

Gäller för: Operation Kungälv

Innehållsansvar: Emma Westerlund, (emmwe12), Specialistläkare

Godkänd av: Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

Giltig från: 2024-08-15

Giltig till: 2027-01-13

Covid-19 intubation och extubation

Syfte

Att säkerställa säker intubation och extubation för patient och vårdgivare vid säkerställd eller misstänkt infektion av Covid-19 och därmed minska risken för smittspridning.

Arbetsbetsbeskrivning

Vid akuta situationer kan det vara svårt att uppfylla alla nedanstående åtgärder. Korrekt personlig skyddsutrustning ska däremot aldrig åsidosättas.

- Kontrollera att utrustning och läkemedel finns.
- Tillsäkra att man har en plan för kommunikationen mellan personal i patientsalen och personalen utanför.
- Kontrollera att man har en yta, t ex ett rullbord där smutsig, återanvändbar utrustning kan placeras.
- Vilka personer behövs?

Utrustning

- Videolaryngoskop
- Rubensblåsa som backup
- Virusfilter
- Trachealtub
- Ledare
- Kuffspruta
- Tejp
- Larynxmask i lämplig storlek tillgänglig
- Sugkatetrar, gärna orange
- Virusfilter till ejektorsug
- V-sond med påse

Personal

Endast intubationsgruppen får befinna sig nära patienten. Korrekta skyddskläder skall användas enligt våra rutiner. Den som intuberar skall ha dubbla handskar.

- Anestesiolog.
- Anestesisjuksköterska.
- Undersköterska
- Utanför salen skall en person utan skyddsutrustning finnas för att bistå för uppgifter utanför salen.
- Läkemedel avgörs av sövande läkare. Följande rekommenderas
 - Ketanest 5 mg/ml 0,5 – 1 mg/kg. Dra upp 100 mg i 2 st 10 ml sprutor.
 - Rocuronium 10 mg/ml. Dra upp 100 – 150 mg i 2–3 st 5 ml sprutor
 - Om det rör sig om patient, som kan vara cirkulatoriskt instabil, skall noradrenalininfusion finnas förberedd eller kopplad, alternativt annat vasoaktivt läkemedel.

Intubation

- Erfaren anestesipersonal ansvarar för luftvägshantering och intubation.
- Viktigt att skyddskläder enligt vår rutin för Covid-19 används och använd FFP3/FFP2 munskydd enligt denna rutin.
- Använd om möjligt videolaryngoskop och ha alltid ledare i tuben. Videolaryngoskop för att den som intuberar skall komma så långt från patientens ansikte som möjligt.
- Virus/bakteriefilter skall sitta närmast patienten. Om Rubens blåsa används, vilket helst skall undvikas, sätts filtret mellan masken och engångsblåsa.
- Check-in enligt våra rutiner. Gå igenom planeringen.
- En person skall, om möjligt, vara ”ren” för att justera ventilator och utföra handräddning av utrustningen utan onödig kontamination.
- Markera en plats på ena sidan, t ex ett rullbord, där smutsig utrustning läggs. Placera papperskorgen på den smutsiga sidan.
- Preoxygenera med 80 – 90% syrgas. Använd tvåhandsgrepp och tättslutande mask.
- Ketamin kan användas för att minska oro.
- Använd RSI med fulldos Rocuronium (1,5 mg/kg IBW).

- Undvik maskventilation om det inte är nödvändigt för att upprätthålla saturationen.
- Om ventilation är nödvändig, använd små tidalvolymmer och tättslutande mask med tvåhandsgrepp.
- Ha en låg tröskel för att lägga ned en larynxmask, om patienten sjunker i saturation. Detta för att undvika onödig aerosolbildning.
- Avvakta tid för full effekt av muskelrelaxantia innan man utför laryngoskopi och intubation.
- Innan masken tas bort från patienten, stäng av ventilatorn med "avsluta fall" och koppla sedan isär mask och virusfilter när masken tas bort från patienten för att minska aerosolspridningen från masken.
- Var noggrann med att placera tuben på korrekt djup, för att inte direkt behöva bekräfta tubläget med stetoskopet.
- Sätt tillbaka virusfiltret och se till att tuben är adekvat kuffad innan ventilatorn startas med "starta fall".
- När luftvägen är säkrad, sprita händerna och byt till nya handskar och förkläde enligt våra rutiner.
- Klampa tuben med skodd peang och stäng av eller sätt ventilatorn på manuell, om ventilationskretsen behöver kopplas isär.
- Extubation postoperativt
- För patienter utan respiratorisk svikt följs sedvanliga extubationskriterier.
- Använd skyddsutrustning med FFP3/FFP2 munskydd enligt våra rutiner.
- Flytta patienten från operationsbordet till sängen innan extubationen sker.
- Sugning i trachealtuben och trachea bör endast göras på stark indikation och då under djup sedation. Klampa tuben med en peang och byt till knä med tättslutande sugkanal innan sugning. Det finns risk för aerosolbildning vid detta moment.
- Sträva efter djup extubation för att undvika hosta.
- Man bör liberalt använda bolusdoser med propofol och eventuellt Lidocain iv (Lidocain i doser om 1 mg/kg) vid hostretning.
- Håll masken tätt direkt efter extubationen.
- Den person som hanterat luftvägen bör byta personlig skyddsutrustning efter avslutad luftvägshantering.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation Kungälv

Innehållsansvar: Emma Westerlund, (emmwe12), Specialistläkare

Godkänd av: Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-802

Version: 2.0

Giltig från: 2024-08-15

Giltig till: 2027-01-13