

Stratyfikacja ryzyka zakażenia COVID-19 dla personelu medycznego (PM) podczas pracy z pacjentami zakażonymi

W oparciu o: Interim [U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease \(COVID-19\) March 7, 2020](#)

Cel

Poniższe wytyczne mają na celu pomoc w ocenie ryzyka zakażenia, monitorowaniu stanu zdrowia i podejmowaniu decyzji o ograniczeniu pracy w odniesieniu do PM, w kontekście potencjalnej ekspozycji na COVID-19. Mają one na celu szybkie zidentyfikowanie wczesnych objawów choroby i zapobieganie transmisji zakażenia z PM na pacjentów, oraz na pozostały PM i odwiedzających.

Niniejsze wytyczne opierają się na aktualnie dostępnych danych dotyczących COVID-19.

Określenie kategorii ryzyka zakażenia

Do grupy **wysokiego ryzyka** zakażenia COVID-19 zaliczamy osoby PM eksponowane na przedłużający się bliski kontakt z pacjentami COVID-19 niezaopatrzonymi w maskę twarzową, zwłaszcza w przypadku, gdy nos i usta PM były eksponowane na potencjalnie zakaźny materiał. Do takich również zalicza się obecność w sali przy wykonywaniu procedur związanych z powstawaniem aerozolu z dróg oddechowych: resuscytacja krążeniowo oddechowa, intubacja, ekstubacja, bronchoskopia, terapia nebulizatorem, odsysanie wydzieliny u pacjentów COVID-19, podczas których personel nie stosuje zabezpieczenia oczu, nosa lub ust (okulary lub przyłbica, maski).

Do grupy **umiarkowanego ryzyka** zakażenia zalicza się przedłużający się bliski kontakt z pacjentem COVID-19 który ma maskę twarzową a PM jest narażony na ekspozycje nosa i ust potencjalnie zakaźnym materiałem (bez stosownego zabezpieczenia)

Do grupy **niskiego ryzyka** zakażenia zaliczamy chwilowy kontakt z pacjentami COVID-19 (bez maski) lub przedłużający się bliski kontakt z pacjentem zabezpieczonym w maskę w sytuacji, gdy PM używa maski chirurgicznej lub z maski z filtrem. Stosowanie ochrony oczu wraz z maską dodatkowo zmniejsza stopień narażenia.

Niektóre zachowania z grupy niskiego ryzyka należy uznać za związane ze średnim ryzykiem, zależnie od rodzaju wykonywanej czynności pielęgnacyjnej/procedury medycznej, np.: PM, który stosował pełne wyposażenie w środki ochrony osobistej (fartuch, rękawiczki, okulary i maskę) podczas zabiegów związanych z wytwarzaniem aerozolu z dróg oddechowych.

Z uwagi na możliwość zaistnienia błędów w stosowaniu środków ochrony osobistej (ŚOO) zaleca się wzmożone monitorowanie stanu zdrowia PM.

PM nie mający bezpośredniego kontaktu z pacjentem i nie przebywający na obszarze sprawowania opieki nad pacjentem, który przestrzega rutynowych zasad bezpieczeństwa, pozostaje poza ryzykiem zakażenia COVID-19.

Tabela 1: Stratyfikacja ryzyka epidemiologicznego dla personelu medycznego (PM) po zaistnieniu ekspozycji na COVID-19 (kontakt z pacjentem lub jego materiałem biologicznym) oraz zalecenia dotyczące monitorowania stanu zdrowia i ograniczeń w pracy.

Zastosowane środki ochronny osobistej (ŚOO) przez personel medyczny	Kategoria narażenia /ryzyka	Zalecana obserwacja w kierunku objawów COVID-19 - do 14 dni po ostatnim kontakcie	Ograniczenia w pracy dla bezobjawowego PM
Długotrwały bliski kontakt z pacjentem COVID-19, który stosuje maskę			
Brak stosowania środków ochronnych	Średnia	Zalecane	Wyłączenie z pracy na 14 dni po ostatniej ekspozycji
Niestosowanie maski chirurgicznej ani maski z filtrem	Średnia	Zalecane	Wyłączenie z pracy na 14 dni po ostatniej ekspozycji
Niestosowanie zabezpieczenia oczu: okularów lub przyłbicy	Niska	Samodzielne monitorowanie pod nadzorem	Brak
Niestosowanie fartucha lub rękawiczek ^{a)}	Niska	Samodzielne monitorowanie pod nadzorem	Brak
Stosowanie wszystkich zalecanych ŚOO ^{b)}	Niska	Samodzielne monitorowanie pod nadzorem	Brak
Długotrwały bliski kontakt z pacjentem COVID-19, który nie stosuje maski			
Brak stosowania środków ochronnych	Wysoka	Zalecane	Wyłączenie z pracy na 14 dni po ostatniej ekspozycji
Niestosowanie maski chirurgicznej ani maski z filtrem	Wysoka	Zalecane	Wyłączenie z pracy na 14 dni po ostatniej ekspozycji
Niestosowanie zabezpieczenia oczu: okularów lub przyłbicy	Średnia	Zalecane	Wyłączenie z pracy na 14 dni po ostatniej ekspozycji
Niestosowanie fartucha lub rękawiczek ^{a)b)}	Niska	Samodzielne monitorowanie pod nadzorem	Brak
Stosowanie wszystkich zalecanych ŚOO ^{b)}	Niska	Samodzielne monitorowanie pod nadzorem	Brak

- a) kategorię ryzyka należy podnieść o jeden poziom, gdyby PM miał bezpośredni kontakt z ciałem pacjenta (np. przy pielęgnacji pacjenta leżącego);
- b) kategorię **ryzyka należy podnieść o jeden poziom dla PM** obecnego przy zabiegach związanych z uwalnianiem wydzieliny z dróg oddechowych (aerozolu) np.: resuscytacji krążeniowo-oddechowej, intubacji, ekstubacji, bronchoskopii, leczeniu z użyciem nebulizatora, odsysaniu dróg oddechowych. Np. PM, który miał na sobie fartuch, rękawiczki, okulary ochronne i maskę bez filtra podczas jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinien być zakwalifikowany do grupy średniego ryzyka;

Uwaga: Maski z filtrem oddechowym zapewniają wyższy poziom ochrony niż maski chirurgiczne i są rekomendowane jako środki ochrony osobistej podczas opieki nad chorym z COVID-19. Pomimo tego, maski chirurgiczne nadal zapewniają ochronę, co zostało uwzględnione w stratyfikacji ryzyka.

Bez względu na rodzaj stosowanych środków ochrony osobistej PM powinien monitorować swój stan zdrowia pod kątem objawów COVID-19.

Do sytuacji związanych z **wyjątkowo niskim ryzykiem zakażenia COVID-19 należy zaliczyć:** rozmowę przy stanowisku segregacyjnym (*triage*), krótkotrwałe przebywanie w sali chorych, bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub materiałem zakaźnym pochodzącym od pacjenta (np. wymaz z nosogardła, mocz, stolec, płwocina, itp.), wejście do sali bezpośrednio po opuszczeniu jej przez pacjenta.

Zgodnie z wytycznymi stosowanymi w USA, rekomenduje się monitorowanie stanu zdrowia PM zależnie od grupy ryzyka narażenia.

1. Kategoria wysokiego i średniego ryzyka

Zaleca się aktywne monitorowanie stanu zdrowia oraz zaprzestanie wykonywania pracy do 14 dni po ekspozycji. W razie wystąpienia objawów takich jak: gorączka lub objawy ze strony układu oddechowego (np.: kaszel, duszność, ból gardła), konieczna jest konsultacja w oddziale zakaźnym oraz zgłoszenie do powiatowego inspektora sanitarnego.

2. Kategoria niskiego ryzyka

Zaleca się aktywne monitorowanie stanu zdrowia do 14 dni po ekspozycji. PM bez objawów klinicznych pozostaje na stanowisku pracy. Monitorowanie polega na pomiarze własnej temperatury dwa razy dziennie i obserwacji co do wystąpienia objawów z układu oddechowego. Każdorazowo przed zgłoszeniem się do pracy należy upewnić się co do braku gorączki i objawów klinicznych.

Bliski kontakt w przypadku oceny narażenia podczas sprawowania opieki zdrowotnej definiuje się jako:

a) przebywanie w zasięgu 1.8m od osoby z COVID-19 przez dłuższy czas (np. opieka nad pacjentem lub odwiedzanie go; lub siedzenie w odległości 1.8m od pacjenta w poczekalni lub pokoju zabiegowym)* lub

b) bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia (ŚOO) z zakaźnymi wydzielinami lub wydaliniami pacjenta (np. kasznięcie, dotykane zużytych tkanek gołą ręką).

Czynniki modyfikujące które należy uwzględnić w ocenie ryzyka obejmują **czas trwania ekspozycji** (np. dłuższy czas ekspozycji prawdopodobnie zwiększa ryzyko ekspozycji), **objawy kliniczne pacjenta** (np. kaszel prawdopodobnie zwiększa ekspozycję ryzyko) i **czy pacjent nosił maskę na twarzy** (która może skutecznie blokować wydzieliny oddechowe) oraz **czy PM miał ŚOO i czy były wykonywane czynności generujące aerosol z dróg oddechowych**.

*WHO definiuje czas 15 minut jako kryterium czasu definiując „bliski kontakt” (przyp. tłumacza)