

INFECCION POR COVID-19, PRINCIPIOS DE MANEJO DE LA VIA AEREA

Este material es una publicación conjunta de The Intensive Care Society, The Faculty of Intensive Care Medicine, The Association of Anaesthetists, The Royal College of Anaesthetists y The Difficult Airway Society. HYPERLINK a <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

El manejo de la vía aérea debe ser:

- Seguro, para el personal de salud y el paciente
- Apropiado: evitar técnicas no confiables, no familiares o repetidas
- Oportuna en tiempo, sin prisa o retraso

RESUMEN DE LA INTUBACION TRAQUEAL DE EMERGENCIA PARA UN PACIENTE CON COVID-19

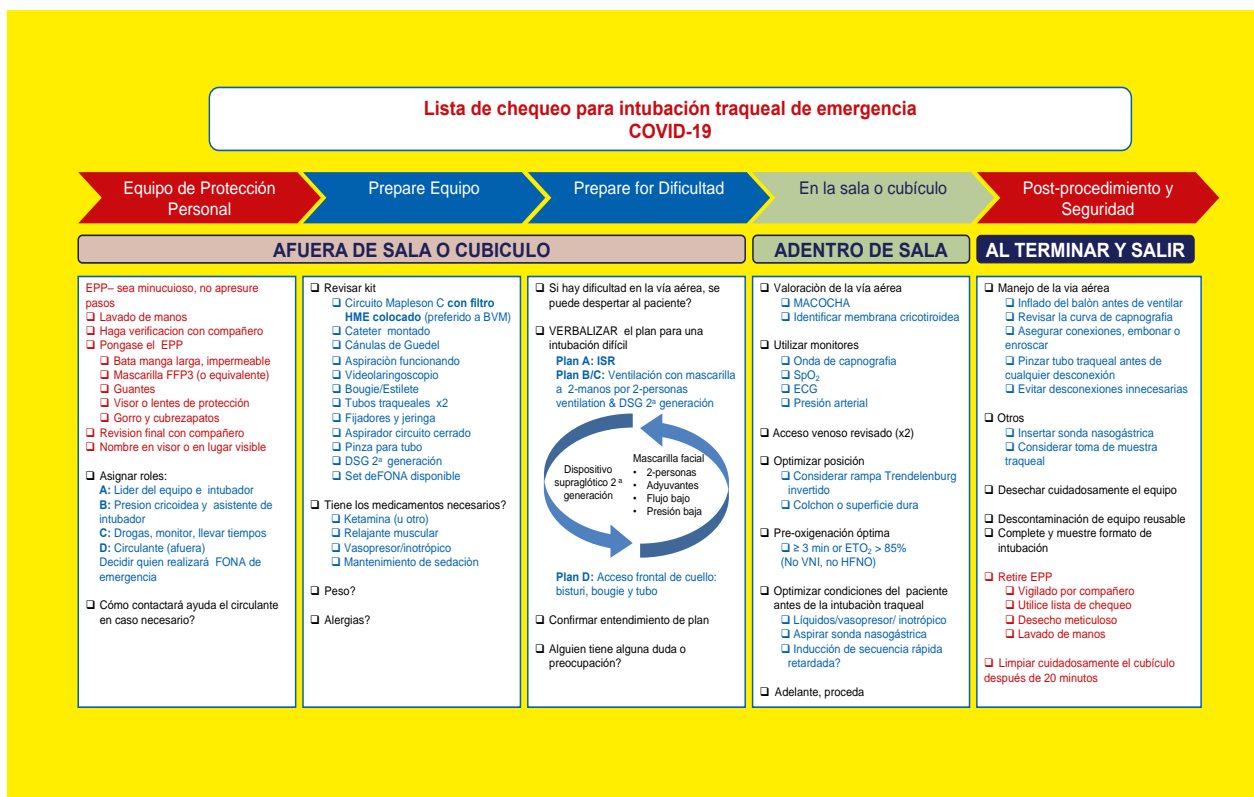
- La Intubación traqueal de un paciente con COVID-19 es un procedimiento de alto riesgo para el staff, sin considerar la severidad clínica de la enfermedad.
- En pacientes con COVID-19 severo es también un procedimiento de alto riesgo para el paciente
- Limitar el staff presente al momento de la Intubación traqueal: un intubador, un asistente, y una persona que administre drogas y monitorice al paciente. Un circulante debe estar fuera de la sala.
- Crear un carro de Intubación para COVID-19 que puede ser utilizado también en UCI o donde sea
- Portar equipo completo de protección personal (EPP) en todo momento. Considerar dobles guantes, gafas anti-empañantes y/o anteojos. Evite en lo posible tocar objetos en la sala para evitar fomites
- Intubar en un ambiente de presión negativa con > 12 cambios de aire por hora cuando sea posible

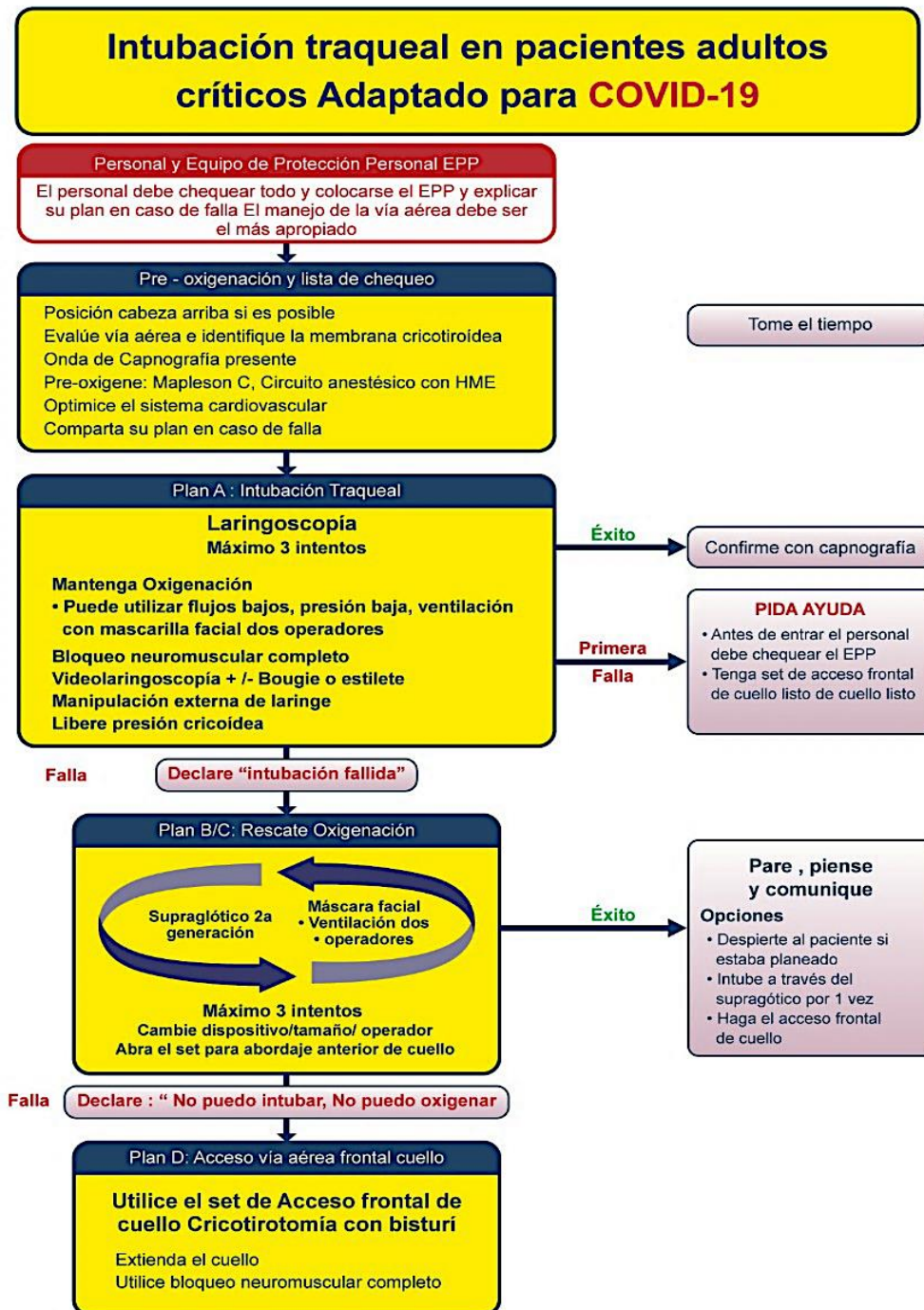


- Conozca y comunique el plan antes de entrar a la sala, utilice una lista de chequeo para lograr esto
- Considere el algoritmo o ayuda cognitiva para utilizar en la sala o mostrarla ahí
- Prepare el equipo de vía aérea y drogas fuera de la sala si es posible. Utilice un kit si estuviera disponible
- Planee como comunicarse antes de entrar a la sala
- El profesional mejor entrenado presente debe manejar la vía aérea para maximizar las posibilidades de éxito al primer intento.
- Sea seguro, apropiado y oportuno. El objetivo de tener éxito al primer intento es debido a que los múltiples intentos aumentan el riesgo a pacientes enfermos y al staff. No se apresure, pero haga de cada intento el mejor que pueda ser
- Use técnicas confiables que funcionen, incluyendo cuando se encuentre con dificultad. La técnica elegida puede diferir de acuerdo con las prácticas locales y el equipo. Con entrenamiento previo y disponibilidad es factible que incluya:
 - Pre-oxigenación con mascarilla bien ajustada y un circuito Mapleson C (Waters) o circuito anestésico por 3 a 5 minutos
 - Videolaringoscopia para intubación traqueal
 - Ventilación con mascarilla facial con 2 personas-2 manos con técnica VE para mejorar el sello
 - Un dispositivo supraglótico de segunda generación para rescate de la vía aérea, también para mejorar el sello.
- Colocar un filtro HME entre el montaje del catéter y el circuito todo el tiempo. Manténgalo seco para evitar que se bloquee.
- Evitar procedimientos generadores de aerosol, incluyendo cánula nasal de alto flujo, ventilación no invasiva, broncoscopio y succión traqueal sin un sistema de succión en línea cerrado conectado.
- Establecer monitoreo completo, incluyendo capnografía continua antes, durante y después de la Intubación traqueal.
- Utilice ISR con presión cricoidea donde un asistente entrenado pueda aplicarla. Retirar la presión cricoidea si esta causa dificultad
- Para evitar colapso cardiovascular, considerar ketamina 1 – 2 mg/kg-1.
- Paralizar con rocuronio 1.2 mg/kg o succinilcolina 1.5 mg/kg-1. Asegure el bloqueo neuromuscular completo antes de intentar la Intubación traqueal.

- Tener un vasopresor para bolos o infusión disponible inmediatamente para manejar la hipotensión.
- No ventilar con mascarilla facial a menos que sea necesario, y utilizar la técnica de 2 personas, flujos bajos, y baja presión si fuera necesario.
- Intubar con tubo traqueal 7.0 – 8.0 mm (mujeres) o 8.0 – 9.0 (hombres) con un puerto de succión subglótica.
- Pasar el globo 1 – 2 cm debajo de las cuerdas para evitar colocación bronquial. Confirmar la posición es difícil portando equipo de protección personal (EPP).
- Inflar el tubo traqueal para sellar la vía aérea antes de iniciar la ventilación. Anote y documente la profundidad.
- Confirmar la intubación traqueal con onda continua de capnografía, la cual está presente aun durante el paro cardiaco.
- Evitar la desconexión del circuito, verificar todas las conexiones.
- Utilizar un algoritmo estándar de intubación traqueal fallida con una ayuda cognitiva si surge una dificultad.
- Comunicarse claramente: instrucciones simples, comunicación en asa cerrada (repetir las instrucciones el ayudante), volumen adecuado, sin gritos.
- Colocar un tubo nasogástrico después que la intubación traqueal se ha completado y la ventilación establecida de forma segura.
- Si la infección por Covid-19 no está aun confirmada, realizar una aspiración traqueal profunda para virología, utilizando un sistema de succión cerrado.
- Desechar todo el equipo desechable de forma segura después de su uso. Descontaminar el equipo reusable totalmente y de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Después de dejar la sala, asegurarse que el EPP se retira de forma meticulosa.
- Limpiar la sala después de 20 minutos de la intubación traqueal (o después del procedimiento generador de aerosoles).
- Se aconseja un registro visual de la facilidad de la intubación traqueal disponible en la habitación del paciente.
- Si ocurre dificultad con la vía aérea, el plan subsecuente debe estar disponible en la habitación y ser comunicado entre los turnos.

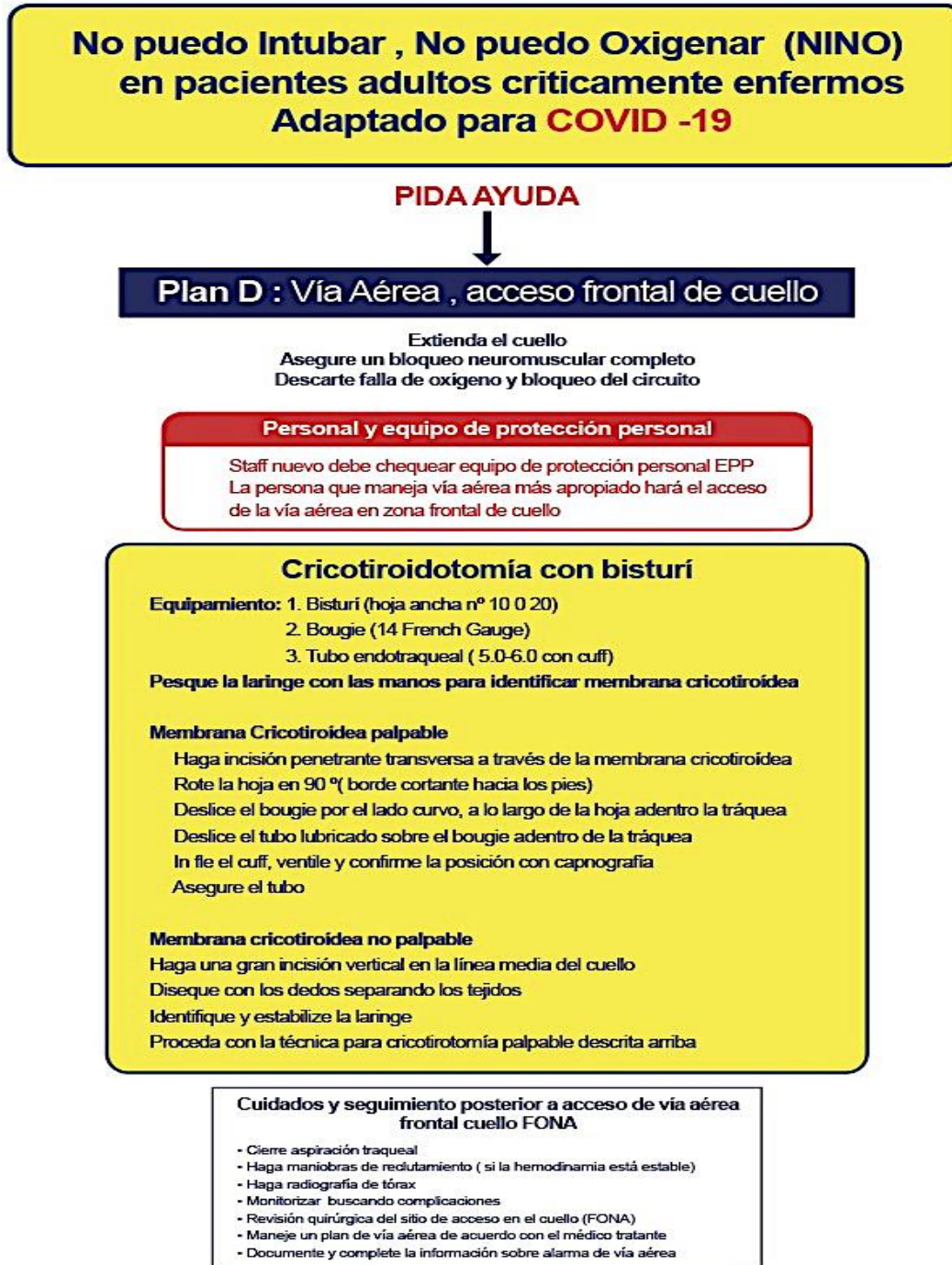
Fig. 5. Lista de chequeo (a). Adaptada de [20], con autorización (b) por [26]





Este diagrama de flujo forma parte de las Guías de Manejo de Vía Aérea para intubación traqueal Covid-19. Refierase al documento completo para mayores detalles

Fig. 6. Ayuda cognitiva para utilizar cuando se maneja una dificultad inesperada al intubar a un paciente con Covid-19 (a), altamente adaptada de [20], con autorización.



Este diagrama de flujo forma parte de las Guías de Manejo de Vía Aérea para intubación traqueal Covid-19. Refierase al documento completo para mayores detalles

Figura 6. Ayuda cognitiva para utilizar cuando se maneja una dificultad inesperada al intubar un paciente con Covid-19 (b), altamente adaptado de [20], con autorización.

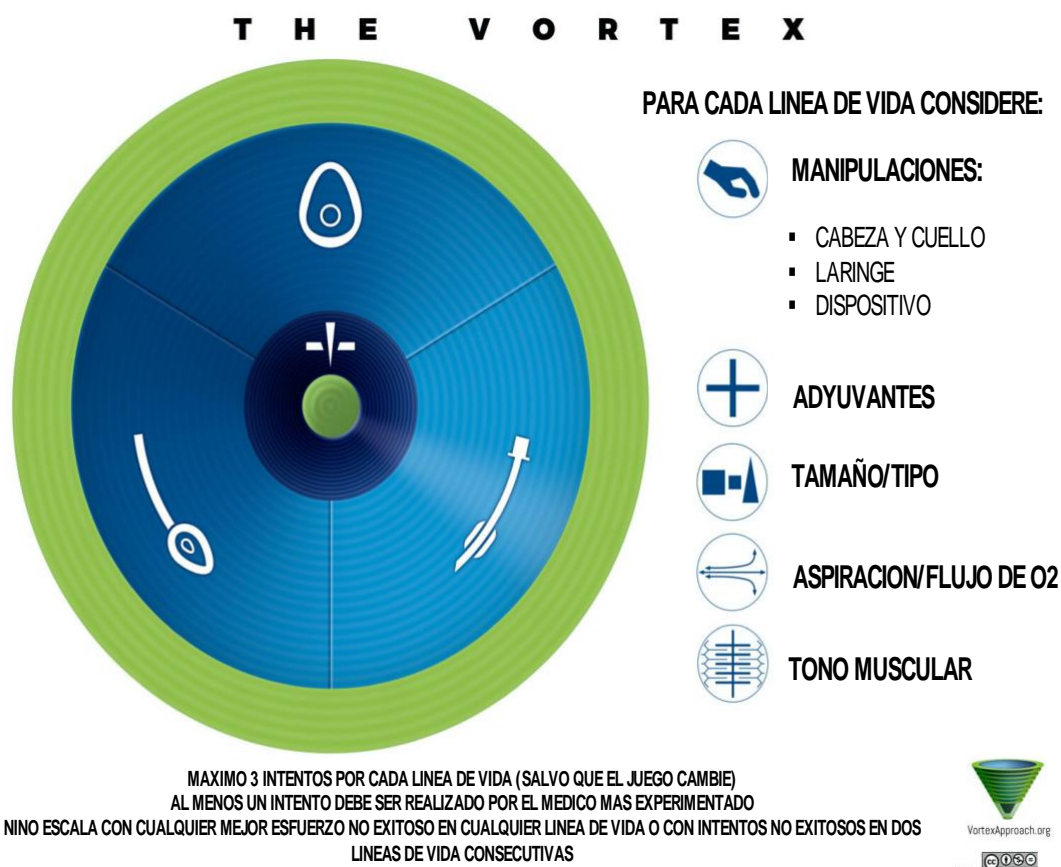


Fig. 6. Ayuda cognitiva para utilizar con una dificultad inesperada cuando se intuba un paciente con Copvid-19 (c), [27], con autorización