

COVID-19 Hollandia Webinar 2020.március 20. A Holland Szakorvosi Társaságtól (FMS)

<https://mailchi.mp/demedischspecialist/nieuw-webinar-op-23-maart-vlog-federatievoorzitter?e=26500f91cd>

Fordította dr. Szijjártó László és Szijjártó Gyula Zsombor

Vírus: SARS-COVID2

Betegség: COVID-19

Lappangási idő 2-12 nap, átlag 6 nap

20% felvéve kórházba, 5% nagyon durva lefolyású

Halálozás Kínában 2,3%; valószínűleg túlbecsült, hiszen nem teszteltek mindenkit és nem mindenkit gyötör súlyos tünetekkel, reális: 0,3-1%

Terjedés csepp és kontaktus, léguti manipulációk ITO-n

R0 2,5 (1 fertőzött 2-3 embert fertőz meg) Kanyaró például R0 18-20

Legtöbb páciens

1. Kína
2. Olaszország
3. Irán
4. Spanyolország
5. Dél-Korea

Hollandia : ma 2051 beteg, 408 kórházba felvett. 24% egészségügyi dolgozó az összes igazolt esetből

Fertőzések 25%-ban külföldről (legtöbbje téli sportból)

84 elhalálozott, 63-95 a kor terjedeleme, 84 év mediánal.

Most még a rejtőzködő fázisban: Kórházakban esetdefiníció szerint szelektálni, felkészülnek a túlterhelési csúcsokra és próbálják megelőzni a túlterhelődést. Lesz Vakcina?

Megküzdési forgatókönyvek:

1. nincs közbeavatkozás, hagyni hogy menjen (nem opció)
2. **maximális kontroll ("flatten the curve")**
3. teljes lezárás

Ann Vossen (MMB) Mikrobiológus

Személyes Védő eszköz készletek ROAZon keresztül lesznek szétosztva a központi elosztócentrum által. (regionális elosztás)

Ma 80.000 maszk érkezett meg Hollandiába.

A hidrogén-peroxiddal történő átitatás egyszeri újrafelhasználást eredményezhet

A gamma-sugarakkal történő besugárzás szintén lehetőség és sokkal hatékonyabb

Spórolási opciók:

-FFP2 maszkok félretétele az intenzív osztályoknak

-Influenza szerű betegeket sebészi szájmazsokkal intézni

A héten várható szigorú irányelv az védő eszközhasználatról.

Nincs még bizonyíték rá, hogy magas dózis a vírustól durvább lefolyást eredményez-e. (intubálásnál pl.) De ez várható ahogy más vírus betegségeknél ismert.

De Jager ITO JBZ

Beteg jellemzők

Nagy részüknél gyorsan ITO kezelés szükséges

Néhány napig betegek csak a felvétel előtt
Hosszú felvételi idő
Nehéz diagnosztizálni, sokáig tart.
Kezdetben stabil oxigénnel
Gyors romlás gyakori
Első napok mono-szervi elégtelenség, vazopresszió (preshock)
Utána (4-8. nap) problémák: vazopresszió + egyensúly, RRT
Valójában nem jók a klinikai paraméter a kezelés titrálásához.

Fontos pontok kórház/osztály

Információ-overload elárasztás
Sok idő szükséges megbeszélésekre
A szervezet jellege(team konszenzussal versus parancs struktúra)
Közös cél és összpontosítás
Csapatmunka, munkamegosztás!
Nincs idő kiképezni !
Pszichés stressz hatalmas főleg a családoknak (csinálj ennek kezelésére külön csapatot)
Eszközök
Védelem

Regionálisan /országosan

Szakértelem egyesítése!!!!!!!!!!!!
Tapasztalat megosztása egymással !!!!!!!!!!!!!!!

Holland kórházakban az átlagos tartózkodási időtartam 1-2 nap
Olasz COVIDdal átlagos tartózkodás: 10-15 nap
Betegek felhalmozódnak!!

Együttműködés
Az tenniakarás és együttműködés szívmelengető.

Kudarc a felkészülésben=felkészülés a kudarcra

Vd Meer, ITO Amphia

Breda: 37 páciens, ebből 16 intenzíven; 7 halálos eset. Az első ITO páciens intenzíven 10 napja fekszik már . Még nem volt sikeres detubálás, de leszoktatás már folyik , 1x reintubálás
Korosztály 44-80 év , férfi/nő 14/3

Ellátás Szervezés

Korán kezdje meg a személyzet kiképzését / az alacsonyabban képzetteket is engedjék a tréningre munkába(a tanulókat és segédnővéreket is beengedni megfigyelni mi történik(így tanulnak)
Strukturáld a feladatokat: tervezés, tartalmak, kommunikáció, Járvány menedzsment team tagok, régió
Egy direktívebb vezetési stílus elfogadható, de ezt előre meg kell beszélni a munkatársakkal.

Tartalmi betekintés:

Korai intubálás, azonnal hasonfekvő lélegeztetési helyzet
"Másfajta ARDS", mint amit megszoktunk
Lab: Lymphocytá alacsony, magas LDH.
Gyakran negatív PCR-diagnosztika nagyon gyanús esetekben.Eljárás : mély torok leoltás és a beteget izolálni a megfigyelő osztályon

gyógyszerek:

Konklúzió: Nem tudjuk mi a megfelelő

Amfia kórház nem használ remdesivirt (kevés van, sok mellékhatás, bizonytalan hatásosság)

Wuhanból adat : lélegeztetett páciensek halálozása 81-97%

Konklúzió: nagyon magas egy kis létszámú, de kritikus betegcsoport halálozása.

Vd Kuil, Bernhoven

Bernhoven: 270000 lakós a területen, ritkán lakott terület.

16-17. napja van az első beteg óta

Már SBO-n 110 COVID+ pácienszt láttak

Holland koronapáciensek 7%-a az ő területükről való.

Tehát 2-3 naponta duplázódik a páciensek száma. A sűrűn lakott területeken nagyon gyorsan növekedhet.

Az Intenzív osztály már jól felkészült, de az ápolás elakadt a fekvőbeteg osztályokon és az SBO-n.

NVIC Gommers

ITO páciensek Hollandiában COVID-19-cel:

Hétfő: 16.3 n=94 – Kedd: 17.3 n=135 – Szerda: 18.3 n=177

Tehát két naponta megkétszereződik.

Brabantból egész Hollandiába el kell osztani a betegeket.

Marvin Berrevoets infektológus? ETZ Tilburg

Ha EWS 9pont az osztályon: hívj intenzív szakorvost

A hatékony áttekintés érdekében rendezzék át az elektronikus beteg dossziét -t a coronavirus igényeinek megfelelően, külön a corona paramétereivel

60 ágy egy nem ITO megfigyelő elkülönítő osztályon; 1 osztály gyanús és 2 osztály bizonyos

C-csapat felállása: . mikrobiológus/infektológus/tüdőgyógyász/ITO/SBO/gyógyszerész/geriátricus

Napi ellátás:

-Közös munka: belgyógyász/tüdőgyógyász

-multidiszciplináris megbeszélés naponta ITO-n

-Országos Kordinációja a fertőzéseknek (NNK szerű) Irányelv követése

Brabant kórházainak felhívása: szükség van egy egységes országos kezelési tervre!!!

LVALT/NIV=>koordinációs Főorvosi tanács?=>van SWAB kezelési terv (antibiotikum ajánlás országos)

Súlyos lefolyásban **Chloroquine** +lop/rit

Ha fennáll hosszán tartó QTc-kockázat, ellenőrizze előre az EKGt, ellenjavalt QTc>500nál

dr. Gommers, NVIC Holland intenzív orvosok Egyesülete

Most Hollandiában 1100 lélegeztetőgép van, 20%ot lehet növelni rajta 1500ra, ha 2000 lesz a szükséglet, akkor hiány lesz gépekből, ROAZból vannak kezdeményező eszközök vásárlására.

ROAZ= regionális egyeztető szerv az akut ellátást nyújtóknak.

Vd Sar, tüdőgyógyász Amphia:

Közepes vagy súlyos lefolyásúak kezelése : oxigén szükséglet, megfigyelési osztályra felvenni

Jelenlegi átlagos tartózkodási idő 6 nap

Tapasztalatok az első 29 brédai pácienssel:

Március 2-13 ig .

-férfi >> nő (mint Kínában)

-fele 50 év feletti , egy 16 éves fiú

-sok COPD+asztma+DM+elhízás

-%aktív dohányzó +/-10% Lehet a dohányosok védettebbek?

-Láz 80%, rossz közérzet 76%, köhögés 62%, légszomj 48%, hasmenés 20%, felső hasi fájdalom 17%

-Lab: lymphopenia 60%ban; CRP növekedett mindenkinél, növekedett CK+ transzaminázok + LDH

-Röntgendiagnózis: kétoldali konzol, mattüvegjel , intersticiális eltérések

-Tüdőgyógyászok + belgyógyászok a kezelő orvosok az elkülönítő megfigyelő osztályon

-Ne használjon Optiflowt a kohort (megfigyelési) osztályon.

-Együttműködési hálózat: VVN network. Házi orvosok, rehabilitációs központok, hospice is szintén a beteg elbocsájtások elősegítésére

-Mikor hagyhatja el a páciens a megfigyelési osztályt ?

Amfia kórház : jelenlegi megbeszéltek alapján >24 órája panaszmentes =izolációból eltávolítható.

PCRT ne ismételjék (spórolás céljából, nincs gyakorlati következménye), Nincs jó adat a fertőzékenységről.

-Gyógyszerek: Chloroquine (Delagil) + lopi/rito. NEM ADNAK szteroidot.

-Próbák:

Különbéle vizsgálatokat végeznek az antivirális szerek hatásaival kapcsolatban

Ann Vossen, MMB:

Az összes molekuláris diagnosztika kínálata/igénye nagyon rosszul fut, egyelőre kilátástalannak tűnik.

Jön nemzeti munkacsoport a helyes molekuláris tesztek elosztásának stratégia kidolgozására (maszkokkal hasonlóan)

V Buechem Leiden en Prokop Nijmegen, radiológusok:

Ultrahang helyett CT-t használjanak fertőzés megelőzése végett.

Magas Rizikós kollégák megóvása a közvetlen tűzvonalból.

Higiéniai intézkedések az eszközöknél, gépeknél a betegekkel érintkezés után

Egy egyértelmű iránymutató hiányzik többen között a személyzet védelméről is.

Korai CT diagnosztika Kína + Franciaország:

- Az intersticiális tüdőgyulladás a CT-n korábban látható, mint az rtg-n

-CT a kínai irányelvben az 1. diagnosztikai lépés

-4x CT stádiumok:

-CT telepítés szükségessége függ prevalenciától az adott lakosságnál.

- Telepítés mint triage eszköz? A betegség súlyosságának számszerűsítésére? A PCR pótlására súlyos hiány esetén? Az elkövetkező napokban több iránymutató protokoll lesz az NVVR-től

-dr. vd Kuil Udenböl: Udenben most mobil CTket vásároltak. Bevetésük hasznosabbnak tűnik mint különféle gyógyszereké. Logisztikában különösen hasznos, eldönteni mely beteget kell továbbra is elszigetelni, gyorsabban tudnak majd áramolni így az SBO ról.

Megjegyezni : Felső hasi panaszos betegek gyakran egy korai CT vizsgálattal a tüdőbázison eltérések és COVID pozitívnak bizonyulnak