



RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES INFECTADOS POR CORONAVIRUS

1.- PREPARACIÓN

- La protección personal es prioritaria. Extremar las precauciones de aislamiento por vía aérea y por contacto antes de iniciar la intubación.
- Son necesarias dos personas para la intubación. Limitar el número de asistentes.
- El personal implicado debe estar entrenado en la adecuada colocación y retirada del equipo de protección.
- El equipo de protección consta de: **Mascarilla de alta eficacia (FFP3 o FFP2), Protección ocular de montura integral o Protector facial completo, Guantes, Calzas y Bata impermeable desechable.**
- Preparar un kit con el material necesario para la intubación y la protección de 2 personas, a fin de que esté localizado y sea transportable de inmediato a cualquier área del hospital.

2.- INTUBACIÓN

- Si la intubación es planificada, se debe realizar **preoxigenación** con oxígeno al 100% usando mascarilla facial durante un periodo de al menos 5 minutos.
- La intubación la realizará el **profesional disponible más experimentado en el manejo de la vía aérea.**
- Se recomienda un protocolo de **inducción de secuencia rápida** con succinilcolina o con rocuronio. El asistente debe conocer cómo ejercer la presión cricoidea.
- **Evitar si es posible la ventilación manual antes de la intubación.** Si fuera necesario, realizarla con volumen corriente bajo, aumentando la frecuencia respiratoria.
- Valorar el uso de **material de laringoscopia/videolaringoscopia desechable.**
- Evitar la intubación con paciente despierto si conlleva el uso de anestésico local pulverizado a menos que se considere imprescindible. Ante **vía aérea difícil**, considerar como dispositivo de intubación un **videolaringoscopio preferiblemente de pala hiperangulada.** Prever el uso de una guía de intubación.

3.- POSTINTUBACIÓN

- Comprobar, inmediatamente tras la intubación, la correcta posición del tubo endotraqueal. Asegurar la adecuada protección del estetoscopio y la limpieza posterior de todo material no desechable empleado.
- Se debe utilizar un **Filtro hidrofóbico de alta eficacia** para conectar el tubo al ventilador o a la bolsa autohinchable de ventilación manual.
- Considerar todo el equipo usado en el manejo de la vía aérea y el material de protección personal como **altamente contaminante** (residuo Biosanitario Especial del Grupo 3) para desecharlo adecuadamente al finalizar la intubación o el acto anestésico si fuera el caso.
- Proceder a la limpieza del área donde se haya realizado la intubación con desinfectantes adecuados según el protocolo habitual del hospital.

El presente documento fue publicado el 30/01/2020 y ha sido renovado el 09/02/2020

Adaptado por el Servicio de Anestesiología-Reanimación del hospital Universitario Doctor Peset (Dr. Xavier Onrubia, Unidad de Vía Aérea) del protocolo del *Department of Anesthesiology and Pain Medicine (University of Toronto)* publicado el 25/01/2020 teniendo en cuenta las publicaciones actualizadas de la OMS y del Ministerio de Sanidad:

1.- [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (Actualización 28/01/2020 - Acceso el 08/02/2020)

2.- https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_2019-nCoV.pdf (Actualización 06/02/2020 - Acceso el 08/02/2020)