

PRINCIPIOS DEL MANEJO DE LA VÍA AEREA COVID-19



El manejo de la VA en COVID-19

- Seguro-para el personal y para el paciente
- Asertivo- Evitando procedimientos con los que no está familiarizado o técnicas repetitivas
- Rápido-A tiempo, sin prisas ni retrasos

ADAPTADO AL ESPAÑOL DE:



Por: Dra. Kathleen Quintero. Anestesiología. CHMDr.AAM. Panamá

Resumen para la intubación de urgencias del paciente con COVID-19

- La intubación traqueal de un paciente con COVID-19 es un procedimiento de alto riesgo para el personal, sin importar la severidad de la enfermedad.
- En los pacientes con COVID-19 severo es también un procedimiento de alto riesgo para el paciente.
- Debe limitarse la cantidad de personal presente al momento de la intubación. Un intubador, un asistente y uno para administrar las drogas/monitorizar al paciente.
- Debe crearse un malentén o carro de intubación para ser utilizado con los pacientes COVID-19.
- El Equipo de Protección Personal (EPP) debe ser utilizado. Utilice todo el EPP en todo momento. Utilice doble guante. Utilice desempañante de lentes o máscara cuando sea posible. Toque lo menos que pueda en la habitación para evitar fomites.
- Todo el personal debe conocer la estrategia antes de entrar en la habitación-Utilice la lista de Chequeo.
- Planifique como comunicarse antes de entrar a la habitación
- El algoritmo/ayuda cognitiva que piense utilizar debe ser mostrado en todo momento.
- Todas las preparaciones de drogas y equipamiento que puedan hacerse fuera de la habitación deben hacerse
- Utilice un paño para colocación de material incluido en el kit cuando esté disponible
- La intubación la debe realizar la persona mejor preparada para la misma en vías de asegurar un paso exitoso al primer intento.
- Enfóquese en la seguridad, rapidez y confianza. Dispóngase a tener éxito al primer intento debido a que múltiples intentos incrementan el riesgo en el paciente y en el personal.
- Utilice la técnica de intubación con la que se sienta cómodo y entrenado, la misma puede variar interinstitucionalmente, algunas recomendaciones son:
 - Preoxigenación con oxígeno al 100% ,el paciente respirando espontáneamente con una máscara y sello adecuado por 3-5 minutos.
 - Videolaringoscopia con hojas descartables para intubación traqueal donde esté disponible.
 - Ventilación a 2 manos-2 personas con un agarre a dos manos para mejorar el sello cuando sea necesario
 - Un Dispositivo Supraglótico (Máscara Laríngea) de segunda generación para el rescate de la Vía Aérea (VA), también en vistas de mejorar el sello
- Coloque un filtro de intercambio calor y humedad (HME) entre el dispositivo de VA y el circuito/resucitador (AMBU) todo el tiempo. Manténgalo seco para evitar bloqueos.
- Evite procedimientos generadores de aerosol, incluyendo oxigenación de alto flujo, ventilación no invasiva, y succión traqueal a menos que un sistema de succión en línea existan (ej.Tubos de succión subglótica, succión sellada en área de UCI).
- Monitorización completa.
- **Utilice Secuencia de Inducción Rápida (SIR) con fuerza cricoidea que aplique un asistente entrenado para aplicarla.** Elimínela si causa dificultad.
- Para la inducción farmacológica, si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable puede utilizar Propofol 1-2 mg/kg, rocuronio 1,2 mg/kg o Succinilcolina 1,5 mg/kg (para evitar que el paciente tosa). En un paciente hemodinámicamente inestable podrá utilizar Ketamina a dosis de 1-2 mg/kg (de estar disponible) en ambos casos utilizar Fenatyl (1-2 mcg/kg)
- Tenga a mano un vasopresor en bolo o infusión disponible inmediatamente para manejar la hipotensión
- Asegúrese que el paciente reciba adecuadas cantidades de Relajante Muscular antes de intentar la intubación. (Evite la tos a toda costa)
- Evite la ventilación bajo máscara a menos que sea necesaria y utilice 2 personas, bajos flujos y baja presión.
- Intube con tubos 7.0-8.0 mm ID(Femeninas) o 8.0-9.0 mm ID (varones) con succión subglótica de estar disponible.
- Pase el balón 1-2 cm por debajo de las cuerdas para evitar intubación bronquial. Confirmación por auscultación es difícil utilizando EPP. (puede comprobar luego con el Ultrasonido)
- Insufle el balón traqueal para sellar la VA antes de iniciar la ventilación. Confirme y anote la profundidad del Tubo Endotraqueal (TE)
- Confirme la Intubación traqueal con capnografía de ondas continua (donde esté disponible)
- Utilice un algoritmo con ayuda cognitiva para casos de intubación fallidos.
- Comuníquese claramente: instrucciones simples, comunicación en asa cerrada (repita las instrucciones a quien se las dio), volumen adecuado de voz sin gritar.
- Coloque una Sonda Nasogástrica luego de la intubación traqueal si se completa la misma con éxito y se inicia la ventilación con seguridad.
- Si aún no está confirmado el caso de COVID-19 tome una muestra de aspirado traqueal para virología utilizando una succión cerrada.
- Descarte todo el equipo desechable de una manera segura después de su uso. Descontamine equipo reutilizable de acuerdo a las instrucciones del fabricante.
- Después de abandonada la habitación deshágase del EPP meticulosamente.
- Un récord visual de cuando fue intubado el paciente debe ser visto en la habitación.
- Si ocurrió alguna dificultad durante el manejo de la vía aérea debe ser anotado y reportado para turnos subsecuentes.



VENTILACIÓN A DOS MANOS CON DOS PERSONAS



FILTRO INTERCAMBIADOR DE CALOR Y HUMEDAD (HME)



DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO (DSG) DE SEGUNDA GENERACIÓN (MÁSCARA LARÍNGEA)