



P-716 - TÉCNICA QUIRÚRGICA HÍBRIDA PARA TRAQUEOSTOMÍA *SHEDDINGLESS* EN PACIENTES CON COVID-19

Lorente Poch, Leyre; González Castillo, Ana María; Membrilla Fernández, Estela; Pelegrina Manzano, Amalia; Bravo Salva, Alejandro; Guzmán Ahumada, Juan; de Miguel Palacio, Maite; Sancho Insenser, Juan José

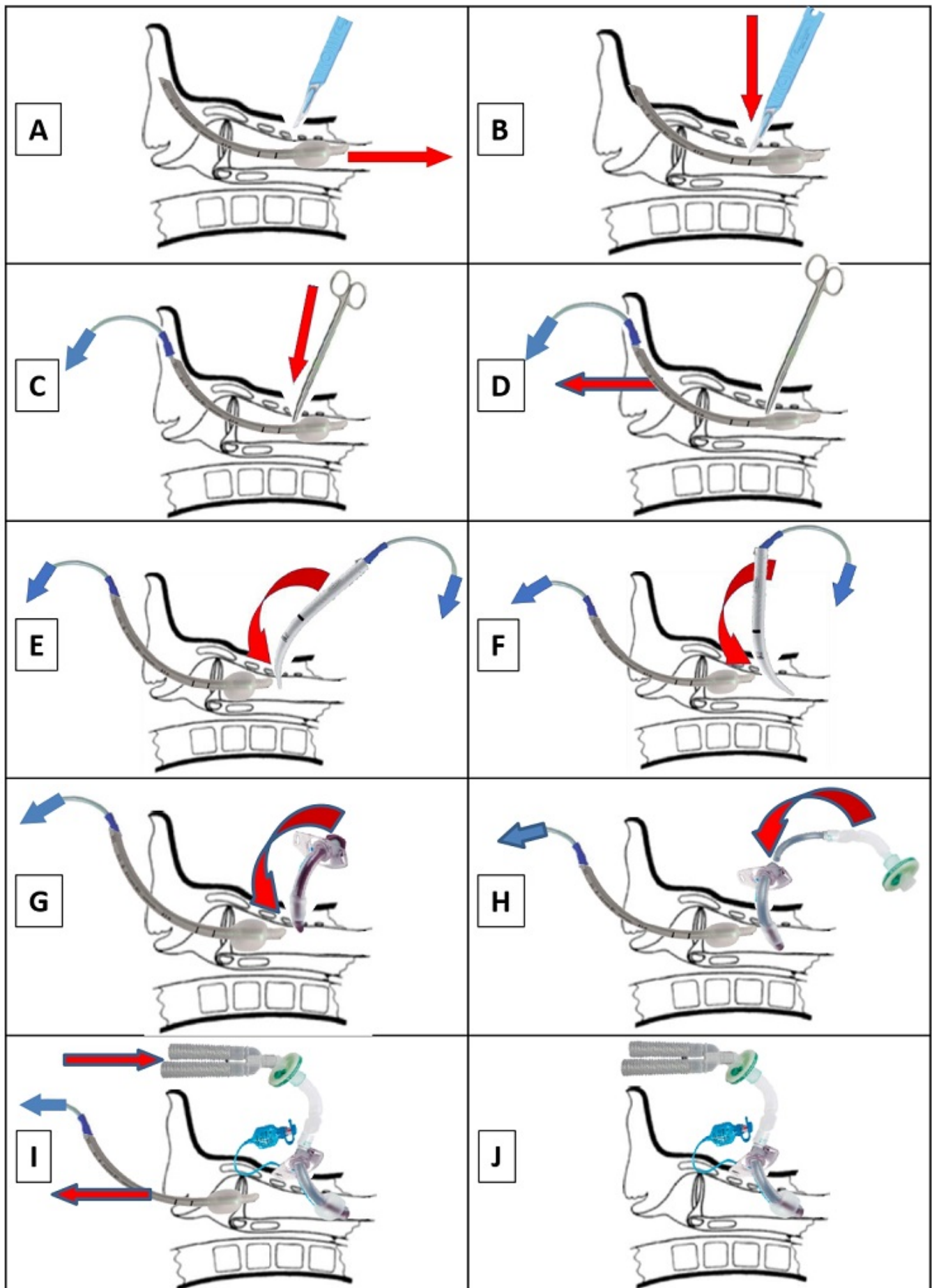
Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: En la primera ola, la infección por SARS-CoV-2 produjo insuficiencia respiratoria aguda grave con necesidad de ventilación mecánica invasiva con intubación orotraqueal hasta en el 15% de los pacientes hospitalizados. Las guías elaboradas durante el transcurso de la pandemia recomendaban una intubación temprana en estos pacientes, así como una traqueostomía precoz en pacientes críticos, asociando mejores resultados en mortalidad a largo plazo e incluso mayor rentabilidad. La traqueostomía percutánea, que había sido la técnica de elección en muchas Unidades de Cuidados Intensivos en los últimos años, quedó desbancada por la traqueostomía quirúrgica, ya que implicaba más riesgo de aerosolización por la necesidad de introducir y retirar secuencialmente la aguja hueca y el dilatador sobre una guía. Por otro lado, la traqueostomía abierta implica la apertura de una ventana traqueal con el peligro evidente de una diseminación masiva de partículas virales en el quirófano. En este contexto, diseñamos una nueva técnica híbrida que utilizamos con éxito, exponiendo la tráquea de manera convencional y utilizando algunas piezas del kit percutáneo para minimizar la exposición de la luz traqueal al aire ambiente del quirófano.

Métodos: Se formó un equipo experto compuesto por anestelistas, cirujanos generales y cirujanos otorrinolaringólogos que se alternaron para cubrir turnos de guardia cada 24 horas. Utilizamos un bisturí eléctrico con sistema de succión de humos incorporado, así como dos aspiradores adicionales con un sistema de succión cerrado. Empleamos el dilatador de traqueostomía incluido en el kit de canulación percutánea, y una cánula de traqueostomía no fenestrada flexible con camisa interna. Antes de la incisión en la piel, se verifica el correcto funcionamiento de todos los equipos accesorios y se conecta una cánula interna del tubo orotraqueal a un intercambiador de calor y humedad, entregándola al equipo de anestesia que la guarda en una bolsa estéril abierta. Tal y como se describe en la figura, se realiza la incisión y la exposición traqueal, como en una traqueostomía quirúrgica abierta clásica. Si fuera necesario, podríamos seccionar el istmo tiroideo con bisturí harmónico. Anestesiología avanza el tubo orotraqueal distalmente a nuestro punto de incisión y vuelve a insuflar el globo. Se incide entre el segundo y tercer anillo traqueal con bisturí frío y a continuación se introducen las tijeras de Metzenbaum hasta notar el tubo endotraqueal. Anestesiología conecta la aspiración al tubo para evitar la difusión de partículas ubicándolo proximalmente. Se coloca entonces el dilatador del kit conectado también a aspiración y se intercambia por la cánula de traqueostomía. Se conecta al sistema cerrado de ventilación mecánica y se comprueba una capnografía correcta. Finalmente se retira el tubo orotraqueal y se comprueba

la hemostasia mediante una maniobra de Valsalva.



Conclusiones: La traqueostomía quirúrgica se sitúa entre los peores procedimientos potencialmente generadores de aerosoles, con el consecuente riesgo de contaminación/contagio de aquellos que la practican. Esta técnica híbrida desarrollada durante la pandemia COVID-19, puede ser utilizada rutinariamente para disminuir la dispersión de aerosoles durante la realización de una traqueostomía quirúrgica.