WYTYCZNE WHO

2020-03-27

Światowa Organizacja Zdrowia – World Health Organization WHO - 04 luty 2020

Zasady opieki domowej pacjentów podejrzanych o zachorowanie na nowego koronawirusa COVID-19 z łagodnymi objawami oraz zasady postępowania z osobami z kontaktu - pośrednie zalecenia WHO opracowało te nagłe wytyczne, by scharakteryzować bezpieczną opiekę domową nad pacjentami z podejrzeniem infekcji koronawirusem (COVID-19), którzy mają łagodne objawy oraz by określić wskazania dla zdrowia publicznego dotyczące kontaktów z osobami zakażonymi. Niniejszy dokument został zaadaptowany na podstawie wytycznych, które były stworzone dla niewydolności oddechowej spowodowanej koronawirusem w rejonie Bliskiego Wschodu (MERS-CoV), które zostały opublikowane w czerwcu 2018r. Zawierają one poparte dowodami naukowymi wytyczne opublikowane przez WHO, włączając w to zapobieganie zakażeniom oraz kontrolę ostrych chorób układu oddechowego ze skłonnością do epidemii i pandemii oraz są oparte na aktualnych informacjach dotyczących COVID-19.

Wytyczne te mają na celu określić wskazania dla zdrowia publicznego w kontekście zapobiegania zakażeniom oraz dla personelu, który zajmuje się zapobieganiem i kontrolą występujących już zakażeń, kierowników opieki zdrowotnej czy pracowników opieki zdrowotnejzajmujących się opieką domową nad pacjentami z podejrzeniem zakażenia COVID-19 i łagodnymi objawami. Niniejsze rekomendacje opracowane są na podstawie dowodów dot. COVID-19 oraz możliwości wdrożenia działań na rzecz zapobiegania i kontroli zakażeń w domu. Dokument ten odnosi się do rodziców, małżonków, innych członków rodzin bądź znajomych bez wykształcenia medycznego. Więcej informacji dot. definicji przypadków COVID-19 znajduje się w dokumencie pod poniższym linkiem: **https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/33 0857/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.3- eng.pdf**

Wytyczne dot. zapobiegania i kontroli zakażeń w placówkach medycznych są dostępne pod poniższym linkiem: **https://www.who.int/publicationsdetail/infectionprevention-and-control-during-healthcare-when-novelcoronavirus-(ncov)-infection-issuspected.**

2 Zasady opieki domowej nad pacjentami podejrzanymi o zachorowanie na nowego koronawirusa COVID 19 z łagodnymi objawami W świetle aktualnych danych nt. choroby i jej przenoszenia WHO rekomenduje, aby wszyscy pacjenci z podejrzeniem zakażenia COVID-19, u których występuje ciężkie, ostre zakażenie dróg oddechowych, byli identyfikowani podczas pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej i by leczenie ratunkowe rozpoczynano w oparciu o nasilenie choroby. Dla osób z łagodną postacią choroby hospitalizacja nie jest wymagana, jeśli nie istnieje ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia. W przypadku łagodnej choroby należy rozważyć opiekę domową. Pozostali pacjenci, którzy mogą otrzymać opiekę domową to osoby, które wykazują objawy, ale nie wymagają hospitalizacji oraz pacjenci, którzy świadomie jej odmówili. Opieka domowa może być również brana pod uwagę, kiedy leczenie szpitalne pacjenta jest niebezpieczne bądź niemożliwe (np. ograniczone możliwości lokalowe/ograniczona dostępność miejsc w szpitalu, niewystarczające środki na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjenta). W każdej z powyższych sytuacji, pacjenci z umiarkowanymi objawami oraz bez towarzyszących chorób przewlekłych, takich jak: choroby serca lub płuc, niewydolność nerek lub upośledzone działanie układu odpornościowego, które zwiększają ryzyko wystąpienia powikłań, mogą być

poddani opiece domowej. Powyższa decyzja powinna być podjęta w oparciu o ocenę kliniczną stanu pacjenta oraz weryfikację bezpieczeństwa w jego otoczeniu domowym. W przypadkach, w których ma być podjęta opieka domowa, wyszkolony pracownik medyczny powinien ocenić czy warunki bytowe pacjenta są odpowiednie do udzielania opieki domowej (przykładowa lista wytycznych do oceny warunków bytowych jest dostępna w Aneksie C pozycji nr 2 na liście bibliografii). Jego zadaniem jest ustalenie, czy pacjent oraz jego rodzina są w stanie zastosować się do środków ostrożności, które będą zalecane jako element izolacji domowej (np. higiena rąk, higiena układu oddechowego, utrzymywanie czystości otoczenia, ograniczenie przemieszczania się w i poza mieszkaniem) oraz uchronić się od niepożądanych zdarzeń (np. przypadkowe spożycie płynu dezynfekcyjnego do rąk na bazie alkoholu oraz ryzyko pożarowe związane z jego użytkowaniem). Na czas opieki domowej, czyli do czasu kompletnego zaniku objawów choroby, wskazane jest utrzymywanie kontaktu z lekarzem i/lub innymi członkami personelu medycznego.

W celu dokładniejszego zdefiniowania czasu trwania izolacji, niezbędna jest duża ilość informacji na temat schematu przebiegu infekcji oraz transmisji COVID-19. Pacjenci oraz pozostali domownicy powinni zostać przeszkoleni w zakresie zasad higieny osobistej, podstawowych środków profilaktyki i kontroli zakażeń. Należy nauczyć ich jak zapewnić odpowiednią opiekę członkowi rodziny z podejrzeniem zakażenia wirusem COVID-19, przy zachowaniu maksymalnej ostrożności, aby nie dopuścić do rozprzestrzeniania się infekcji na pozostałych domowników.

Na czas izolacji pacjent oraz jego rodzina powinni zostać objęci stałym wsparciem oraz edukacją. Ich stan zdrowia powinien być na bieżąco monitorowany. 3 Pacjentom oraz ich rodzinom zaleca się przestrzeganie następujących wskazań: • umieszczenie pacjenta w osobnym pomieszczeniu o dobrej wentylacji (np. z otwartymi oknami i drzwiami), • ograniczenie ruchu pacjenta w mieszkaniu i zminimalizowanie współdzielenia pomieszczeń, • upewnienie się, że współdzielone pomieszczenia (np. kuchnia, łazienka) są dobrze wentylowane (np. poprzez utrzymywanie otwartych okien), • domownicy powinni przebywać w innym pomieszczeniu lub jeśli to niemożliwe - zachowywać dystans min. 1 metra od osoby zakażonej (np. spać w osobnym łóżku);

Uwaga: Wyjątkiem w tej sytuacji mogą być matki karmiące. Biorąc pod uwagę korzyści wynikające z karmienia piersią i nieistotną rolę pokarmu kobiecego w przenoszeniu wirusów oddechowych – można je kontynuować. Matka powinna mieć założoną maskę gdy jest blisko dziecka, umyć ręce przed i po kontakcie z nim oraz stosować się do innych zaleceń umieszczonych w tym dokumencie. • wskazane jest ograniczenie liczby osób świadczących opiekę. Najlepszym rozwiązaniem jest zaangażowanie jednej osoby w dobrym stanie zdrowia, bez zaburzeń odporności i chorób przewlekłych. Odwiedziny są zakazane do czasu całkowitego wyleczenia i braku objawów, • należy zachowywać higienę rąk przy jakimkolwiek kontakcie z pacjentem lub jego bezpośrednim otoczeniem.

Higiena rąk powinna być również zachowana przed i po przygotowaniu jedzenia, przed jedzeniem, po korzystaniu z toalety i zawsze gdy ręce wydają się brudne. Jeżeli dłonie nie są widocznie brudne można skorzystać z odkażenia alkoholem. Jeżeli ręce są zabrudzone należy użyć mydła i wody, • po myciu rąk wodą i mydłem zaleca się użycie jednorazowego ręcznika papierowego. Jeżeli jest to niedostępne zaleca się użycie zwykłego ręcznika i wymiana go, gdy stanie się mokry, • aby zatrzymać rozprzestrzenianie się wydzielin z dróg oddechowych pacjent powinien używać maski (maski medycznej tj. maski chirurgicznej płaskiej lub

plisowanej, na gumkach lub troczkach zawiązywanych dookoła głowy) tak często jak to tylko możliwe.

Osoby, które nie tolerują maski powinny bezwzględnie starać się podporządkować zasadom higieny dróg oddechowych – podczas kaszlu i kichania nos i usta powinny być w całości zakryte papierową chusteczką jednorazową. Materiały użyte do zakrywania ust i nosa powinny być natychmiast wyrzucane lub czyszczone (prane przy użyciu wody i mydła lub detergentu), • osoby udzielające opieki powinny używać maski szczelnie zakrywającej usta i nos jeżeli przebywają w tym samym pokoju co pacjent. Maski nie powinny być dotykane czy poprawiane w trakcie użytkowania. Jeśli maska stanie się wilgotna lub zabrudzona wydzielinami powinna być niezwłocznie wymieniona na suchą i czystą. Maska powinna być zdejmowana nie przez dotykanie jej powierzchni, a poprzez rozwiązanie troczków lub zdjęcie gumek. Po użyciu maskę należy natychmiast wyrzucić, a ręce umyć, 4 • należy unikać kontaktu z jakimikolwiek wydzielinami, w szczególności z ust, dróg oddechowych oraz ze stolcem.

Należy używać maski i rękawiczek gdy prowadzi się toaletę jamy ustnej, dróg oddechowych, gdy ma się kontakt z kałem, moczem lub innymi wydzielinami

. Należy przeprowadzić higienę rąk przed i po zdjęciu maski, • nie należy ponownie używać masek i rękawiczek jednorazowych, • należy wygospodarować pościel, sztućce i naczynia dedykowane dla pacjenta. Te przedmioty mogą być czyszczone przy użyciu wody z mydłem i używane ponownie, nie muszą być wyrzucane po użyciu, • należy codziennie czyścić i dezynfekować powierzchnie często dotykane w pokoju gdzie przebywa pacjent – powierzchnie stolików nocnych, ramę łóżka, inne meble w sypialni.

Zaleca się użycie zwykłych środków czyszczących takich jak mydło lub inne detergenty. Następnie zalecane jest spłukanie i dezynfekcja wybielaczem domowego użytku zawierającym 0,5% podchloryn sodu, • należy czyścić i dezynfekować powierzchnie w obrębie toalety i łazienki przynajmniej raz dziennie.

Używane w gospodarstwie domowym mydło lub detergent powinno być użyte najpierw do mycia, a następnie, po spłukaniu, należy użyć środka dezynfekującego z zawartością 0,5% podchlorynu sodu, • ubrania, pościel czy ręczniki należące do osoby zakażonej należy prać w proszku codziennego użytku w temperaturze 60-90oC z użyciem dodatkowego detergentu oraz dokładnie wysuszyć.

Skażoną bieliznę warto umieścić w osobnym worku do prania. Nie powinno się potrząsać brudną bielizną, aby nie doprowadzić do kontaktu skóry i czystych ubrać ze skażonym materiałem, • podczas czyszczenia powierzchni bądź postępowania z zabrudzoną płynami ustrojowymi odzieżą i bielizną powinny być używane rękawice i odzież ochronna (np. fartuchy foliowe). W zależności od sytuacji, można stosować zarówno jednorazowe, jak i wielorazowe rękawice. Po użyciu, rękawice wielorazowe powinny być umyte wodą z mydłem i zdezynfekowane roztworem 0,5% podchlorynu sodu. Rękawice jednorazowego użytku (nitrylowe bądź lateksowe) powinny zostać zutylizowane po każdym użyciu.

Przed i po użyciu rękawic niezbędne jest mycie i dezynfekcja rąk, • rękawice, maski i inne środki ochrony osobistej jednorazowego użytku wykorzystywane w opiece nad pacjentem zarażonym przebywającym w domu, zanim zostaną zutylizowane jako odpady niebezpieczne

zakaźne, powinny zostać umieszczone w pojemniku na odpady ze szczelną pokrywą w pokoju, w którym przebywa ta osoba,

• należy unikać ekspozycji na skażone przedmioty z bezpośredniego otoczenia osoby zarażonej (nie należy używać tej samej szczoteczki do zębów, sztućców, naczyń, ręczników, odzieży, pościeli, myjek, jak również palić tych samych papierosów),

• jeśli pracownik ochrony zdrowia zapewnia opiekę domową, powinien przeprowadzić ocenę ryzyka epidemiologicznego i wskazać stosowne środki ochrony osobistej, tak aby było możliwe podążanie za rekomendacjami w zakresie zapobiegania szerzenia się 5 zakażenia drogą kropelkową i kontaktu z osobą zarażoną.

Kontakt z osobą zarażoną Osoby które miały styczność z pacjentami z podejrzeniem COVID-19 (w tym pracowników ochrony zdrowia), traktuje się jako eksponowane na zakażenie (osoby z kontaktu) i zaleca się im obserwację stanu zdrowia przez 14 dni od momentu ostatniego możliwego dnia spotkania z zakażoną osobą. Osoba z kontaktu to ktoś, kto doświadczył któregoś z poniższych przykładów ekspozycji:

• ekspozycja związana ze świadczeniami z zakresu ochrony zdrowia, włączając zapewnianie bezpośredniej opieki pacjentom z COVID-19, pracę w zespole osób, pośród których znajduje się osoba zakażona wirusem, opiekę środowiskową nad pacjentem zakażonym bądź przebywanie w tym samym środowisku co osoba chora na COVID-19;

• ekspozycja na drodze współpracy w bliskim sąsiedztwie lub w jednym pomieszczeniu z pacjentem chorym na COVID19 (wspólna sala wykładowa, klasa);

• ekspozycja na drodze podróży tym samym środkiem transportu z pacjentem chorym na COVID-19;

• ekspozycja na drodze wspólnego miejsca zamieszkania z pacjentem zakażonym wirusem w ciągu 14 dni od początku wystąpienia u niego objawów.

Osoby świadczące opiekę domową powinny mieć ustalony sposób komunikacji z osobami nadzorującymi udzielanie opieki w okresie obserwacji. Personel ochrony zdrowia powinien regularnie, telefonicznie kontrolować osoby przebywające w kwarantannie domowej. Najlepiej, jeżeli to możliwe, prowadzić nadzór codziennie, tak aby móc na bieżąco reagować na wszelkie zmiany stanu zdrowia i zlecać wykonanie odpowiednich testów.

Jednostki poddane kwarantannie domowej powinny być odpowiednio wcześnie poinformowane przez osoby nadzorujące jej przebieg o tym gdzie i kiedy zgłosić się w przypadku pogorszenia stanu zdrowia. Informacje powinny dotyczyć również preferowanego środka transportu, szczegółowych zaleceń dotyczących wejścia do budynku przez konkretne drzwi, odpowiedniej godziny przyjazdu i niezbędnych środków ochronnych, których należy użyć.

Jeżeli osoba obserwowana w kwarantannie domowej rozwinie objawy powinna:

• poinformować odpowiedni szpital o planowanym przybyciu,

• podróżując do szpitala, w trakcie transportu mieć założoną maskę,

• jeśli tylko to możliwe, unikać publicznego transportu; transport karetką lub samochodem prywatnym powinien odbywać się w miarę możliwości z otwartymi wszystkimi oknami,

• być poinstruowana by zawsze przestrzegać higieny związanej z układem oddechowym, higieny rąk; osoba ta powinna zawsze siadać lub stać jak najdalej od innych osób (przynajmniej 1 metr) zarówno w transporcie jak i w szpitalu. Jakiekolwiek powierzchnie, które miały kontakt z wydzielinami z dróg oddechowych powinny być wyczyszczone mydłem i detergentem, a później 6 wyczyszczone zwykłymi produktami czyszczącymi zawierającymi 0,5% zawartość wybielacza (podchloryn sodu)

. Podziękowania Oryginalna wersja wytycznych MERS-CoV (1) która była bazą do tego dokumentu została stworzona przez WHO's Global Infection Prevention and Control Network i innych ekspertów międzynarodowych. WHO dziękuje tym, którzy byli zaangażowani w stworzenie dokumentów przeciwdziałających MERS-CoV. WHO dziękuje: Abdullah M Assiri, Director General, Infection Control, Ministry of Health, Saudi Arabia; Michael Bell, Deputy Director of the Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA; Gail Carson, ISARIC Global Support Centre, Director of Network Development, Consultant in Infectious Diseases, and Honorary Consultant with Public Health England, United Kingdom; John M Conly, Department of Medicine, Microbiology, Immunology and Infectious Diseases, Calvin, Phoebe and Joan Snyder Institute for Chronic Diseases, Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, Canada; Barry Cookson, Division of Infection and Immunity, University College London, United Kingdom; Babacar NDoye, Board Member, Infection Control Network, Dakar, Senegal; Kathleen Dunn, Manager, Healthcare-Associated Infections and Infection Prevention and Control Section, Centre for Communicable Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada; Dale Fisher, Global Outbreak Alert and Response Network Steering Committee; Fernanda Lessa, Epidemiologist, Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA; Moi Lin Ling, Director, Infection Control Department, Singapore General Hospital, Singapore, and President of Asia Pacific Society of Infection Control; Didier Pittet, Director, Infection Control Program and WHO Collaborating Centre on Patient Safety, University of Geneva Hospitals, and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland; Fernando Otaiza O'Ryan, Head, National IPC Program, Ministry of Health, Santiago, Chile; Diamantis Plachouras, Unit of Surveillance and Response Support, European Centre for Disease Prevention and Control, Solna, Sweden; Wing Hong Seto, Department of Community Medicine, School of Public Health, University of Hong Kong, China, Hong Kong Special Administrative Region; Nandini Shetty, Consultant Microbiologist, Reference Microbiology Services, Health Protection Agency, Colindale, United Kingdom; Rachel M. Smith, Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA. From WHO we also thank: Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Ana Paula Coutinho, Nino Dal Dayanghirang, Christine Francis, Pierre Clave Kariyo, Maria Clara Padoveze, Joao Paulo Toledo, Nahoko Shindo, Valeska Stempliuk, and Maria Van Kerkhove. Literatura 1. Home care for patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts: interim guidance, June 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MERS/IPC/18.1; https://apps.who.int/iris/handle/10665/272948, accessed 26 January 2020). 2. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112656/9789241507134_eng.pdf?sequence=1, accessed 26 January 2020). 3. Clinical management of severe acute respiratory infection

when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publicationsdetail/ clinical-management-of-severe-acuterespiratoryinfection- when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-issuspected, accessed 4 February 2020). 4. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/44102, accessed 20 January 2020). 5. Global surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV): interim guidance v3, 31 January 2020. Geneva: World Health Organization(WHO/2019 nCoV/SurveillanceGuidance/2020.3; https://www.who.int/publications-detail/globalsurveillancefor- human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov),accessed 4 February 2020). Pozostałe źródła: Management of asymptomatic persons who are RT-PCR positive for Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): interim guidance, 3 January 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MERS/IPC/15.2; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180973/WHO_MERS_IPC_15.2_eng.pdf;jsessioni d=3E232F5051C5D3C 7F8D27207599D022E?sequence=1 accessed: 20 January 2020). Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected: interim guidance, updated January 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/MERS/Clinical/15.1; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178529/WHO_MERS_Clinical_15.1_eng.pdf?seq uence=1&isAllowed=y&ua=1, accessed: 20 January 2020). Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/MERS/IPC/15.1; http://apps.who.int/iris/handle/10665/174652 accessed: 20 January 2020). Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto WH, editors. Natural ventilation for infection control in health-care settings: WHO guidelines 2009. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://apps.who.int/iris/handle/10665/44167, accessed: 20 January 2020). Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: interim guidance, 17 January 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330676, accessed: 20 January 2020). Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9. Drosten C, Meyer B, Müller MA, Corman VM, Al-Masri M, Hossain R, et al. Transmission of MERScoronavirus in household contacts. N Engl J Med. 2014;371:828-35. doi:10.1056/NEJMoa1405858. Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation Team. Evidence of person-toperson transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013. Euro Surveill. 2013;18(11):20427. doi:10.2807/ese.18.11.20427-en. Hung C, Wang Y, Li X, Ren L, Yhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5. Li Q, Guan X, Wu P, Zhou L, Tong Y, Ren R, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus−infected pneumonia. N Engl J Med. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001316. Omrani AS, Matin MA, Haddad Q, Al-Nakhli D, Memish ZA, Albarrak AM. A family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case. Int J Infect Dis. 2013;17(9):e668-72. doi:10.1016/j.ijid.2013.07.001. © World Health Organization 2020. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence. WHO reference number: WHO/nCov/IPC/HomeCare/2020.2 The text has been translated in extenso from English to Polish on the basis of 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Tekst przetłumaczony bez skrótów

z języka angielskiego na język polski na podstawie: Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 3.0 IGO (CC BYNC-SA 3.0 IGO). Właścicielem praw autorskich jest WHO. Tłumaczenie polskie: Czauderna Jan, Marjański Tomasz, Pietrzak Katarzyna, Piwowska Kaja. Redakcja: Marjański Tomasz, Pietrzak Katarzyna. Gdańsk, dnia 10 marca 2020