

Drodzy koledzy i koleżanki z EFCCNa,

Włoskie Pielęgniarki Intensywnej Opieki zrzeszone w towarzystwie ANIARTI w chwili obecnej pracują bardzo ciężko. Uważamy, że sprawą istotną jest podzielenie się naszymi pierwszymi wrażeniami i doświadczeniami na temat tego, czego nauczyliśmy się w pierwszych dniach epidemii COVID-19.

Widzieliśmy bardzo dużą liczbę pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii, niemal u wszystkich przyczyną hospitalizacji była ciężka hipoksemiczna niewydolność oddechowa, która szybko przechodziła w ARDS, wymagała mechanicznej wentylacji i ułożenia w pronacji (na brzuchu) przynajmniej przez pierwsze 48 godziny. Zastosowane środki, takie jak izolacja i pewne zmiany w codziennych nawykach i wygodach życia społecznego mają na celu powstrzymanie szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa, które obserwujemy w Europie i na świecie. Działania te, choć pozornie drastyczne, są konieczne i nie czas, aby nie doceniać tego, co się dzieje. Zauważa się, że około 15% zarażonych to pracownicy służby zdrowia, co stawia nas w pozycji grupy bardzo narażonej na ryzyko zakażenia.

Okolo 10% zarażonych jest przyjmowana na oddział intensywnej terapii lub intensywnego nadzoru (sub-intensive care unit). Z tego powodu konieczne jest przyjęcie odpowiednich środków bezpieczeństwa i ograniczenie ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa na wszystkich etapach leczenia i opieki nad pacjentami krytycznie chorymi.

Biorąc pod uwagę szybkość ewolucji epidemii (która może wkrótce stać się pandemią), w oczekiwaniu na dane pochodzące z badań klinicznych, przedstawiamy niektóre aspekty organizacji opieki, te które zostały wdrożone, i inne, które zasługują na rozważenie w celu zapewnienia jak najbardziej roztropnego i rozważnego zarządzania, są one następujące:

- Organizzazione (lub wzmocnienie) krajowej sieci oddziałów intensywnej terapii
- Definiowanie i weryfikacja pandemicznych planów awaryjnych (z weryfikacją opieki narządowej oraz urzędzeń wspomagających, zaopatrzenia w środki ochrony indywidualnej i odpowiednie szkolenia personelu w zakresie tak obszernym, jak to możliwe)
- Opracowanie odpowiednich protokołów Szybkiego Triage (Rapid Triage) w obrębie SOR i przed nim, w celu zidentyfikowania pacjentów z podejrzeniem COVID-19 na wczesnym etapie i przypisanie ich do dedykowanych ścieżek logistycznych i klinicznych, które są odrębne od ścieżek dla innych stanów klinicznych i niezainfekowanych użytkowników
- Dokładne i obszerne szkolenie z procedur ubierania się i rozbierania ze środków ochrony osobistej (PPE) z wykorzystaniem odpowiednich symulacji
- Identyfikacja szpitali, które będą przyjmować pacjentów z COVID-19, lub ściśle oddzielenie obszarów leczenia (na każdym poziomie ciężkości stanu) dedykowanych pacjentom z COVID-19 oraz dróg tranzytowych i transportowych, w tym obszarów do diagnostyki radiologicznej dla takich pacjentów
- Przedefiniowanie liczby pielęgniarek posiadających umiejętności w zakresie pielęgnowania pacjenta w OIT, rozważając model pracy pielęgniarka/pacjent w proporcji 1:1 i, gdzie to możliwe stosunek 2:1 dla procedur o dużym obciążeniu nakładem pracy. Obciążenie pracą jest znacznie zwiększone ze względu na spowolnienie fizjologiczne związane z noszeniem środków ochrony indywidualnej, koniecznością zwiększenia koncentracji uwagi, aby uniknąć możliwego skażenia i rozsiewania wirusów SARS-Cov-2.

Organizowanie pracy na dyżurze w taki sposób, aby poza obszarem izolacji pacjenta (izolatka) zawsze pozostawała „czysta” pielęgniarka lub asystentka opieki zdrowotnej (HCA), oraz posiadanie możliwości wezwania „wolnych” pielęgniarek na zmianę, które mogą wspierać lub zmniejszać obciążenie pracą.

- Zwiększenie łóżek na oddziałach IT i intensywnego nadzoru (sub-intensive care unit) z priorytetem przydziału do pracy w tych oddziałach już doświadczonych pielęgniarek, ponieważ potrzeba opieki nad dużą liczbą pacjentów może pojawić się nagle i ewoluować bardzo szybko, a to nie pozwoli na szkolenie i wdrażanie do pracy nowo zatrudnionych lub pielęgniarek niedoświadczonych w pracy na intensywnej terapii.
- Oczekiwanie zwiększonego obciążenia nakładem pracy pielęgniarki z powodu wysokich wymagań w przypadku stosowania procedury ułożenia pacjenta w pronacji (na brzuchu) oraz procedur zakładania i rozbierania się ze środków ochrony indywidualnej.
- Konieczność kumulowania interwencji pielęgniarskich w jednostce czasu i przewidywanie wszelkich możliwych do uniknięcia / przewidywalnych sytuacji w celu skrócenia czasu pracy bezpośrednio przy łóżku pacjenta i zapewnienie pielęgniarcie odpowiednich odstępów czasu pracy bez środków ochrony indywidualnej.
- Konieczność planowania zmian w pracy pielęgniarki z pacjentem z COVID - 19, tak aby pielęgniarki nie nosiły ŚOI przez dłużej niż 3 godziny (maksymalnie 4 godziny) i zapewnienie ochrony skóry pielęgniarek przed urazami związanymi z uciskiem wywołanym przez ŚOI (maski) - (hydrokoloidy ochronne w punktach kontaktowych masek filtrujących ze skórą)

- Przewidywanie potrzeby przedłużenia pracy (dyżuru) ze względu na obciążenie pracą, ale także przypadki możliwego wzrostu liczby chorób wśród pracowników opieki zdrowotnej
- Wzmocnienie wsparcia technicznego w oddziale dla zapewnienia potrzeb logistycznych związanych z odkażaniem i przygotowaniem do użycia wielorazowego sprzętu pomocniczego i pielęgnacyjnego
- Skrupulatne monitorowanie przestrzegania codziennych i terminowych procedur zapewniania higieny środowiska pracy, ze szczególnym uwzględnieniem wspólnych i często używanych/dotykanych powierzchni, takich jak klawiatury, komputery, telefony, przełączniki, klamki i osobiste telefony komórkowe.
- Potrzeba rozważenia możliwości wsparcia psychologicznego dla zespołu intensywnej terapii przeżywającego sytuację wzrost stresu związanego z pracą, możliwość wypalenia zawodowego w związku z przedłużaniem się „stanu nagłego zagrożenia”, poczuciem izolacji i lęku personelu, w tym lęku o zdrowie osób bliskich
- Szczególną uwagę należy zwrócić na aktualizację wewnętrznych zasad bezpieczeństwa mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-Cov2, szczególnie w przypadku procedur o wysokim ryzyku:
 - ⇒ Intubacja dotchawicza
 - ⇒ Tracheostomia przyłózkowa
 - ⇒ Odsysanie tchawicy (system zamknięty)
 - ⇒ Metody tlenoterapii i wentylacji, które mogą wytwarzać aerozol (rozpylać cząsteczki)- ogranicz jak najbardziej
 - ⇒ Terapia aerozolowa (stosowana bezpośrednio w momencie intubacji pacjenta)
- Unikanie przypadkowego rozłączenia obwodu respiratora.

- Używanie funkcji na respiratorze „*expiratory pause block*” w połączeniu z zamknięciem rurki dotchawiczej w przypadku planowanego rozłączenia układu/obwodu respiratora obwodu.
- Unikanie stosowania systemów wspomaganie wentylacji o wysokim przepływie (kaniula donosowa o wysokim przepływie, wentylacja nieinwazyjna z maską na twarz, system CPAP firmy Boussignac).
- Preferowanie użycia hełmu pacjenta jako elementu terapii tlenowej lub CPAP, umieszczanie filtra HEPA (wysoko wydajne) na linii wydechowej.
- Stosowanie filtrów HEPA na zastawce wydechowej respiratora, tam gdzie gaz wydychany wydostaje się do atmosfery.
- Stosowanie filtrów HEPA na ręcznych urządzeniach wentylacyjnych.
- Preferowanie stosowania jednorazowych fiberoskopów.
- W przypadku wewnątrzszpitalnych resuscytacji (RKO) zespół musi wziąć pod uwagę fakt, że nieznany pacjent może być potencjalnie zarażony i użyć środków ochrony indywidualnej przewidzianych dla pacjentów z Covid-19 (wyposaż plecak ratunkowy w kompletne zestawy ŚOI dla co najmniej 2 członków zespołu).
- Natychmiastowe powiadomienie o wszelkich uszkodzeniach/przerwaniach barier w środkach ochrony indywidualnej lub w przypadku przypadkowej ekspozycji.
- Zapobiegawcze i tymczasowe ograniczenie odwiedzin pacjentów we wszystkich obszarach szpitala, z absolutnym zakazem wejścia osób z objawami oddechowymi. Zapewnienie alternatywnych strategii komunikacji pacjentów i ich rodzin (Skype, rozmowy wideo, e-mail itp.).
- Pielęgniarka, w stosunku do przytomnego pacjenta, jest jego „łącznikiem” ze światem zewnętrznym z zachowaniem zasad izolacji. Stan ten nie jest nowy, szczególnie dla tych

osób z personelu, którzy opiekują się pacjentami w okresie izolacji związanej z immunosupresją (np. po przeszczepie, w nowotworach złośliwych układu hematologicznego z powodu aplazji szpiku kostnego ...), a relacje terapeutyczne mogą być prawdopodobnie podtrzymywane w sposób porównywalny do stanów wymienionych powyżej.

Należy pamiętać, że szybka ewolucja infekcji u grup pacjentów może doprowadzić do sytuacji awaryjnej w bardzo krótkim czasie, bez żadnego czasu na wdrożenie odpowiednich środków ograniczających rozprzestrzenianie. Właśnie dlatego przewidywanie i planowanie stają się kluczem do radzenia sobie z tą epidemią.

Genova 08.03.2020

Il Presidente

Silvia Salsor

Materiał źródłowy:

https://pastsite.aniarti.it/sites/default/files/documenti/covid_19_aniarti_to_efccna.pdf?fbclid=IwAR19p4g0SVAQF-RoGnK9BVgMO0wZkohwsUHIYlmxQzi06JKfysuJ5ckqVWY

Tłumaczenie na jęz. polski: mgr piel. Anna Zdun

dr n. med. Aleksandra Gutysz-Wojnicka, delegat PTPAiIO do EfCCNa