

<p>ENFATIZAR</p>	<p>CHECKLIST CLINICO (CON EPI)</p>	<p>COMPROBACIÓN DE LA POSICIÓN DEL TOT Y VENTILACIÓN PROTECTORA</p>
<p>▶ MARCO COMPETENCIAL INTEGRADO PARA CADA FASE Y PASO</p>	<p>▶ EVALUACIÓN COMPLETA DEL AL VÍA AÉREA (en caso de duda, sobreestimar VAD)</p>	<p>▶ CAPNOGRAFÍA</p>
<p>▶ PROTECCIÓN ANTE GOTAS PARA CADA FASE Y ETAPA</p>	<p>▶ EVALUACIÓN - OPTIMIZACIÓN HEMODINÁMICA PREVIA</p>	<p>▶ EVITAR desconexiones del circuito innecesarias (si fuera preciso programando el respirador en stand-by y clampando el TOT)</p>
<p>▶ ANTICIPAR LAS NECESIDADES, MAXIMIZAR ÉXITO DEL PRIMER INTENTO.</p>	<p>INSTRUMENTACION DE LA VÍA AÉREA</p>	<p>▶ CONSIDERAR indicaciones para técnicas avanzadas (ECMO y consejo experto)</p>
<p>DOBLE-CHEQUEO PARA INDICACIONES DE INTUBACIÓN</p>	<p>▶ FILTRO HEPA EN CADA CONEXIÓN DE LA OXIGENACIÓN (mascarilla facial, circuito, tubo endotraqueal, dispositivos supraglóticos, guías de intercambio)</p>	
<p>▶ Usar Escalas de Alerta Temprana para intubación. (SatpO2 90% con FiO2 50%)</p>	<p>▶ CARRO DE VAD PREPARADO (dispositivos DESECHABLES preferentemente)</p>	
<p>▶ Realización en zonas aisladas o con presión negativa</p>	<p>▶ SUCCION: SISTEMA CERRADO Y ANTIEMPAÑAMIENTO</p>	
<p>▶ Valorar el beneficio de CPAP/BiPAP/NIV/HFNO frente al riesgo de la difusión de aerosoles</p>	<p>▶ MEDICACIÓN PREPARADA Y CHEQUEADA</p>	
<p>▶ ¿REQUIERE INTUBACIÓN? mejor ELECTIVA y no emergente.</p>	<p>▶ CARRO DE PARADA PREPARADO (dispositivos DESECHABLES preferentemente)</p>	
<p>PREPARACIÓN DEL EQUIPO</p>	<p>SI INTUBACIÓN CON PACIENTE DESPIERTO <u>NO</u> INDICADA:</p>	
<p>▶ Minimizar los integrantes del equipo dentro del escenario IOT-COVID-19</p>	<p>▶ PREOXIGENACIÓN (de acuerdo con el estado respiratorio y hemodinámico)</p>	
<p>1.- PRIMER INTUBADOR. El miembro más experimentado del equipo debería realizar la intubación, el control avanzado de la vía aérea y la conexión a VM.</p>	<p>· 3 min a VC con FiO2=100% o 1 min a CVF con 8 respiraciones FiO2=100% o CPAP/PS 10 cm H2O + PEEP 5 cm H2O FiO2=100% CON CIRCUITO INTERNO Y MÁXIMO SELLADO MASCARILLA FACIAL.</p>	
<p>2.- ASISTENTE EXPERTO EN PROTOCOLOS Y DISPOSITIVOS VAD.(médico/enfermera con EPI)</p>	<p>▶ INDUCCIÓN DESECUENCIA RÁPIDA en todos lo pacientes (limitar ventilación manual con bolsa a menos que sea inevitable y aplicar maniobra de Sellick solo para regurgitación en curso)</p>	
<p>3.- SEGUNDO INTUBADOR con EPI DENTRO del escenario si se prevee manejo difícil de la vía aérea.</p>	<p>▶ Gafas nasales a 1-3 lpm para la fase apnéica de la IOT (NODESAT)</p>	
<p>4.- DOCTOR de contingencia con EPI operativo FUERA del escenario.</p>	<p>▶ BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROFUNDO para la laringoscopia. > 1º LARINGOSCOPIA DIRECTA. Es preferible VIDEOLARINGOSCOPIO CON PANTALLA ALEJADA del foco y tubo orotraqueal con FROVA pre-insertada.</p>	
<p>5.- CENTINELA de la puesta y retirada del equipo de protección personal (EPI) FUERA del escenario. (Centinela EPI)</p>	<p>Re-oxigenar con volumen corriente a baja presión entre un intento y otro - Cambio precoz a dispositivo supraglótico (tras 2º intento fallido de IOT) <u>preferiblemente a un dispositivo de 2ª generación para IOT con FOB.</u> > INTUBACIÓN A TRAVÉS DE DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO: siempre con fibrobronoscopio flexible (preferiblemente desechable) con pantalla alejada del foco.</p>	
<p>LLEVAR A CABO UNA PLANIFICACION PRELIMINAR DEFINIENDO ROLES, ESTRATEGIA Y VIGILANCIA DEL PROCESO DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.</p>	<p>▶ CRICOTIROIDOTOMÍA PRECOZ SI ESCENARIO NO INTUBAR-NO VENTILAR (NI-NV)</p>	
<p>PUESTA DEL EPI</p>	<p>SI LA INTUBACIÓN CON PACIENTE DESPIERTO ESTUVIERA INDICADA:</p>	
<p>▶ Equipo de protección de Segundo nivel (para el manejo de la vía aérea) FFP2/N95, pantalla facial, bata impermeable de manga larga, doble guante, calzas.</p>	<p>▶ TOPICALIZACIÓN DE LA VÍA AÉREA: no aerosoles o vaporizaciones.</p>	
<p>▶ Equipo de protección de tercer nivel (para procedimientos que general aerosoles- broncoscopia, intubación con paciente despierto, etc.) Escafandra en lugar de FFP3, pantalla facial, bata impermeable de manga larga, doble guante, calzas.</p>	<p>▶ SEDACIÓN TITULADA (bomba de infusión)</p>	
<p>CENTINELA EPI VIGILANDO PROCESO DE PUESTA Y RETIRADA DEL EPI.</p>	<p>▶ FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE CON PANTALLA ALEJADA DEL FOCO DE INTUBACIÓN (preferiblemente desechable)</p>	
	<p>▶ RESCATE CON DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO DE 2ª GENERACIÓN</p>	
	<p>▶ CRICOTIROIDOTOMÍA PRECOZ SI NI-NV</p>	

RETIRADA DEL EPI

▶ Durante y después de la retirada del EPI, higiene de manos imprescindible.

▶ CENTINELA del EPI vigila individualmente la retirada del traje.

▶ Arrojar bata, guante y calzas al contenedor CLASE 3
▶ Depositar gafas al contenedor indicado para su esterilización y reutilización.

TRASLADO

▶ Seguir la regulación local de bio-contención.

S ▶ aSegurar la vía aérea. Anticipar intubación.

T ▶ Trabajo de Equipo- Briefing

O ▶ ORGANIZAR (competencias-equipo-guías clínicas)

P ▶ PREPARAR (dispositivos)

C ▶ Checklist- Control –Crisis management

O ▶ Optimizar (hemodinámica-oxigenación)

V ▶ VIGILAR puesta y retirada del EPI

I ▶ Sistema INTEGRADO de evaluación y manejo de la vía aérea

D ▶ DEBRIEFING

Adaptado bajo autorización de EAMS, SIAARTI y SEDAR
Adolfo Francisco García Gutierrez,
H12 Octubre, Madrid



SEDAR
Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor