

Percorso B Procedura Area Critica

In PS in Triage Separato o Reparto di Malattie Infettive

Il Paziente ha una SARI che necessita l'ospedalizzazione in aree a Alta intensità di cure (UTI)§ e necessita di supporto ventilatorio HFNO/NIV/VAM fino all'ECMO? (cons. Rianimatoria)
vedi Allegato n° ____ "Gestione del Paziente Critico affetto da CoronaVirus"

§ il paziente NON mantiene una SatO₂ > 90% ed una FR < 35 atti/min con ossigenoterapia in maschera e/o ha segni di shock (Lac > 4 mmol/L) nonostante SatO₂ > 90%

SI

Vestizione: Regole Comportamentali

Togliere ogni monile o oggetto personale e praticare accurata igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica
Controllare l'integrità dei dispositivi
Indossare il primo paio di guanti
Indossare il camice monouso sopra la divisa
Indossare idoneo filtro filtrante facciale (FFP3)
Indossare occhiali di protezione
Indossare il secondo paio di guanti

Provvedere a IOT

La procedura deve essere eseguita dall'Anestesista più esperto
Utilizzo DPI (mascherina FFP3, Occhiali, Camice monouso impermeabile a maniche lunghe, calzari e doppi guanti monouso non sterili)
Evitare IOT da sveglia (anche con fibroscopia) se non specificatamente indicato
Preossigenare per almeno 5 minuti con O₂ al 100% (etO₂ 90%) con metodica CPAP se disponibile
Assicurarsi che ci sia un filtro HME tra la maschera ed il circuito del ventilatore o tra la maschera ed il pallone di ventilazione
Considerare l'uso del VideoLaringoscopia
Prevedere una RSI (qualora dovesse essere necessario ventilare, utilizzare piccoli volumi correnti)
Considerare Ossigenazione Peri-Intubazione mediante l'uso di cannule nasali con flussi di O₂ più elevati possibile durante la procedura di laringoscopia

Ventilazione Meccanica Invasiva

Ventilare il paziente in modalità protettiva
- TV 4-6 ml/Kg per ottenere un Pplat < 30 cmH₂O
- PEEP più alta possibile per mantenere la Driving Pressure (Pplat-PEEP) più bassa possibile
- Evitare deconnessioni dal ventilatore per evitare perdita di PEEP ed atelettasie (Aspirazione a circuito chiuso, clump del tubo se necessario deconnettere dal ventilatore)
- evitare l'uso di curari, a meno che PaO₂/FiO₂ < 150 mmHg

Trasferimento Unità di Terapia Intensiva

Chiamare 112

Il Sistema Unico dell'Emergenza, per mezzo delle CO 118 di riferimento provvederà ad individuare la Terapia Intensiva Idonea al Trattamento del caso.

Il trasporto avverrà con l'utilizzo di ABZ fornita di divisione tra vano autista e vano paziente che sarà decontaminata*** immediatamente dopo il trasferimento

ABZ Fornita dalla stessa Azienda per il trasporto interno (IntraOspedaliero)

ABZ di Biocontenimento Fornita dalla CO 118 di riferimento per il trasporto esterno (InterOspedaliero)

Qualora non ci sia posto letto presso Nessuna Terapia Intensiva

Trasferire il paziente presso una sala operatoria del nosocomio opportunamente selezionata

Utilizzo di **ABZ** fornita di divisione tra vano autista e vano paziente che sarà **decontaminata***** immediatamente dopo il trasferimento

ABZ Fornita dalla stessa Azienda per il trasporto interno (IntraOspedaliero)

Svestizione: Regole Comportamentali

Evitare qualsiasi contatto tra DPI e viso, mucose o cute

I DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore nell'area di svestizione

Decontaminare i DPI riutilizzabili

Rispettare la sequenza indicata:

- Rimuovere il camice monouso e smaltirlo nel contenitore
- Rimuovere il primordio di guanti e smaltirlo nel contenitore
- Rimuovere gli occhiali e sanificarli
- Rimuovere la maschera FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore
- Rimuovere il secondo paio di guanti
- Praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica o con acqua e sapone

Il Presente Modello deve essere recepito e contestualizzato nel Modello Organizzativo di ciascuna Azienda Ospedaliera