

Un 15% de los pacientes ingresados con COVID-19 ha necesitado ventilación mecánica

- **La SEORL-CCC, la SEMICYUC y la SEDAR elaboran un consenso sobre la traqueotomía en pacientes con COVID-19**

Madrid, xxx de mayo de 2020. Un 15% de los pacientes ingresados con COVID-19 ha necesitado ventilación mecánica como consecuencia de la insuficiencia respiratoria aguda provocada por esta enfermedad. Por ello, el procedimiento quirúrgico más frecuente durante la pandemia ha sido la traqueotomía. Así lo recoge el Documento de Consenso elaborado por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC), la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) sobre la traqueotomía en pacientes con COVID-19.

El objetivo de este consenso es el de ofrecer una revisión de las indicaciones y contraindicaciones de traqueotomía, ya sea por punción o abierta, esclarecer las posibles ventajas y exponer las condiciones ideales bajo las cuales debe realizarse y los pasos a considerar en su ejecución. En él se abordan situaciones regladas y urgentes, así como los cuidados postoperatorios.

La manifestación más grave de la COVID-19 generada por el virus SARS-CoV-2 es la insuficiencia respiratoria aguda que puede evolucionar a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) requiriendo en muchos pacientes el inicio de ventilación mecánica. "La traqueotomía ha sido el procedimiento quirúrgico más realizado durante la pandemia cuando ha sido necesario prolongar la ventilación mecánica en los pacientes ingresados en la UCI", explica el doctor Manuel Bernal Sprekelsen, coordinador del trabajo y del Grupo de Trabajo de

Traqueotomías de la SEORL-CCC y vicepresidente de la misma. El objetivo de la traqueotomía, destaca este especialista, "además de facilitar la ventilación pulmonar y la limpieza de las secreciones respiratorias, es el de mejorar el bienestar del paciente e intentar acortar la dependencia de la ventilación mecánica y su estancia en la UCI".

Debido a la alta tasa de transmisibilidad de este virus, sobre todo por vía respiratoria y por dispersión de gotas, la traqueotomía constituye un procedimiento de alto riesgo para los profesionales sanitarios. "Por ello, los otorrinolaringólogos tienen un riesgo especial frente a la COVID-19, lo que ha hecho necesario extremar las precauciones con equipos de protección individual (EPI) y seguir una serie de cuidados en cuanto al manejo de la vía aérea durante la intubación y la ventilación mecánica", explica el doctor Bernal.

Situaciones especiales

"Uno de los objetivos de este documento es establecer las principales recomendaciones de este procedimiento en situaciones tan poco habituales como las que hemos vivido durante la pandemia por la COVID-19. Aunque la traqueostomía percutánea suele ser un procedimiento habitual en los pacientes de UCI, la situación de saturación y alta carga de trabajo obligó a muchos hospitales a optar por equipos quirúrgicos multidisciplinares, con especialistas que no estaban tan acostumbrados al mismo. El cuidado de los pacientes traqueostomizados y su desconexión de ventilación mecánica requiere de profesionales muy entrenados para evitar eventos adversos y riesgo de contagio", añade la doctora María Cruz Martín Delgado, jefe del Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario de Torrejón y antigua presidenta de la SEMICYUC.

Por parte de la SEDAR, la doctora Rosa M^a Villalonga, vicepresidenta de la Comisión nacional de Anestesiología y Reanimación, recalca la necesidad de mantener estrictas medidas de aislamiento y protección por parte del personal que participa tanto durante la realización de las diferentes técnicas de mantenimiento de la vía aérea (intubación traqueal, traqueotomía percutánea o traqueotomía abierta) como en el mantenimiento posterior de los dispositivos en las unidades de críticos, "recomendando siempre la presencia del mínimo personal indispensable, así como una buena comunicación entre los Servicios de Otorrinolaringología / Medicina Intensiva / Anestesia / Urgencias".

Entre las medidas específicas a adoptar, se recomienda en todos los casos, antes del abordaje traqueal, "una correcta preparación del paciente,

estableciendo una adecuada preoxigenación y una relajación muscular completa, realizando la técnica más indicada en función de la situación clínica y los protocolos establecidos en el centro", apunta la doctora Villalonga, quien considera también necesario "realizar una valoración del riesgo/beneficio en el caso de la utilización de la fibrobroncoscopia y la ecografía, así como de disponer del material adecuado y un equipo experimentado".

Adelanto de la retirada de la ventilación mecánica

El objetivo de las traqueotomías en pacientes con COVID-19 ingresados en las UCIS ha sido además el de retirar la ventilación mecánica lo antes posible. Así, tal y como refleja el documento de consenso, un estudio reciente, aún pendiente de publicar, ha permitido observar cómo la traqueotomía ha permitido retirar la ventilación mecánica una media de 4 días después del procedimiento, independientemente del momento de su realización.

Además, la traqueotomía, utilizada de forma precoz, se ha realizado en situaciones en las que ha habido recursos escasos en determinados equipos, como los ventiladores por cuanto, al reducir los días de ventilación mecánica, ha permitido aumentar la disponibilidad de los mismos.

La recomendación actual de las tres sociedades es realizar la traqueotomía en pacientes con PCR positiva para COVID-19 a partir del 14 día de intubación orotraqueal, considerándose realizar de forma precoz sólo en aquellos pacientes estables con bajos requerimientos de oxígeno, en los que se prevea ventilación mecánica prolongada por otros motivos. Podría considerarse la traqueotomía precoz para optimizar los recursos de intensivos.

Para más información

Carlos Mateos/ Rocío Jiménez. COM SALUD.

Tel.: 91223 66 78/ 675 987 723