

STANOWISKO ZESPOŁU EKSPERTÓW SHL W SPRAWIE PRZESIEWOWYCH TESTÓW PCR W KIERUNKU ZAKAŻENIA SARS-CoV-2 PRZY PRZYJĘCIU DO SZPITALA ORAZ STOSOWANIA ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY (stan na 15.07.2020)

Koordinacja – dr med. Paweł Grzesiowski

- Aktualna sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest stabilna, od początku kwietnia 2020 może być określona jako endemiczna z lokalnymi ogniskami epidemicznymi.
- Zakażenie COVID-19 przebiega u osób poniżej 50-60 lat w większości przypadków bezobjawowo lub skąpo-objawowo, im młodsza jest populacja zakażonych osób, tym większy odsetek bezobjawowych lub łagodnie przebiegających zakażeń.
- Średnia śmiertelność z powodu COVID-19 w Polsce wynosi ok. 4% wśród wszystkich potwierdzonych przypadków, natomiast w podziale na grupy wiekowe wynosi 0,1/100.000 w wieku do 39 lat, 0,5/100.000 w wieku 40-59 lat, 3,9/100.000 w wieku 60-79 oraz 15,9/100.000 w wieku powyżej 80 lat. Rzeczywista średnia śmiertelność z uwzględnieniem niedoszacowania rozpoznanych badaniami genetycznymi przypadków jest szacowana na ok. 0,5%
- Ciężkie zakażenia w Polsce dotyczą przede wszystkim osób w grupie wiekowej powyżej 60 lat oraz w populacjach z czynnikami ryzyka (choroby przewlekłe).
- Testy PCR stosowane w diagnostyce COVID-19 mają ok. 80% czułość, mogą być fałszywie ujemne u zakażonego pacjenta w okresie inkubacji, niejednokrotnie otrzymujemy także wyniki fałszywie dodatnie.
- Aktualne wytyczne WHO i ECDC zakładają wykonywanie testów u wszystkich osób objawowych oraz u osób bezobjawowych w przypadkach epidemiologicznie powiązanych z ogniskami zakażeń.

Definicje przypadków wg WHO/ECDC na dzień 29 maja 2020 r.

Kryteria kliniczne

Każda osoba z co najmniej jednym z następujących objawów:

- kaszel, gorączka, duszność, nagła utrata węchu lub utrata / zaburzenia smaku, dodatkowe mniej specyficzne objawy mogą obejmować ból głowy, dreszcze, ból mięśni, zmęczenie, wymioty lub biegunkę.

Kryteria obrazowania diagnostycznego:

Dowody radiologiczne wykazujące zmiany typowe dla COVID-19

Kryteria laboratoryjne:

Wykrycie kwasu rybonukleinowego SARS-CoV-2 w materiale klinicznym

Kryteria epidemiologiczne

Co najmniej jedno z następujących dwóch powiązań epidemiologicznych:

- bliski kontakt z potwierdzonym przypadkiem COVID-19 w ciągu 14 dni przed wystąpieniem objawów
- pacjent albo personel medyczny placówki medycznej lub opiekuńczej dla osób z grup ryzyka, w której potwierdzono ciągłą transmisję COVID-19 w ciągu 14 dni przed wystąpieniem objawów

Klasyfikacja przypadków

- **Możliwy przypadek:** każda osoba spełniająca kryteria kliniczne
- **Prawdopodobny przypadek:** każda osoba spełniająca kryteria kliniczne z powiązaniem epidemiologicznym lub każda osoba spełniająca kryteria obrazowania diagnostycznego
- **Potwierdzony przypadek:** każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne

WNIOSKI ZESPOŁU

- Testowanie wszystkich pacjentów bezobjawowych przyjmowanych do szpitala nie jest uzasadnione merytorycznie, wprowadza dodatkową, czaso-, praco- i koszto- chłonną procedurę, w której długi czas oczekiwania na wynik, czułość na poziomie 80% oraz „okienko inkubacyjne” i tak nie pozwalają na wykluczenie przyjęcia do szpitala osoby zakażonej bezobjawowo lub przed wystąpieniem objawów zakażenia.
- Podobnie jak w nosicielstwie innych patogenów, celem zaplanowania badań przesiewowych, wyznacza się określone grupy ryzyka, w których bezobjawowe zakażenie COVID-19 może występować w momencie przyjęcia do szpitala oraz u których ewentualne ujawnienie się tego zakażenia podczas hospitalizacji, miałyby katastrofalne skutki ze względu na planowane leczenie operacyjne lub immunosupresyjne. Do takiej grupy można zaliczyć osoby po 60 roku życia z dodatkowymi schorzeniami towarzyszącymi o przewlekłym charakterze, które w okresie 14 dni przed przyjęciem do szpitala mogły mieć kontakt z osobą zakażoną lub znaleźć się w sytuacji epidemiologicznie ryzykownej np. pobyt w placówce, gdzie ma miejsce aktywna transmisja zakażeń.
- Testy PCR u personelu medycznego należy wykonywać, jeśli:
 - było potwierdzone narażenie na kontakt z osobą chora bez użycia odpowiednich środków ochrony indywidualnej
 - wystąpiły objawy ostrej infekcji dróg oddechowych lub inne objawy mogące sugerować zakażenie wirusem SARS-CoV-2

Nie jest obecnie uzasadnione rutynowe testowanie personelu medycznego, jeśli nie wystąpiły powyższe wskazania.

WSKAZANIA DO WYKONYWANIA TESTÓW PCR W KIERUNKU SARS-CoV2 U PACJENTÓW PRZYJMOWANYCH DO SZPITALA

Przy przyjęciu do szpitala test PCR wykonuje się u następujących pacjentów:

- pacjenci objawowi, u których nie można odroczyć przyjęcia, a ich stan na podstawie oceny lekarskiej spełnia kryteria kliniczne podejrzenia COVID-19
 - objawy podejrzone o Covid-19 m.in.: kaszel, gorączka, duszność, nagła utrata węchu lub utrata / zaburzenia smaku, dodatkowe mniej specyficzne objawy mogą obejmować ból głowy, dreszcze, ból mięśni, zmęczenie, wymioty lub biegunkę, udar
- pacjenci bezobjawowi przyjmowani celem wykonania dużego zabiegu operacyjnego, jeśli nie ma możliwości 14-dniowego odroczenia przyjęcia do szpitala
 - z domu z dodatnim wywiadem epidemiologicznym,
 - z innych szpitali lub placówek opieki długoterminowej (DPS, ZOL, ZPO), w których w ostatnich 4 tygodniach występowała aktywna transmisja zakażeń COVID-19 lub znajdujących się w gminach / powiatach o wysokiej zachorowalności na COVID-19
 - pacjenci powyżej 60 r.ż. z chorobami przewlekłymi (nadciśnienie tętnicze, przewlekłe choroby serca, płuc, cukrzyca, choroba nowotworowa, immunosupresja), którzy przebywali w ciągu 14 dni przed przyjęciem w innych placówkach medycznych lub opieki długoterminowej lub nie

zachowywali auto-izolacji przez 14 dni zaleconej przy wyznaczeniu terminu hospitalizacji

- pacjenci w ciężkim stanie przy przyjęciu (ASA 3-5), pacjenci nieprzytomni, przyjmowani bez możliwości zebrania wywiadu epidemiologicznego oraz inne indywidualne przypadki na zlecenie lekarza, po ocenie ryzyka epidemiologicznego i klinicznego.
 - za dodatni wywiad epidemiologiczny uznaje się bliski kontakt z potwierdzonym przypadkiem COVID-19 w ciągu 14 dni przed przyjęciem, pobyt w ciągu 14 dni przed przyjęciem w placówce, w której występuje transmisja zakażeń COVID-19 oraz inne sytuacje opisane w ankiecie epidemiologicznej
 - duży zabieg operacyjny zwykle wymaga znieczulenia ogólnego, kilkudniowego okresu hospitalizacji, dotyczy narządów jamy brzusznej, miednicy, czaszki lub klatki piersiowej, wiąże się z poważnym ryzykiem dla zdrowia lub życia pacjenta ze względu na jego stan, poziom trudności lub potencjalne powikłania

U pacjentów bezobjawowych, nie spełniających powyższych kryteriów, przyjmowanych do szpitala na pobyt krótszy niż 24 godziny nie pobiera się badań przesiewowych.

Pacjentom do 18 r.ż. wykonuje się badania PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2 tylko w przypadku podejrzenia zakażenia COVID-19 wynikającego z prezentowanych objawów lub kryteriów epidemiologicznych.

- Obserwacje epidemiologiczne wskazują, że częstość zakażeń wśród dzieci jest niska, w większości chorują bezobjawowo i stanowią niskie ryzyko transmisji.

Nie zaleca się wykonywania testów serologicznych, gdyż aktualnie nie pozwalają na jednoznaczne potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia SARS-CoV-2, ani na wnioskowanie o jego fazie w chwili przyjęcia do szpitala.

DODATKOWE ZALECENIA POSTĘPOWANIA W ODDZIAŁACH

- W przypadku operacji planowych, w czasie telefonicznego ustalania terminu wizyty w poradni zalecane jest zebranie wstępnego wywiadu epidemiologicznego, jeżeli wywiad jest dodatni wskazane jest odroczenie konsultacji o 14 dni i ponowny wywiad telefoniczny po tym czasie.
- W czasie telefonicznego ustalania terminu wizyty i zabiegu należy zalecić pacjentowi auto-izolację przez 14 dni przed przyjęciem do szpitala w postaci higieny rąk, zaprzestania kontaktów z osobami, które mają ryzyko zakażenia, dyscypliny noszenia maski, monitorowania temperatury 1 raz dziennie.
- Przy przyjęciu konieczne jest powtórne przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego oraz pomiar temperatury oraz w ramach rutynowych badań – saturację. W przypadku nieprawidłowości wskazane jest wykonanie badania RTG /TK klatki piersiowej (decyzję podejmuje lekarz) celem oceny klinicznej pacjenta.
- Ze względu na ryzyko zakażeń COVID-19, mimo wdrażanych procedur prewencyjnych, w szpitalu należy stosować adekwatne do rodzaju zagrożenia, indywidualne środki ochrony, mające na celu zapobieganie transmisji zakażeń **drogą**

kropelkową i kontaktową w kontaktach ze wszystkimi pacjentami, a także personelem medycznym.

- Na drzwiach sal znajdują się tylko adekwatne informacje dotyczące izolacji pacjentów, jak w przypadku innych patogenów alarmowych.
- Środki ochrony indywidualnej używane do pacjentów z ujemnym wynikiem badania PCR: zawsze maska chirurgiczna, rękawiczki jednorazowe jeśli wykonywana procedura tego wymaga.
- Środki ochrony indywidualnej używane do pacjentów oczekujących na wynik badania (grupy ryzyka jak powyżej): pacjent bezobjawowy - zawsze maska chirurgiczna, rękawiczki jednorazowe jeśli wykonywana procedura tego wymaga, fartuch flizelinowy; pacjent z objawami infekcji dróg oddechowych - maska typu FFP2 lub FFP3, rękawiczki jednorazowe, fartuch barierowy lub kombinezon, przyłbica lub gogle.
- Środki ochrony indywidualnej używane do pacjentów bezobjawowych spoza grup ryzyka (jak powyżej), bez pobranego badania PCR: zawsze maska chirurgiczna, rękawiczki jednorazowe jeśli procedura tego wymaga, fartuch flizelinowy/foliowy jeśli procedura tego wymaga.
- Środki ochrony indywidualnej używane do pacjentów bezobjawowych spoza grup ryzyka (jak powyżej), bez pobranego badania PCR na bloku operacyjnym: intubacja/ekstubacja maska typu FFP2/3, fartuch barierowy, rękawiczki jednorazowe, przyłbica lub gogle, czapka na włosy; pozostały personel bloku operacyjnego używa standardowych środków ochrony indywidualnej: maska chirurgiczna, rękawiczki, czepek, fartuch stosownie do zabiegu.
- Środki ochrony indywidualnej używane na bloku operacyjnym:
 - **pacjent objawowy** – cały personel: maska typu FFP2/3, fartuch barierowy, rękawiczki jednorazowe, przyłbica lub gogle, czapka na włosy; środki ochrony indywidualnej używane do pacjentów oczekujących na wynik badania (grupy ryzyka jak powyżej)
 - **pacjent bezobjawowy**: intubacja/ekstubacja maska typu FFP2/3, fartuch barierowy, rękawiczki jednorazowe, przyłbica lub gogle, czapka jednorazowa na włosy; pozostały personel bloku operacyjnego używa standardowych środków ochrony indywidualnej: maska chirurgiczna, gogle lub przyłbica, barierowy, czapka jednorazowa.
- Sprzątanie sali operacyjnej / sal pacjentów / sali pooperacyjnej zgodnie z planem higieny Szpitala, z wyjątkiem operacji / hospitalizacji pacjentów z potwierdzonym COVID, w tym przypadku postępowanie wg odrębnej instrukcji.
- W przypadku pacjentów bez wyniku badania PCR z ujemnym wywiadem epidemiologicznym oraz bez objawów klinicznych zakażenia postępować jak powyżej.
- Pacjentów objawowych zawsze należy izolować w odrębnej Sali.
- Rekomenduje się, aby w miarę możliwości pacjenci z wykonanym badaniem PCR i bez badania PCR przebywali w odrębnych salach.

Piśmiennictwo:

Aktualne wytyczne WHO, CDC, ECDC.

Bieżące statystyki zakażeń wg danych Min. Zdrowia, GIS