

- ! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.



ZAŁĄCZNIK 4. WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE INSTRUMENTACJI DRÓG ODDECHOWYCH U PACJENTA Z PODEJRZENIEM/ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM (2019-nCoV)

ALEKSANDRA GUTYSZ-WOJNICKA^{1, 2} | ANNA ZDUN^{1, 3} | MAŁGORZATA JADCAK^{1, 4}

- 1 Grupa Robocza ds. Praktyki Polskiego Towarzystwa Anestezjologów i Intensywnej Opieki
- 2 Katedra Pielęgniarstwa Szkoły Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
- 3 Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
- 4 Oddział Kliniczny Neurochirurgii z Pododdziałem Traumatologii Narządu Ruchu Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie

DOI: dx.doi.org/10.15374/PwAilO2020006

Intubacja dotchawicza jest procedurą wysokiego ryzyka. Podczas laryngoskopii i intubacji u pacjenta zakażonego istnieje możliwość narażenia na znaczną ekspozycję wysokiego miana wirusa.

Priorytetem w postępowaniu z pacjentem jest ochrona osobista personelu. Dla każdego członka zespołu powinny być dostępne środki ochrony indywidualnej (ŚOI), aby zapewnić właściwą izolację przed zakażeniem drogą kropelkową/kontaktową. Należy dokładnie zapoznać się z protokołami dotyczącymi zakładania i zdejmowania ŚOI. Podczas wykonywania wszelkich manipulacji w obrębie dróg oddechowych należy zachować szczególną ostrożność, aby uniknąć samozanieczyszczenia. Szczególnie istotna w zapobieganiu zakażeniom i ich przenoszeniu jest higiena rąk. Należy zadbać, aby na każdym stanowisku znieczulenia znajdował się środek do dezynfekcji rąk.

W przypadku pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem 2019-nCoV:

- priorytetem jest planowanie wykonywanych czynności z wyprzedzeniem;
- wszystkim członkom zespołu należy zapewnić czas na zastosowanie środków ochrony indywidualnej i barierowej;
- należy ograniczyć liczbę osób podczas intubacji/ekstubacji, aby zmniejszyć ryzyko ekspozycji;
- należy rozważyć wczesną intubację pacjenta po to, aby uniknąć ryzyka pilnej intubacji, bo wówczas środki ochrony indywidualnej nie mogą być bezpiecznie zastosowane.

Podczas intubacji zastosuj:

1. Niezbędne środki ochrony osobistej: jednorazowa maska, czapka, gogle/przyłbica, obuwie, fartuch/kombinezon i rękawiczki:
 - rozważ użycie podwójnych rękawic;
 - użyj co najmniej maski N95, preferowane są maski FFP2 lub FFP3;
 - przed intubacją zastosuj u pacjenta monitorowanie zależnie od oceny w skali ASA, zapewnij dostęp dożylny, przygotuj niezbędne leki, sprawdź aparat do znieczulenia.
2. Wyznacz najbardziej doświadczonych specjalistów anestezjologii (jeśli to możliwe), którzy mogą wykonać intubację. Unikaj intubacji przez mało doświadczonych lekarzy rezydentów u pacjentów z COVID-19.
3. Przed intubacją wstępnie natlenij pacjenta przez co najmniej 5 minut 100% tlenem.
4. Wykonaj sekwencję szybkiej intubacji (ang. rapid sequence induction – RSI), aby uniknąć wentylacji ręcznej pacjenta i potencjalnego narażenia na aerozol. Przemyśl użycie wideolaryngoskopu do intubacji.
5. W zależności od stanu klinicznego RSI może wymagać modyfikacji. Jeśli wymagana jest ręczna wentylacja, należy stosować małe objętości oddechowe.
6. Upewnij się, że posiadasz filtr HME (ang. heat and moisture exchanger) dołączony do worka samorozprężalnego. HME to filtr z wymiennikiem ciepła i wilgoci o wartości znamionowej usuwającej co najmniej 99,97% unoszących się w powietrzu cząstek o wielkości 0,3 mikrona lub większej między maską twarzą a obwodem oddechowym lub między maską twarzą a workiem.
7. Natychmiast po intubacji osłoń łopatkę laryngoskopu rękawicami zewnętrznymi, zalecany jest – jeśli to możliwe – laryngoskop jednorazowy (łopatka + trzonek). Następnie, tak szybko jak to możliwe, zmień rękawice wewnętrzne.
8. Zabezpiecz wszystkie zużyte wielorazowe urządzenia do intubacji w podwójnej plastikowej torbie lub dedykowanym pojemniku na czas transportu w celu odkażenia i dezynfekcji.
9. Zdejmij ubranie ochronne, unikaj dotykania włosów i twarzy, dokładnie umyj i zdezynfekuj ręce.

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

TRANSPORT Z BLOKU OPERACYJNEGO

1. Pacjenci powinni być operowani w wyznaczonej, oznakowanej sali operacyjnej, aby zminimalizować narażenie personelu.
2. Pacjenci nie powinni być przewożeni do ogólnej sali pooperacyjnej.
3. Pacjent powinien zostać wybudzony i ustabilizowany w sali operacyjnej, a jeśli tego wymaga, musi zostać przeniesiony na oddział intensywnej terapii, do izolatki z zainstalowanym systemem podciśnienia i węzłem sanitarnym (jeśli to możliwe).
4. Należy pamiętać o stosowaniu filtrów HME między rurką intubacyjną a workiem samorozprężalnym lub między układem respiratora transportowego a rurką intubacyjną podczas transportu, aby uniknąć zanieczyszczenia powietrza.

PIŚMIENNICTWO

1. Kamming D, Gardam M, Chung F. I. Anaesthesia and SARS. Br J Anaesth 2003;90(6):715–718.
2. Zucco L, Levy N, Ketchandji D, Aziz M, Ramachandran SK. Perioperative considerations for the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Anesthesia Patient Safety Foundation (online); <https://www.apsf.org/news-updates/perioperative-considerations-for-the-2019-novel-coronavirus-covid-19/>