

| | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|  | | ANESTESI - SSK | | Prosedyre |
| PROSEDYRE INTUBASJON VED HØYPATOGEN LUFTVEISSMITTE | | | | Side 1 av 1 |
| Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-87 | Gruppe: Behandlingsrutiner | Godkjent dato: 25.04.2023 | Gyldig til: 25.04.2025 | Revisjon: 2.00 |

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Omfang

Sikre trygg intubasjon av pasienter med mistanke om, eller påvist, høypatogen luftveissmitte. For personell og pasient.

Beskyttelsesutstyr

Høyriskoproedyre grunnet aerosoldannelse ved preoxygenering og intubering. FFP3 maske, visir eller briller, frakk og hansker, se ellers prosedyre-

Personell

Primært overlege anestesi som intuberer, eventuelt annet erfarent personale. 2 sykepleiere på stue, ideelt en anestesisykepleier og en intensivsykepleier. En sykepleier i slusen, som skal kontrollere begge dørene. Intubasjonsutstyr og -medisiner legges på brett, medisiner trekkes opp inne på isolatet, oppgaver fordeles på forhånd. Intubatør gir telefonen til KO Intensiv som kan sette innkommende samtale over til luftsmitteisolat.

FREMGANGSMÅTE

Utstyr

Ved intubasjon skal det være lav terskel for å bruke videolaryngoskop (VL) for å unngå aerosol fra luftveiene, som man er utsatt for ved direkte laryngoskopi (DL). Ved DL skal VL ligge klart i sluse sammen med annet utstyr for håndtering av vanskelig luftvei.

Det skal brukes HEPA-filter eller tilsvarende virusfilter mellom maske og Ambu-Bag. Etter intubasjon fjernes filter fra maske og kobles over på tuben. Alternativt klemme av tuben for å unngå spredning av aerosol før man kobler på respirator.

Intubasjon

Pasientene skal om mulig RSI innledes da maskeventilasjon skaper aerosol. Ved vanskelig luftvei må andre alternativer vurderes. Ved behov for ventilering små volumer. Om metning ikke når 100% vurderes PEEP-ventil ved preoxygenering. Man kan legge brillekateter med flow 4-6L under masken for å opprettholde PEEP i apnøfasen. Mekanisk ventilasjon bare etter at Cuff er inflatert.

Tubeleie kontrolleres med etCO₂, og bevegelse av thorax. Rtg thorax tas etter at ev CVK og NG sonde er lagt ned.

Kryssreferanser

Eksterne referanser

<https://www.wfsahq.org/resources/coronavirus>

[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

https://www.anesthesia.utoronto.ca/sites/default/files/coronavirus_and_anesthesia_bja_2020.pdf

| | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|
| Utarbeidet av: Siri Bernadette Lund | Først utgitt: 28.05.2020 | Fagansvarlig: Siri Bernadette Lund | Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik | |
|---|------------------------------------|--|--|--|