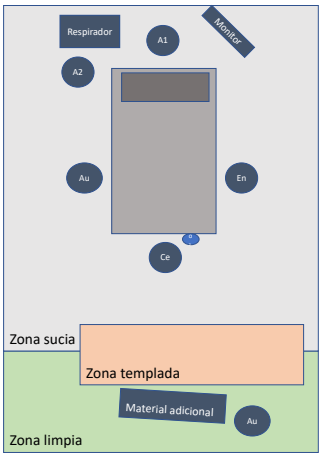
Hospital Universitario
Fundación Alcorcón



ORGANIZACIÓN EQUIPO REANIMACIÓN

INGRESO PACIENTE COVID

Vestidos con equipos EPI 5 profesionales

(si no celador disponible, 4 profesionales)

- 2 Anestesistas (A1: Se coloca en cabecero, Intubación-sonda nasogástrica- vía central A2: Se coloca al lado del cabecero donde esté el respirador: Ayudante en intubación, maneja respirador, pauta medicaciones. Arteria: A2 ó enfermera si paciente estable
- 1 Enfermera: Se colocará en lateral donde esté la vía, batea de medicación, después sondaje.
- 1 Auxiliar: Monitoriza desde el lateral contrario a la enfermera, asiste en técnicas de canalización de vía central, sondaje, arteria.
- 1 Celador: A los pies de la cama, cierra bala de oxígeno previo a retirada de mascarilla de alto flujo, después participa en traslado a paciente a su cama de Rea.

En la **zona limpia deberá haber un auxiliar que provea de material extra** al equipo de la zona sucia.

PREPARACIÓN: Todos habrán hablado antes y revisado tareas en común.

1. Liberar y preparar puesto de críticos, tener en cuenta longitud de tubuladuras y de cables de monitorización, aspirador con goma (Yankauer del carro COVID)
2. Revisar funciones y tareas los 5 componentes del equipo. Los 5 se ponen EPI y reciben asistencia de sus compañeros de correcta colocación.
3. Carro intubación COVID disponible en el puesto, preparar tubo fiado lubricado y McGrath lubricado
4. Establecer líder de la maniobra (coordinación/medicación) en principio podría ser el A2, por tener mejor visibilidad de la monitorización y acciones del resto del equipo.
5. Proteger respirador/máquina de anestesia con funda de plástico. Importante: Proteger con apósito transparente y dejar fuera del plástico el rotámetro. Con la funda no es posible su giro completo y rápido durante la intubación para subir y bajar flujo. Colocación de filtro en rama espiratoria.
6. Pre-programar máquina de anestesia. Antes de llegada de paciente. Si uso de máquina de anestesia reconvertida a respirador de críticos, programar altos flujos en mantenimiento. Si respirador de REA preparar Magil-bolsa-filtro para preoxigenación.
7. Bombas (Midazolam + fentanilo, rocuronio, noradrenalina)
8. Ecógrafo cerca. Disponible, enchufado
9. Material de apoyo (preparado en zona limpia CON auxiliar de apoyo)
   - Batas estériles, guantes estériles, gasas, jeringas, viales de suero fisiológico, apósitos transparentes, sedas y hojas de bisturí, funda para ecógrafo.
   - Material para canalizar vía central, sondaje vesical y arteria (al menos 2 catéteres del 20).

LLEGADA DEL PACIENTE

1. Suelen llegar con mascarilla de alto flujo y alguno en decúbito lateral. Si no la llevase, colocar mascarilla quirúrgica encima de la de alto flujo lo primero y mantener posición.
2. Colocar empapador y bolsa roja de analítica encima del paciente donde se depositará el material más contaminado (pala del McGrath tras intubar)
3. Acercar la cama de planta al puesto de críticos (Celador).
4. Importante: Cerrar bala previamente a la retirada de mascarilla de alto flujo (celador/auxiliar) cuando lo indique A2 y tras preoxigenación cerrar flujo del respirador previo a retirada de mascarilla facial (A2) cuando lo indique A1
5. Monitorización (auxiliar), preoxigenación (A1), medicación (enfermera).
6. Tras intubación colocar gasas en la boca del paciente para absorber secreciones. A2: Respirador
7. Resto de técnicas en esta cama antes de pasar a cama de críticos.
8. Tras terminar de realizar técnicas anestesistas valoran respuesta a soporte ventilatorio y reclutamiento. Si adecuada, pasar a cama de críticos en supino. En caso contrario, valorar colocar en prono (avisar a celador)