

Recomendaciones ante traqueostomía en paciente COVID-19 (+) o sospechoso

Autores

Dr. Nicolás Pons Casanueva

Dra. Carolina Peralta Castillo

Frente a la contingencia epidemiológica de pacientes con infección COVID-19 o sospechoso y su posible necesidad de traqueostomía (TQT), después de revisar la literatura disponible al 22/03/2020, podemos recomendar lo siguiente:

PREVIO A LA CIRUGÍA

- Cualquier procedimiento realizado a la vía aérea se debe considerar un procedimiento de alto riesgo de generar aerosoles, por lo que siempre es preferible tener un diagnóstico claro respaldado por test diagnóstico⁽¹⁾. En caso de no estar disponible asumir que es COVID-19 (+).
- Elementos de protección personal (EPP):
 - **Mascarilla** N95 (FFP2) o más avanzada (como una FFP3). Si existe disponibilidad se sugiere el uso de trajes de aislamiento completo con respirador con purificador de aire motorizado (PAPR: Powered air-purifying respirator) para todo el equipo quirúrgico.⁽⁶⁾
 - **Protección facial/ocular:** antiparras o escudo/pantalla facial o mascarillas con visor integrado.
 - **Bata protectora estéril impermeable desechable** (si no está disponible utilizar delantal plástico manga larga bajo la bata quirúrgica estándar), **gorro quirúrgico desechable, cubre calzado.**
 - **Doble guante quirúrgico** o si existe disponibilidad, guantes quirúrgicos con sistema eclipse (indicador de perforaciones).^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)
- Pabellón (o habitación UCI) aislado, idealmente con sistema de presión negativa, alejado del resto de los pabellones, con acceso separado y puerta cerrada.^(3, 4, 6)
- Utilizar sistema de aspiración de circuito cerrado, si existe disponibilidad con filtro antivírico.^(4, 6)

DURANTE LA CIRUGÍA

A) TQT con paciente intubado

- Se aconseja utilizar técnica de TQT percutánea para evitar la dispersión de aerosoles y minimizar sangrado a la vía aérea, de no ser posible utilizar material quirúrgico estándar.⁽⁶⁾
- Uso de cánula de TQT con cuff, no fenestrada para evitar aerosolización del virus.⁽⁵⁾
- Contar con el mínimo personal indispensable durante el procedimiento.
- Realizar la TQT por el cirujano más experimentado disponible en el menor tiempo posible.

- Evitar sistemas de corte y coagulación eléctricos. Preferir técnica fría y métodos de hemostasia convencionales, por el riesgo de dispersión de macropartículas aéreas. Se recomienda siempre tener a mano Surgicel, Nitrato de Plata y ligaduras.
- Preoxigenación adecuada (100% de oxígeno por 5 minutos).
- Relajación muscular completa durante todo el procedimiento (en especial al retirar el tubo y colocar la cánula para evitar tos y aerosolización).
- Preferir incisión vertical en línea media para evitar sangrado de venas yugulares anteriores y realizar disección roma.
- Detener la ventilación mecánica previo a la incisión traqueal y avanzar el tubo endotraqueal.
- Se recomienda realizar la incisión traqueal al final del procedimiento, buscando minimizar el tiempo de vía aérea abierta por el consecuente riesgo de aerosolización.
- Al realizar la ventana traqueal se debe evitar puncionar el cuff del tubo endotraqueal. Luego retirar el tubo hasta permitir colocar la cánula e inflar rápidamente el cuff. Conectar la cánula al ventilador, verificar capnografía y que no exista fuga. Luego terminar de retirar el tubo endotraqueal y fijar la cánula de traqueostomía.^(4, 5, 6)
- Se sugiere si existe disponibilidad, colocar filtro termohumidificador (HME: head and moisture exchanger) para reducir la eliminación del virus en caso de desconexión del tubo de anestesia. Evite desconectar el filtro intercambiador, pero, si es necesario, hágalo distal a este.⁽⁵⁾

B) TQT de urgencia (paciente no intubado)

- En lo posible evitar la TQT de urgencia. De ser necesario considerar las medidas previamente descritas (EPP, técnica fría, preoxigenación y relajo muscular completo).
- En caso de haber realizado una cricotiroidotomía, realizar una TQT una vez estabilizado el paciente. Cerrar la incisión de cricotiroidotomía al final del procedimiento.^(4, 6)

MANEJO DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO COVID-19 (+) O SOSPECHOSO:

- Como principio general se debe reducir los procedimientos al mínimo necesario y contar con las medidas de precaución de procedimientos generadores de aerosoles.⁽⁷⁾
- Se sugiere evitar circuitos humidificados, ya que teóricamente reduciría los riesgos de contaminación de la habitación si hay una desconexión inesperada del circuito.
- El cuff debe permanecer inflado y sin fugas.
- Hacer todo lo posible para no desconectar el circuito.
- Se debe usar sistemas de succión cerrada.
- Evite si es posible, cambiar la cánula de TQT hasta que la infección por SARS-CoV2 esté resuelta.⁽⁵⁾

REFERENCIAS

1. Guidance for ENT surgeons during the COVID-19 pandemic. Australian Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery (ASOHNS). (<http://www.asohns.org.au/about-us/news-and-announcements/latest-news?article=78>)
2. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. The First Aliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine
3. Kah Ti L., Stella Ang L., Wai Foong T., et al. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. Can J Anesth. 2020.
4. Recomendaciones de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello para la realización de traqueostomías en relación a pacientes infectados por Coronavirus COVID-19
5. Tracheostomy guidance during the COVID-19 Pandemic - Ent-uk (<https://www.entuk.org/tracheostomy-guidance-during-covid-19-pandemic>)
6. Recomendaciones Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello (SECOMCYC) en relación con la cirugía y COVID-19. Recomendaciones para la realización de traqueostomías en relación a pacientes infectados por Coronavirus COVID-19. Interim Infection
7. Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>)