

TYTUŁ:

Procedura segregacji chorych względem stopnia zaburzenia węchu w związku z COVID-19

Autorzy:

Dorota Kuryga¹, Dariusz Cieśla¹, Tymoteusz Sztabiński¹, Maja Waszak¹, Sylwia Cholewicka¹,
Piotr Pierczyński¹, Weronika Chojnowska¹, Piotr Owłasiuk², Bożena Ślesicka³

¹Oddział Laryngologiczny

Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

Al. Piłsudskiego 11

18-404 Łomża

²Oddział Obserwacyjno-Zakaźny

Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

Al. Piłsudskiego 11

18-404 Łomża

³Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej

Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

Al. Piłsudskiego 11

18-404 Łomża

Data sporządzenia: 08.06.2022

I. CELE PROCEDURY:

Minimalizacja ryzyka rozprzestrzeniania się i transmisji wirusa SARS-CoV-2 między pacjentami w trakcie przyjmowania ich do oddziałów szpitalnych.

Minimalizacja ryzyka rozprzestrzeniania się i transmisji wirusa SARS-CoV-2 między pacjentami w trakcie ich pobytu w oddziałach szpitalnych.

II. PROCEDURA DOTYCZY:

Badania węchu i smaku u pacjentów z potwierdzoną chorobą COVID-19 bądź podejrzanych o nią w celu różnicowania pacjentów potencjalnie bardziej zakaźnych od osób z mniej nasilonymi objawami i potencjalnie mniej zakaźnych.

III. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Kierownik komórki organizacyjnej, odpowiada za:

- wytyczenie miejsca gabinetów konsultacyjnych, w których odbywa się badanie węchu i smaku
- zapewnienie wyrobów medycznych niezbędnej do oceny węchu i smaku
- przeszkolenie podległego personelu z zasadami zawartymi w Procedurze
- nadzór nad prawidłową realizacją segregacji pacjentów wg zasad zawartych w Procedurze
- informowanie kadry kierowniczej placówki o zagrożeniach utrudniających przestrzeganie Procedury

2. Lekarze, odpowiadają za:

- rzetelne przeprowadzenie badania lekarskiego – podmiotowego i przedmiotowego – z uwzględnieniem warunków zagrożenia zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
- kierowanie się podczas badania pacjentów z COVID-19 stanem aktualnej, najnowszej wiedzy medycznej
- przeprowadzanie screeningowego badania węchu i smaku przed przyjęciem pacjenta do szpitala wg Procedury w przypadku niedostępnej pielęgniarki lub ratownika medycznego
- przeprowadzanie kontrolnych badań węchu i smaku w trakcie pobytu pacjenta w oddziale wg Procedury w przypadku niedostępnej pielęgniarki lub ratownika medycznego
- przestrzeganie zasad zawartych w Procedurze
- informowanie bezpośredniego przełożonego o zagrożeniach utrudniających właściwe przestrzeganie Procedury

3. Pielęgniarka oddziałowa, odpowiada za:

- bieżące monitorowanie zużywanych podczas badania pacjentów zestawów do oceny węchu i smaku
- nadzór nad właściwą opieką pielęgniarską nad pacjentami chorymi na COVID-19 z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby
- przeszkolenie podległego personelu z zasadami zawartymi w Procedurze
- informowanie kadry kierowniczej placówki o zagrożeniach utrudniających przestrzeganie Procedury

4. Pielęgniarki i ratownicy medyczni, odpowiadają za:

- przeprowadzanie screeningowego badania węchu i smaku przed przyjęciem pacjenta do szpitala wg Procedury
- przeprowadzanie kontrolnych badań węchu i smaku w trakcie pobytu pacjenta w oddziale wg Procedury
- podstawową opiekę i pielęgnację pacjentów chorych na COVID-19 z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby na podstawie zaleceń lekarskich
- informowanie bezpośredniego przełożonego o zagrożeniach utrudniających właściwe przestrzeganie Procedury

5. Personel sprzątający, odpowiada za:

- sprzątanie i dbanie o czystość pomieszczeń, w których przebywają pacjenci chorzy na COVID-19
- dbanie o wentylację pomieszczeń, w których przebywają pacjenci chorzy na COVID-19
- dezynfekcja powierzchni i przedmiotów w obrębie jednostki organizacyjnej, w których przebywają pacjenci chorzy na COVID-19
- informowanie bezpośredniego przełożonego o zagrożeniach utrudniających właściwe przestrzeganie Procedury

6. Pacjent

- zobowiązany jest do stosowania się do zaleceń personelu medycznego i zasad zawartych w Procedurze mając na uwadze powagę zagrożenia związanego z rozprzestrzenianiem wirusa podczas pobytu w szpitalu.

IV. NIEZBĘDNE WYPOSAŻENIE

- ✓ zestawy 12 medycznych markerów zapachowych
- ✓ zestaw pasków do badania 4 podstawowych smaków
- ✓ środki ochrony indywidualnej

V. WNIOSKI Z BADAŃ WŁASNYCH

1. Zaburzenia węchu i smaku w przebiegu COVID-19, zwłaszcza całkowita utrata węchu i smaku, wiąże się z większą częstotliwością niepomyślnego zejścia choroby (ARDS, zgon)

Ze względu na to, że chorzy z niewydolnością oddechową oraz ARDS wymagają leczenia wspomagającego tlenoterapią bierną, wysokoprzepływową lub innymi urządzeniami, których stosowanie wiąże się z generowaniem aerozolu, chorzy tacy przy przyjęciu (zakładając krótki czas od zakażenia do hospitalizacji) powinni być traktowani jako bardziej zakaźni niż pacjenci z łagodną lub umiarkowaną postacią choroby. Całkowita utrata węchu i/lub smaku może wiązać się większym generowaniem zakaźnego aerozolu przez tych chorych.

2. Całkowita utrata węchu i/lub smaku współistniejące z niewydolnością oddechową może stanowić niepomyślny czynnik rokowniczy choroby COVID-19

3. Całkowita utrata węchu i/lub smaku może pomóc w segregacji chorych na rokujących lepiej lub gorzej oraz potencjalnie mniej i bardziej zakaźnych

4. Chorzy z całkowitą utratą węchu i/lub smaku przy współistniejącej niewydolności oddechowej powinni być umieszczani na oddziałach lepiej przygotowanych kadrowo i sprzętowo do leczenia ostrej niewydolności oddechowej, ponieważ może zaistnieć potrzeba pilnej intubacji pacjenta i przekazania ich na OIT

VI. SEGREGACJA CHORYCH W SZPITALU

1. Personel mając na uwadze względy bezpieczeństwa epidemiologicznego powinien dbać przede wszystkim o swoją ochronę poprzez stosowanie ŚOI

1.1. Zaleca się stosowanie następujących ŚOI przez personel medyczny mający kontakt z pacjentem z dużym ryzykiem zakaźności:

- ✓ Bluza i spodnie 1-razowe
- ✓ Fartuch 1-razowy*
- ✓ Kombinezon**
- ✓ 2 pary rękawic
- ✓ Nogawice
- ✓ Ochraniacze na buty
- ✓ Gogle lub przyłbica
- ✓ Maski FFP3
- ✓ Czepek chirurgiczny

* przewidywany czas badania do 15min: fartuch wodoodporny z długim rękawem

**przewidywany czas badania powyżej 15min

1.2. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do grupy niezakaźnej:

- ✓ Bluza i spodnie 1-razowe
- ✓ Fartuch 1-razowy fizelinowy
- ✓ 1 para rękawic
- ✓ Ochraniacze na buty
- ✓ Przyłbica
- ✓ Maseczka chirurgiczna* lub maska FFP2**

* przewidywany czas badania do 15min: maseczka chirurgiczna

**przewidywany czas badania powyżej 15min: maska FFP2

2. Pacjent przyjmowany do Szpitala na Izbę Przyjęć/SOR:

- Pacjent z dużym ryzykiem zakaźności powinien mieć założoną maseczkę chirurgiczną o ile stan jego wydolności oddechowej na to pozwala.

2.1. Pacjent kierowany jest do izolatki, która umożliwia odizolowanie fizyczne pacjenta od osób zdrowych.

Pacjent, jeśli jego stan na to pozwala zapoznaje się z obowiązującymi prawami i obowiązkami pacjenta dostępnymi w formie czytelnej papierowej i/lub elektronicznej na nośniku typu tablet.

W przypadku braku dostępnych izolatek pacjent umieszczany jest na łóżku w sali wieloosobowej przeznaczonej dla pacjentów z COVID-19.

2.2. Lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny zbiera wywiad od pacjenta w formie pisemnej, który jest fotografowany i elektronicznie drogą np. tabletu przekazany do personelu pielęgniarskiego lub lekarskiego

2.3. Lekarz dokonuje badania podmiotowego i przedmiotowego (przy pierwszorazowym kontakcie z pacjentem obowiązują pełne ŚOI), a następnie ocenia stopień ciężkości choroby wg zaleceń WHO.

2.4. Lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny przy użyciu minimum 4 markerów zapachowych ocenia węch pacjenta klasyfikując:

2w – norma,

1w – hyposmia,

0w – anosmia,

co odnotowuje w dokumentacji medycznej.

2.5. Lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny przy użyciu 4 pasków lub patyczków smakowych ocenia smak pacjenta klasyfikując:

2s – norma,

1s – hypogeusia,

0s – ageusia,

co odnotowuje w dokumentacji medycznej.

3. Lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny lub inna osoba odpowiedzialna za triage w IP/SOR kieruje pacjenta do odpowiedniego oddziału, jeśli możliwe wg zasad:

- *odnotowane 0w+/-0s*
oddział wyposażony w urządzenia do nieinwazyjnej wentylacji, tlenoterapii wysokoprzepływowej, dostateczną ilość dostępów tlenowych oraz doświadczoną w leczeniu niewydolności oddechowej kadrę lekarską (np. anestezjologów, internistów, pulmonologów), np. oddział chorób płuc, oddział chorób wewnętrznych, oddział chorób zakaźnych;
- *odnotowane 1w+/-1s*
oddział wyposażony w urządzenia do nieinwazyjnej wentylacji, tlenoterapii wysokoprzepływowej, dostateczną ilość dostępów tlenowych oraz doświadczony lub przeszkolony w leczeniu niewydolności oddechowej personel medyczny, np. oddział chorób płuc, oddział chorób wewnętrznych, oddział chorób zakaźnych;
- *odnotowane 2w+/-2s*
oddział obserwacyjny wyposażony minimum w dojścia tlenowe do tlenoterapii biernej oraz przeszkolony w leczeniu COVID-19 personel medyczny – każdy dostępny oddział;
- należy dążyć by pacjenci z poszczególnych grup: 1) 2w+/-2s, 2) 1w+/-1s, 3) 0w+/-0s nie trafiali na te same oddziały.

4. Transport pacjenta do odpowiedniego oddziału odbywa się dedykowanym szlakiem (korytarz, winda) dla pacjentów z COVID-19.

5. Jeśli Szpital funkcjonuje jednolicie, bez podziału na oddziały lepiej i gorzej wyposażone sprzętowo i kadrowo, powyższe reguły należy przyjąć do rozmieszczania pacjentów na poszczególnych salach:

- sala intensywnego nadzoru, jeśli dostępna, dla pacjentów z odnotowanym 0w+/-0s w pierwszej kolejności, następnie dla pacjentów 1w+/-1s;
- izolatka, jeśli dostępna, dla pacjentów z odnotowanym 0w+/-0s w pierwszej kolejności, następnie dla pacjentów 1w+/-1s;
- sale jedno-/wielooosobowe bez śluzy dla pacjentów 2w+/-2s.

6. Jeśli w Szpitalu jest oddział zakaźny lub inny dedykowany pacjentom z COVID-19, przed skierowaniem pacjenta na salę należy zbadać mu węch i smak w pracowni badań zmysłów lub gabinecie diagnostycznym.

7. Badanie powtarza się 1 raz dziennie na sali pacjenta jego indywidualnym zestawem.

7.1. W przypadku poprawy parametrów można pacjenta przenieść na inny oddział/salę jeśli prawdopodobieństwo, że miejsce będzie wykorzystane przez innego pacjenta w stanie ciężkim jest wysokie, np. w okresie dużej ilości zachorowań i przyjęć do szpitali.

7.2. W przypadku pogorszenia parametrów należy dążyć do przeniesienia pacjenta do oddziału/sali lepiej wyposażonych.

VII. UWAGI KOŃCOWE

1. Procedura została opracowana w okresie pandemii COVID-19, lecz może mieć zastosowanie w okresie wykraczającym poza jej ramy czasowe, zwłaszcza u pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innymi drobnoustrojami powodującymi zaburzenia węchu i/lub smaku.
2. Procedura została opracowana w warunkach pracy oddziału hybrydowego po dostosowaniu pomieszczeń do standardów epidemiologicznych umożliwiających odizolowanie chorych.
3. Procedura została opracowana po dostosowaniu pomieszczeń do wykorzystania wentylacji wymuszonej podciśnieniem.
4. Procedura została opracowana w warunkach dostępnych ŚOI.
5. Procedura została opracowana w warunkach dostępnej aparatury badawczej w postaci materiałów jednorazowych: zestawów do badania węchu i smaku.
 - 5.1. Mając na uwadze indywidualny dostęp poszczególnych placówek do narzędzi własnych, należy procedurę dostosować do dostępnych zasobów.
 - 5.2. W przypadku braku zróżnicowanych narzędzi diagnostycznych należy wykonywać badanie dostępnym sprzętem, zachowując zasady opisane powyżej.
 - 5.3. Mając na uwadze postęp technologiczny należy procedurę modyfikować w miarę pojawiania się lepszych narzędzi i urządzeń medycznych diagnostyczno-zabiegowych.
6. Procedura została opracowana w warunkach dostępnego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i ratowników medycznych.
8. W wyniku badań wykonywanych na cele opracowania Procedury nie doszło do udokumentowanej dochodzeniem epidemiologicznym transmisji wirusa SARS-CoV-2 z pacjenta chorego na personel medyczny i pomocniczy.