

Brytyjskie wytyczne szpitalnej RKO u pacjentów z COVID-19

Na podstawie: [Resuscitation Council \(UK\): Guidance for the resuscitation of COVID-19 patients in hospital](#)

PODEJMOWANIE DECYZJI

Rozmowy na temat resuscytacji i podejmowania decyzji z nią związanych muszą być stałe i zmierzać ku indywidualizacji tych decyzji, o ile nie ma innych zaleceń. Przeprowadzenie tych rozmów i zaplanowanie szczegółów eskalacji terapii musi być sprawą priorytetową. Należy także rzetelnie udokumentować i przekazać informacje dotyczące decyzji o zaniechaniu terapii niepodejmowania resuscytacji krążeniowo-oddechowej („do not attempt cardiopulmonary resuscitation = DNACPR”).

Personel medyczny i pielęgniarski opiekujący się pacjentami u kresu życia powinien przy tym stosować się do miejscowych i państwowych przepisów prawa.

RESUSCYTACJA SZPITALNA PACJENTÓW Z COVID-19

Jak najszybciej zidentyfikuj pacjentów prezentujących typowe dla COVID-19 objawy, którzy narażeni są na nagłe pogorszenie stanu lub zatrzymanie krążenia. W miarę możliwości zabezpiecz ich przed wystąpieniem nagłego zatrzymania krążenia i unikaj wykonywania resuscytacji bez odpowiedniej ochrony.

Wczesna identyfikacja pacjentów w stanie ostrym może zostać przeprowadzona za pomocą algorytmów ze skalami punktowymi (np. NEWS2- [LINK](#)). W przypadkach zdyskwalifikowania bądź zrezygnowania z ewentualnej resuscytacji należy podjąć decyzje związane z dalszą terapią i poinformować o nich odpowiednie osoby. Środki ochrony indywidualnej (ŚOI) muszą być łatwo dostępne dla wykonujących czynności resuscytacyjne. Pomimo świadomości możliwego opóźnienia rozpoczęcia uciśnięć klatki piersiowej wskutek działań prewencyjnych, bezpieczeństwo personelu ustanawia się sprawą priorytetową.

Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, pod których opieką znajdują się pacjenci z podejrzeniem bądź rozpoznaniem COVID-19, muszą stosować się do miejscowych i państwowych przepisów prawa dotyczących kontroli zakażeń i używania środków ochrony indywidualnej. Poniższy algorytm przedstawia aktualne na 18.03.2020 brytyjskie wytyczne zgodne z zaleceniami Angielskiego Zdrowia Publicznego (PHE), Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (DHSC), Walijskiego Zdrowia Publicznego (PHW), Agencji Zdrowia Publicznego w Północnej Irlandii (PHA(NI)), Szkockiej Ochrony Zdrowia (HPS) oraz Brytyjskiej Rady Reanimacyjnej (RCUK).

RESUSCYTACJA SZPITALNA PACJENTÓW Z COVID-19

1

Rozpoznaj nagłe zatrzymanie krążenia. Stwierdź brak oznak życia i regularnego oddechu. Sprawdź puls na tętnicy szyjnej, jeśli jesteś do tego przeszkolony. Nie zbliżaj twarzy do ust pacjenta w celu wysłuchania lub pocucia oddechu na własnym policzku. W przypadku wątpliwości co do diagnozy, zaleca się rozpoczęcie uciśnięć klatki piersiowej do czasu przybycia pomocy.

2

Wedle aktualne zaleceń z 18.03.2020 minimalnymi środkami ochrony koniecznymi do wykonywania uciśnięć klatki piersiowej są: wodoodporny fartuch z długim rękawem, gogle/okulary ochronne/przyłbica, rękawiczki i półmaska FFP2/FFP3. Rozpocznij RKO ograniczone do uciśnięć klatki i monitoruj rytm serca najszybciej jak to możliwe. Unikaj sztucznego oddychania usta-usta i stosowania masek kieszonkowych. Jeśli pacjent otrzymywał wcześniej suplementację tlenem za pomocą maski tlenowej, pozostaw maskę na jego twarzy by ograniczyć rozprzestrzenianie się aerozolu. Jeśli nie otrzymywał tlenu, ale maska jest dostępna, zabezpiecz nią usta pacjenta. Ogranicz personel w pomieszczeniu, jeśli jest to izolatka. Wyznacz osobę za to odpowiedzialną.

3

Przeprowadź defibrylację, jeśli występuje migotanie komór bądź częstoskurcz komorowy bez tętna – szybki powrót krążenia może zapobiec konieczności udrożnienia dróg oddechowych i wspomaganie oddechu. Stosuj się do procedur związanych z używaniem sprzętu.

4

Kompletne środki ochrony indywidualnej (ŚOI) dla procedur generujących aerozol (AGP) muszą być założone przez wszystkich członków zespołu reanimacyjnego przed wejściem na salę pacjenta. Zestawy ŚOI dla AGP muszą być łatwo dostępne i przechowywane wraz ze sprzętem do resuscytacji. Nie należy podejmować uciśnięć klatki piersiowej i udrażniania dróg oddechowych bez pełnego zabezpieczenia.

5

Udrażnianie dróg oddechowych (np. maską krtaniową lub rurką intubacyjną) musi być wykonywane przez doświadczony personel. Tylko osoby do tego przeszkolone mogą zajmować się procedurami wspomaganie oddechu. Dla wielu pracowników ochrony zdrowia będzie oznaczało to dwuosobową wentylację za pomocą maski twarzowej i worka samorozprężalnego. Próby założenia maski krtaniowej lub rurki intubacyjnej mogą być wykonywane jedynie przez doświadczony i kompetentny w zakresie ten procedury personel.

6

Stwierdź i przeciwdziałaj wszelkim odwracalnym przyczynom (np. ciężkiej hipoksemii) przed przerwaniem RKO. Zabiegom reanimacyjnym powinna towarzyszyć dyskusja w zespole i tworzenie wczesnych ustaleń dotyczących okresu po resuscytacji. W ramach planowania przeprowadź konsultacje z doświadczonym personelem i intensywiście.

7

Zutylizuj, zdezynfekuj bądź oddaj do sterylizacji cały sprzęt wykorzystywany przy RKO zgodnie z wytycznymi producenta i szpitalnymi procedurami. Wszystkie powierzchnie używane do przechowywania sprzętu resuscytacyjnego również muszą być oczyszczone. W szczególności, upewnij się, że na poduszce pacjenta nie pozostawiono sprzętu do udrażniania dróg oddechowych (np. laryngoskopu lub maski twarzowej), który zamiast tego powinien trafić do tacy. Nie zostaw też końcówki od ssaka pod poduszką; umieść ją wewnątrz rękawiczki jednorazowej.

8

Zdejmij ŚOI z zachowaniem środków ostrożności tak, by zapobiec zanieczyszczeniu siebie i pozbądź się worków na odpady biologiczne zgodnie z procedurą. Higiena rąk odgrywa ważną rolę w zmniejszaniu ryzyka transmisji. Dokładnie umyj ręce wodą z mydłem; możesz zastąpić je też środkiem dezynfekującym z alkoholem.

9

Przeprowadzenie omówienia po resuscytacji jest ważne i powinno zostać zaplanowane.