



**Rekomendacje dotyczące wdrażania i przestrzegania zasad postępowania, mających na celu ochronę przed zakażeniem kontaktowym lub kropelkowym w styczności z pacjentami, u których występuje podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia koronawirusem 2019-nCoV, szczególnie w sytuacjach związanych z wykonywaniem procedur medycznych (włącznie z intubacją dotchawiczą), w trakcie których dochodzi do wytwarzania aerozolu**

1. Należy pamiętać, że priorytetem postępowania jest OSOBISTE bezpieczeństwo. Należy zapoznać się z wytycznymi i zastosować właściwe środki bezpieczeństwa. Działania należy planować z wyprzedzeniem, bowiem wdrożenie wszystkich środków bezpieczeństwa wymaga czasu. Przed intubacją dotchawiczą należy opanować procedurę zakładania i zdejmowania odpowiednich środków ochrony dróg oddechowych, rękawic, osłon twarzy, jak i odzieży (szkolenie dla personelu). Ze szczególną uwagą należy traktować kwestie dotyczące unikania samozakażenia.

2. Należy przestrzegać zasad dotyczących właściwej higieny rąk przed i po wykonanej procedurze.

3. Należy zastosować maskę typu N95 (FFP3), ochronę twarzy (przyłbica zakrywająca zarówno gogle, jak i maskę), fartuch, pod fartuchem kombinezon ochrony biologicznej z kapturem, ochraniacze butów na kombinezon, rękawice.

4. Należy ograniczyć liczbę osób w pomieszczeniu, gdzie odbywa się intubacja dotchawicza pacjenta.

5. W miarę możliwości, intubację powinien wykonywać najbardziej doświadczony anestezjolog.

6. Należy zastosować standardowe monitorowanie, zabezpieczyć dostęp dożylny, sprzęt, leki, respirator i ssak, po uprzednim ich sprawdzeniu.

7. Należy unikać metody intubacji fiberoskopowej z zachowaniem świadomości chorego, chyba że istnieją specyficzne wskazania do zastosowania tej metody. Użycie atomizerów ze środkami miejscowego znieczulenia może spowodować rozprzestrzenianie się wirusa. Rozważycь wykorzystanie bronchofiberoskopu jednorazowego użytku (np. GlideScope™).

8. Należy planować z wyprzedzeniem wszelkie działania w przypadku konieczności wykonywania sekwencyjnej szybkiej intubacji (RSI), i zapewnić obecność asystenta, który wykona ucisk na chrząstkę pierścieniową.

Procedura RSI może być zmodyfikowana, jeśli pacjent ma bardzo wysoki pęcherzykowo-tętniczy gradient tlenu i nie jest w stanie tolerować 30-sekundowego okresu bezdechu, lub w sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania do zastosowania suksynylocholino.

Jeśli przewidywane jest wykonywanie wentylacji z użyciem worka samorozprężalnego, należy stosować wentylację małymi objętościami wdechowymi.

9. Obowiązuje 5-minutowa preoksygenacja 100% tlenem i procedura RSI, w celu uniknięcia wentylacji workiem samorozprężalnym i potencjalnego rozprzestrzenienia wirusa z dróg oddechowych pacjenta.

10. Należy zastosować wysoko wydajny filtr pomiędzy maską twarzą a obwodem oddechowym lub pomiędzy maską twarzą a workiem samorozprężalnym.

11. Zaintubować i potwierdzić w standardowy sposób położenie rurki intubacyjnej.

12. Rozpocząć wentylację mechaniczną i ustabilizować pacjenta.

13. Cały sprzęt używany do zabezpieczenia dróg oddechowych musi być zdezkontaminowany i zdezynfekowany zgodnie ze standardami obowiązującymi w danym szpitalu.

14. Po zdjęciu osobistego wyposażenia zabezpieczającego należy unikać dotykania włosów lub twarzy przed umyciem rąk.

15. Należy zastosować właściwą higienę rąk przed i po każdej wykonanej procedurze.

16. Bardzo istotne jest zachowanie sprawnej komunikacji pomiędzy lekarzami „na pierwszej linii” a Autorami wytycznych. Z pracy\* opublikowanej w 2006 r., dotyczącej epidemii SARS wynika, że te obszary wymiany wiedzy powinny dotyczyć zarówno uwag odnoszących się do pracy personelu, jak i ustalonych procedur oraz używanego sprzętu medycznego.

17. Specjaliści chorób zakaźnych (lub inni upoważnieni specjaliści) w Państwie szpitalu mogą przedstawić dodatkowe wytyczne co do postępowania z pacjentem w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala.

**Kontakt do Autorów:** chair.anesthesia@utoronto.ca • **Tłumaczenie:** lek. med. Roman Szulborski, specj. anestezjologii i intensywnej terapii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu • **Konsultacja:** dr hab. n. med. Mariusz Piechota, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi; prof. nadzw. dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Konsultant Krajowy w dziedzinie Intensywnej Terapii; dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

