgniarki POZ powinien wejść w maseczce ochronnej, przekaż maseczkę ochronną pacjentowi natychmiast po wejściu do przychodni
6. Wizyta powinna trwać krótko
7. Wywietrz gabinet po każdym pacjencie
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz dezynfekcji
9. Dezynfekuj klamki oraz miejsca dotykowe kilka razy w ciągu dnia
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz- glukometr, stetoskop oraz każdy inny

Wszystko dokumentujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

1. Przygotuj się do teleporady, przygotuj dokumentację pacjenta
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy.
3. Udzielaj teleporady jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad jednocześnie - grozi popełnieniem błędu!
5. Jeżeli udzielasz teleporady a w trakcie przyszedł pacjent do gabinetu, poproś aby zaczekał. Udzielanie jednocześnie dwóch konsultacji obarczone jest błędem!
6. Zawsze pytaj pacjenta czy dobrze zrozumiał, to o czym rozmawialiście
7. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się czy pacjent będzie je stosował
8. Edukuj pacjenta, monitoruj telefonicznie efekty edukacji
9. Kontroluj. Jeżeli wydałaś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrótnie informował o realizacji zaleceń.
Jeżeli to możliwe poproś o przysłanie zdjęcia, aby się upewnić, że nie doszło do błędu .

Wszystkie teleporady muszą być udokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Ważne!

Pamiętaj o wpisaniu również godziny teleporady.

Może się zdarzyć, że będziesz zmuszona poddać się obowiązkowej kwarantannie. W domu masz małe dzieci lub osobę starszą, poproś Wojewodę z Twojego terenu o wskazanie miejsca odbycia kwarantanny poza domem. Masz takie prawo.

Telefon znajdziesz na stronie Zarządzania Kryzysowego właściwego Urzędu Wojewódzkiego

Pamiętaj!

W Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych istnieje możliwość rozmowy z psychologiem. Jeżeli potrzebujesz pomocy -skontaktuj się z Twoją Okręgową Izbą a otrzymasz pomoc psychologiczną.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uruchomiło porady dla pielęgniarek. Masz wątpliwości – zadzwoń i upewnij się abyś czuła się bezpieczna. **Tel. 22 398 18 72**

WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DLA PIELEŃGNIAREK MAJĄCYCH KONTAKT Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ SARS-CoV-2

Zalecenia Ministerstwa Zdrowia
Państwowej Inspekcji Sanitarnej

1. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z procedurami przewidzianymi dla postępowania z pacjentami chorymi na choroby zakaźne układu oddechowego.
2. W przypadku podjęcia przez pielęgniarkę podejrzenia o zakażenie koronawirusem (np. w wyniku postępowania niezgodnego z ww. procedurami lub wystąpienia zdarzenia ryzykownego), wskazane jest przeprowadzenie badania w kierunku koronawirusa.
3. Badanie może być przeprowadzone dla personelu medycznego bez konieczności pojawienia się typowych objawów jak gorączka, kaszel, duszność.
4. Badanie można przeprowadzić dopiero na następny dzień po zaobserwowaniu objawów (optymalny punkt pobrania materiału gwarantujący 95% wiarygodności wyniku).
5. Jedynie badanie przeprowadzone w 7 dniu (co wynika z okresu wylegania 2-14 dni, średnio 5-7 dni) od wystąpienia zdarzenia o wysokim ryzyku kontaktu, może potwierdzić lub wykluczyć zakażenie SARS- CoV-2
6. Badanie polega na pobraniu próbki (głęboki wymaz z gardła) wyłącznie przez delegowane i wykwalifikowane w tym kierunku osoby, z zachowaniem przyjętych procedur.
7. Wynik ujemny badania na zakażenie SARS-CoV-2 w podanym terminie (7 dni od zdarzenia – połowa okresu kwarantanny) lub w terminie późniejszym należy interpretować, jako brak zakażenia.
8. Po uzyskaniu wyniku ujemnego pielęgniarka może niezwłocznie wrócić do pracy, obserwując swój stan zdrowia.

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego!

Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!

Sytuacja zmienia się dynamicznie.



APEL
samorządów zawodów medycznych
z dnia 1 kwietnia 2020 r.
do Prezesa Rady Ministrów

o objęciu personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w okresie epidemii ochroną ubezpieczeniową od następstw nieszczęśliwych wypadków

Samorządy zawodów medycznych apelują do Prezesa Rady Ministrów o zapewnienie na koszt państwa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków personelu medycznego udzielającego wszelkich świadczeń zdrowotnych w okresie epidemii, w przypadku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, doznania uszczerbku na zdrowiu lub poniesienia śmierci w następstwie zakażenia.

Ryzyko uszczerbku na zdrowiu, a nawet utraty życia, jakie przyjmują na siebie w pierwszej kolejności lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci, farmaceuci, ratownicy medyczni a także inny personel medyczny zaangażowany w niesienie pomocy pacjentom w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 wymaga natychmiastowych działań osłonowych, które powinny zapewnić niezbędne wsparcie finansowe na wypadek zachorowania lub śmierci.

Podpisane w ostatnich dniach porozumienie Ministra Zdrowia z Prezesem PZU S.A. niestety obejmuje tylko osoby z wytypowanych szpitali jednoimiennych – dedykowanych do opieki nad

zakażonymi koronawirusem SARS-CoV-2, podczas gdy ryzykiem objęte są wszystkie osoby z personelu medycznego udzielające świadczeń zdrowotnych w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Z uwagi na rozszerzający się zasięg epidemii, bezobjawowy przebieg zakażenia u zdecydowanej większości osób oraz konieczność zapewnienia ciągłej opieki medycznej w ramach systemu ochrony zdrowia, adekwatne zabezpieczenie finansowe personelu medycznego i ich rodzin na wypadek zakażenia lub śmierci będącej jego następstwem jest warunkiem koniecznym dla bezpieczeństwa zdrowotnego całego społeczeństwa.



Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Alina Niewiadomska
Prezes
Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

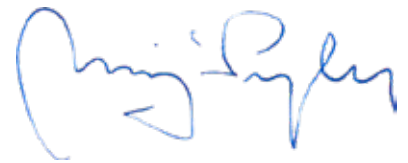
Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej



Elżbieta Piotrowska-Rutkowska



Andrzej Matyja
Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej



Maciej Krawczyk
Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów



ZMIANY PRZEPISÓW PRAWNYCH DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZASIE EPIDEMII COVID-19

1 KWIETNIA 2020 R.

W ustawie z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

(Dz. U. z 2020 r., poz. 567) zawarto następujące zmiany:



Art. 3. W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1222) wprowadza się zmianę: pielęgniarzka będzie mogła kwalifikować dawców do oddania krwi lub jej składników.

Art. 8. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322 i 374) wprowadza się następujące zmiany: pielęgniarzki, położne bez względu na wykształcenie będą mogły pełnić dyżur medyczny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę.

Art. 10. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) po art. 26a dodaje się art. 26b który wprowadza skrócenie czasu odbycia przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. Pielęgniarzki i położne będą mogły w okresie pierwszych 2 tygodni wykonywania zawodu pod nadzorem i we współpracy z inną pielęgniarzką lub położną wykonującą zawód w tym samym podmiocie leczniczym odbyć przeszkolenie i rozpocząć pracę w tym podmiocie.

Art. 15. W ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374) wprowadza się następujące zmiany: podniesiono zasitek chorobowy z 80% na 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

11. Teleporady mogą być również udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Przepisy ust. 4–9 stosuje się odpowiednio (dop. czyli także przez pielęgniarzki i położne wykonujące zawód w różnych formach zatrudnienia).

Zmiany dotyczące usprawnienia pracy samorządów zawodowych w czasie epidemii COVID-19.

Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 568) dodano art. 14 h.

Art. 14 h. 1. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, kolegiałne organy samorządów zawodowych, a także ich organy wykonawcze oraz inne organy wewnętrzne mogą podejmować uchwały przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym.

2. Uchwała podjęta w trybie, o którym mowa w ust. 1, jest ważna, gdy wszyscy członkowie danego organu zostali powiadomieni o treści projektu uchwały i terminie oddania głosu oraz w głosowaniu wzięła udział co najmniej połowa członków tego organu.

3. W przypadku gdy ustawa szczególna wymaga podjęcia uchwały w głosowaniu tajnym, organy, o których mowa w ust. 1, mogą w trybie, o którym mowa w ust. 1, znieść wymóg tajności głosowania w określonej sprawie.

Stanowisko nr 34
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 1 kwietnia 2020 r.

w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19, w tym pielęgniarek i położnych - Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnioskuję o uznanie choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową spowodowaną działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca się do Prezesa Rady Ministrów o dokonanie zmian legislacyjnych polegających na wyszczególnieniu choroby zawodowej wywołanej wirusem SARS-COV-2 w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. 2009 r. Nr 105, poz. 869).

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentując pielęgniarki i położne walczące z epidemią koronawirusa w szpitalach, domach pacjenta, domach pomocy społecznej - zaznacza, iż są one na pierwszej linii frontu, gdzie zmagają się z nieprzygotowaniem podmiotów leczniczych do walki z epidemią i brakami środków dezynfekcyjnych oraz ochrony osobistej. W związku ze stanem epidemii wynikającym z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego, pielęgniarki i położne realizujące świadczenia zdrowotne we wszystkich zakresach opieki zdrowotnej są najbardziej zagrożone zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Aktualnie odpowiedzialność jaka spoczywa na pielęgniarkach i położnych wykonujących zawód uzasadnia uznanie choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zawodową, która spowodowana została działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych kieruje swoje stanowisko do Prezesa Rady Ministrów oczekując podjęcia wszelkich niezbędnych kroków, aby zapewnić pielęgniarkom i położnym narzędzia i ochronę prawną służącą do łagodzenia ryzyka opieki nad pacjentami i ewentualnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z zarażenia się koronawirusem.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

**Uchwała Nr 387/VII/2020
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 11 marca 2020 r.**

w sprawie zmiany Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. 2018 poz. 916) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zmienia § 1 pkt. 2 Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego poprzez nadanie mu brzmienia:

Okręgowe rady pielęgniarek i położnych w terminie do dnia 31 października 2020 r. przeprowadzą okręgowe zjazdy, na których wybrani zostaną delegaci na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zmienia § 1 pkt. 3 Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego poprzez nadanie mu brzmienia:

Okręgowe rady pielęgniarek i położnych w terminie do dnia 15 listopada 2020 r. przekażą dane delegatów na VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych według załączonego wzoru stanowiącego załącznik do uchwały.

3. Pozostała treść Uchwały Nr 360/VII/2019 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego nie ulega zmianie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UZASADNIENIE

Podstawą zmiany kalendarza wyborczego do okręgowych organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz do krajowych organów Naczelnej Izby pielęgniarek i Położnych jest zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego. Zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej nowy koronawirus nazwany SARS-CoV-2 jest wirusem mogącym wywołać zespół niewydolności oddechowej, a wywołana nim choroba jest określana jako COVID-19. SARS-CoV-2 został zidentyfikowany pod koniec 2019 roku i jest nowym szczepem koronawirusa, który nie był wcześniej identyfikowany u ludzi.

Należy zauważyć, że w dniu podjęcia niniejszej uchwały następuje wzrost liczby zachorowań na COVID-19, a właściwe organy podejmują wszelkie niezbędne działania w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa, co objawia się w odwoływaniu imprez masowych, zawieszaniu funkcjonowania szkół publicznych i uczelni wyższych, etc. Na organie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jako instytucji zrzeszającej przedstawicielki i przedstawicieli danych zawodów medycznych, ciąży w związku z tym szczególne obowiązki wynikające z zapobiegania rozprzestrzeniania się w/w choroby.

Zgodnie z art. 30 Konstytucji RP przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. W zaistniałej sytuacji dochodzi do konfliktu praw wyborczych członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z prawnym nakazem ochrony zdrowia i życia każdego członka naszego społeczeństwa (art. 38 Konstytucji). Odpowiedzią na ten konflikt jest ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U.2020.374, zwana dalej także ustawą kryzysową mająca swoje umocowanie w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. W/w ustawa wprowadza w zakresie personelu medycznego pełną gotowość do niesieniu fachowej pomocy zagrożonemu społeczeństwu.

Biorąc to wszystko pod uwagę należy przyjąć zaistnienie nadzwyczajnego stanu epidemiologicznego. Wychodząc naprzeciw wszystkim sytuacjom w których narasta zagrożenie epidemii i rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych u ludzi ze wszech miar konieczna stała się zmiana kalendarza wyborczego w taki sposób, aby uniknąć sytuacji rozprzestrzeniania się koronawirusa w obliczu zwiększającej się liczby zachorowań, a jednocześnie umożliwić realizację praw wyborczych członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w roku wyborczym, jakim jest rok 2020.

Sekretarz NR PiP



Joanna Walewander

Prezes NR PiP



Zofia Małas

11 marca br. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, że epidemia wirusa SARS-CoV-2 jest już pandemią, co oznacza, że najnowszy koronawirus jest epidemiologicznym zagrożeniem.

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii w Polsce i stale rosnącą liczbą zachorowań na COVID-19 – chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV – granice państw zostały zamknięte, loty między krajami zawieszono, wielu z nas musi poddać się licznym ograniczeniom, niektórzy bezwzględnej izolacji.

31 marca 2020 r. weszło w życie ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Szanowni Delegaci

OIPiP W WAŁBRZYCHU NA VIII KADENCJĘ – 2020-2024

XXXVI OKRĘGOWY ZJAZD DELEGATÓW OIPiP W WAŁBRZYCHU

**ZAPLANOWANY NA 31 MARCA 2020 R. ZOSTAŁ ODWOŁANY
WSZYSTKIE KONFERENCJE, SZKOLENIA,**

**UROCZYSTOŚCI ORGANIZOWANE PRZEZ OIPiP W WAŁBRZYCHU
– ODWOŁANE.**





Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

