

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO PARA LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍAS EN RELACIÓN A PACIENTES INFECTADOS POR CORONAVIRUS COVID-19

La reciente pandemia por coronavirus COVID-19 está incrementando el número de pacientes que, debido a su situación ventilatoria pulmonar, puedan requerir de intubación orotraqueal. La infección por coronavirus COVID-19 ha demostrado una alta tasa de transmisibilidad, sobre todo por vía respiratoria y por dispersión de microgotas. La sociedad española de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, basándose en el artículo de Wei y cols. de 2003 en relación a las traqueotomías realizadas por el “severe acute respiratory síndrome” (SARS) (1) realiza las siguientes recomendaciones.

A. RECOMENDACIONES GENERALES

1. Utilización de material quirúrgico de traqueotomía estándar.
2. En la medida de lo posible evitar sistemas de corte y coagulación eléctricos, ultrasónicos o de cualquier sistema que pueda esparcir macropartículas aéreas. Utilizar preferentemente material frío y sistemas de hemostasia convencionales.
3. Utilizar sistemas de aspiración de circuito cerrado con filtro antivírico.
4. Realizar la traqueotomía en quirófano o habitación de intensivos aislada y si es posible con sistema de presión negativa.
5. Permanecer durante la técnica el mínimo personal indispensable.
6. Realizar la traqueotomía por el personal más experimentado utilizando el mínimo tiempo posible.
7. Utilizar las medidas de protección adecuadas (según la normativa del servicio de medicina preventiva de cada centro): EPI (Equipo de Protección Individual), bata, gorro y calzas desechables e impermeables. Protección ocular y facial de pantalla completa plástica desechable estanca. Mascarilla de protección N95 (FFP2 ó FFP3). Utilizar preferiblemente doble guante quirúrgico.

B. RECOMENDACIONES EN TRAQUEOTOMÍA PROGRAMADA (PACIENTE INTUBADO)

La intubación prolongada es una frecuente indicación de realización de traqueotomía, que en muchos casos es responsabilidad de los servicios de otorrinolaringología.

1. Además de las recomendaciones generales descritas en el apartado A.
2. Establecer una preoxigenación adecuada al paciente (100% de oxígeno 5 minutos)
3. Relajación muscular completa del paciente durante todo el procedimiento y sobre todo en el momento de retirada de la intubación y canulación, para evitar tos y aerosolización.

4. Antes de comenzar la técnica, proceder con la retirada de la ventilación mecánica.
5. Realizar la traqueotomía, retirar el tubo de intubación endotraqueal hasta permitir colocar la cánula con balón. Inflar el balón.
6. Conectar el ventilador, cuando se compruebe la correcta ventilación, retirar el tubo endotraqueal y fijar la cánula de traqueotomía.
7. Recoger todo el material de traqueotomía.
8. Retirar el material de protección del cirujano dentro del quirófano o habitación según las normas vigentes.
9. Salir del quirófano o habitación según las normas.

C. RECOMENDACIONES EN TRAQUEOTOMÍA URGENTE (PACIENTE NO INTUBADO)

En ocasiones determinadas por el deterioro ventilatorio del paciente, la traqueotomía puede ser necesitada en situación de emergencia en pacientes no intubados previamente. En estos casos puede ser necesario la utilización de una cricotiroidotomía utilizando un set prediseñado para tal efecto. La traqueotomía de emergencia se debe evitar en la medida de lo posible al ser realizada en condiciones no idóneas. Se aconseja a los servicios de intensivos o urgencias avisar con antelación al servicio de otorrinolaringología ante la posibilidad de una intubación dificultosa que pueda precisar de un acceso a la vía respiratoria por traqueotomía o cricotiroidotomía.

1. Además de las recomendaciones generales descritas en el apartado A.
2. Establecer una preoxigenación adecuada al paciente (100% de oxígeno 5 minutos)
3. Relajación muscular completa para evitar movimientos del paciente, así como tos.
4. Si no es posible una traqueotomía se procederá realización de cricotiroidotomía según técnica.
5. Colocar la cánula de traqueotomía e inflar el balón.
6. Conectar el ventilador mecánico y proceder a la estabilización del paciente. 7. Fijar la cánula.
8. En caso de haber practicado una cricotiroidotomía, se procederá, una vez estabilizado el paciente, a realizar una traqueotomía reglada utilizando una incisión diferente. La incisión de la cricotiroidotomía se cerrará tras la retirada de la cánula de la cricotiroidotomía y la colocación de la cánula en la traqueotomía.
9. Conectar el ventilador mecánico y comprobar la ventilación del paciente.

10. Recoger todo el material de traqueotomía.
11. Retirar el material de protección del cirujano dentro del quirófano o habitación según las normas vigentes.
12. Salir del quirófano o habitación según las normas.

BIBLIOGRAFÍA

William I. Wei W.I.; H. Tuen H.H.; Ng R.W.M.; Lai Kun Lam. Safe Tracheostomy for Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome. *Laryngoscope*, 113:1777–1779, 2003

Comisión de cabeza y cuello y base de cráneo de la SEORL-CCC

COMISIÓN DELEGADA SEORL-CC