**Jakie są zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2?**

09.03.2020

dr n. med. Weronika Rymer1, dr n. med. Agnieszka Wroczyńska2, dr n. med. Agnieszka Matkowska-Kocjan3  
1 Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
2 Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, Gdański Uniwersytet Medyczny  
3 Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**Jak cytować:** Rymer W., Wroczyńska A., Matkowska-Kocjan A.: COVID-19 – aktualny stan wiedzy. Med. Prakt., 2020; 3: 102–121

Jakie są zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2?

WHO zaleca stałe śledzenie sytuacji epidemiologicznej zakażenia SARS-CoV-2 i informowanie pracowników zakładów opieki zdrowotnej, a także promowanie higieny rąk i higieny oddechowej u osób z objawami zakażenia układu oddechowego. 27 lutego GIS poinformował szpitale, że osoby spełniające kryteria podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 powinno się leczyć w warunkach oddziału zakaźnego lub obserwacyjno-zakaźnego. W przypadku gdy pacjent z objawami zakażenia układu oddechowego zgłosi się do izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala ogólnego, należy od razu wdrożyć działania zapobiegające zakażeniu innych osób, w tym personelu medycznego (dotyczy to każdej osoby zatrudnionej w placówce medycznej, która może mieć kontakt z chorym, w tym osób pracujących w rejestracji, salowych, sanitariuszy itp.). Pomocne jest tu wczesne wychwycenie potencjalnie zakażonej osoby. Opieka nad chorymi z objawami klinicznymi powinna być priorytetowa, ponieważ nie powinni oni oczekiwać na kontakt z lekarzem w kolejce z innymi osobami.

W szpitalach powinny się znajdować plakaty informacyjne dla pacjentów wskazujące im drogi komunikacji. Jeśli to możliwe, wskazane jest stworzenie osobnej ścieżki dla pacjentów z objawami zakażenia układu oddechowego, poza głównym traktem przyjęć do szpitala, a jeśli to niemożliwe – wydzielenie osobnego okienka rejestracyjnego. Koordynacją ruchu pacjentów powinna się zajmować wyznaczona do tego osoba. Już przy pierwszym kontakcie z pacjentem należy ustalić, czy występują u niego objawy zakażenia układu oddechowego, a jeśli tak – niezwłocznie powinien on założyć maskę. Personel rejestracji, który nie powinien mieć bezpośredniego kontaktu twarzą w twarz z pacjentem (tylko np. przez szybę działową, za pośrednictwem komunikatora głosowego), powinien go zapytać o objawy kliniczne i o to, czy przebywał w krajach transmisji SARS-CoV-2. Pacjenta, który spełni kryteria definicji przypadku (ramka 3), powinno się niezwłocznie umieścić w oddzielnym pomieszczeniu (najlepiej z toaletą), wyposażonym w środki ochrony osobistej, termometr, pulsoksymetr i dostęp do gazów oraz umożliwiającym pobieranie krwi i wymazów oraz przeprowadzenie diagnostyki radiologicznej. W pomieszczeniu powinien się też znajdować zestaw do resuscytacji oraz (opcjonalnie) aparat EKG i kardiomonitor. Pacjenta należy poinformować o tym, że nie może opuszczać izolatki i musi nosić maseczkę chirurgiczną. Maseczkę można nosić maksymalnie przez godzinę, po czym należy ją wyrzucić do odpadów zakaźnych i zastąpić świeżą.

Pacjentów należy pouczyć o zasadach higieny układu oddechowego i rąk oraz zapewnić im dostęp do łatwej dekontaminacji rąk.

Po umieszczeniu pacjenta w izolatce lekarz powinien dokonać oceny stanu klinicznego i ustalić wskazania do hospitalizacji. Jeśli na podstawie badania przedmiotowego nie stwierdza się u pacjenta z podejrzeniem zakażenia układu oddechowego wskazań do natychmiastowej hospitalizacji, powinno się przeprowadzić podstawową diagnostykę: badanie morfologii krwi z rozmazem, oznaczenie białka C-reaktywnego i aminotransferaz w surowicy, RTG klatki piersiowej, pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem (zwłaszcza u dzieci) oraz testy w kierunku grypy i innych patogenów oddechowych. Jeśli po wykonaniu badań nadal nie ma wskazań do hospitalizacji, należy odesłać pacjenta do domu i objąć dalszą opieką w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. W razie stwierdzenia wskazań do hospitalizacji pacjent powinien zostać przewieziony do wyznaczonego oddziału zakaźnego. O transporcie chorego należy uprzedzić szpital zakaźny lub ewentualnie lekarza koordynatora zabezpieczenia medycznego z Urzędu Wojewódzkiego. Należy też niezwłocznie zgłosić przypadek do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego właściwego dla miejsca, gdzie wysunięto podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2.

W czasie oczekiwania na transport sanitarny chory nie powinien przebywać w jednym pomieszczeniu z innymi pacjentami (wskazana jest izolacja, w przypadku kohortacji kilku chorych wszyscy pacjenci przebywający w pomieszczeniu powinni mieć założone maseczki).

Podczas opieki nad pacjentem z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 należy jeszcze przed wykonaniem badań diagnostycznych wdrożyć metody profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą kropelkową i kontaktową, a w razie konieczności wykonania procedur, w których dochodzi do powstania aerozolu, również powietrzną.

**Ramka 3**

**Definicja przypadku na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami SARS-CoV-2 (zgodnie z informacją GIS dla szpitali z dnia 27.02.2020)**  
  
**1. Kryteria kliniczne  
Grupa A. Kryteria wymagające dodatkowo spełnienia kryterium epidemiologicznego**  
Każda osoba, u której wystąpił co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego:  
1) gorączka  
2) kaszel  
3) duszność  
**Grupa B. Kryteria niewymagające spełnienia kryterium epidemiologicznego**  
1) osoba hospitalizowana, diagnozowana w kierunku wirusowego zapalenia płuc lub z objawami ciężkiej infekcji układu oddechowego  
2) osoba należąca do ogniska/klastra wirusowego zapalenia płuc o nieznanej etiologii.  
  
**2. Kryteria epidemiologiczne**  
Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:  
1) miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:  
   a) zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19  
   b) bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID-19 (np. podanie ręki)  
   c) bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej)  
   d) przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej, w odległości mniejszej niż 2 metry przez co najmniej 15 minut  
   e) przebywanie w tym samym pomieszczeniu co osoba chora na COVID-19 w odległości mniejszej niż 2 metry przez co najmniej 15 minut (np. w klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej)  
   f) kontakt personelu medycznego lub innej osoby bezpośrednio opiekującej się chorym na COVID-19 lub osoby pracującej w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób chorych na COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub jeśli doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej  
   g) kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu obejmujący osoby zajmujące kolejne 2 miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad chorymi z COVID-19, 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)  
2) podróżowała/przebywała w regionie, w którym podejrzewa się utrzymującą się szeroko rozpowszechnioną transmisję COVID-19a  
3) powróciła z obszaru, w którym podejrzewa się lokalną lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisję COVID-19, a jej stan kliniczny został oceniony przez lekarza jako wymagający diagnostyki w kierunku COVID-19.a  
  
**3. Kryteria laboratoryjne  
Kryteria laboratoryjne przypadku potwierdzonego:** wykrycie kwasu nukleinowego COVID-19 z materiału klinicznegob potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa.c  
**Kryteria laboratoryjne przypadku prawdopodobnego:** co najmniej jedno z następujących kryteriów:  
1) dodatni wynik testu w kierunku obecności koronawirusów (*pan-coronavirus test*)  
2) niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy COVID-19.  
  
**4. 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. Spełnienie kryteriów podejrzenia przypadku jest wskazaniem do przeprowadzenia diagnostyki laboratoryjnej.  
  
a Informacje o krajach/regionach z utrzymującą się transmisją COVID-19 są dostępne w serwisach internetowych ECDC (są również na bieżąco aktualizowane w serwisie infekcje.mp.pl – przyp. red.).  
b Próbki materiału klinicznego z dolnych dróg oddechowych (popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe [BAL], bronchoaspirat, odkrztuszana plwocina) mają większą wartość diagnostyczną niż próbki z górnych dróg oddechowych (np. wymaz z nosogardła).  
c Jeżeli to możliwe, należy wykonać sekwencjonowanie.  
  
**Od Redakcji:** Określenie „przypadek COVID-19” zgodnie z wytycznymi ECDC dotyczy osoby, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, niezależnie od wystąpienia objawów chorobowych COVID-19. Szczegółowe kryteria bliskiego kontaktu z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 podają także [zalecenia ECDC](https://infekcje.mp.pl/covid19/covid19-kompendium/227794,zalecenia-w-zakresie-zdrowia-publicznego-w-ue-dotyczace-postepowania-z-osobami-w-tym-pracownikami-ochrony-zdrowia-ktore-mialy-kontakt-z-zakazonymi-wirusem-powodujacym-covid-19)