

SECUENCIA RÁPIDA DE INTUBACIÓN

La secuencia rápida de intubación (SRI) es la estrategia preferida para pacientes confirmados o con sospecha de COVID-19.

- Nos permite asegurar la vía aérea de la forma más rápida y así minimizar la exposición del personal.
- Por favor referirse al algoritmo y checklist de intubación protegida para más detalles. Aunque no sea el encargado de la intubación, pueden solicitarle asistencia antes o durante el procedimiento.

Objetivo de la SRI

Crear las mejores condiciones para intubar y asegurar de manera rápida la vía aérea previniendo aspiraciones.

- SRI es usada frecuentemente para el manejo de la vía aérea en pacientes críticos.
- Un agente inductor y un bloqueante neuromuscular son administrados al mismo tiempo con dosis predeterminadas. Si prevee una intubación dificultosa, solicite ayuda y revise el plan.

Secuencia de manejo

1 Preparar el equipo

Asignar roles

Solo tres operadores con EPP adecuado son necesarios para realizar una intubación protegida:

- Médico que realiza el procedimiento.
- Asistente del procedimiento (médico, kinesiólogo o enfermero).
- Enfermero a cargo de administrar la medicación.

Un segundo médico debería estar afuera de la habitación, con EPP, listo para asistir de ser necesario. Si se anticipa una intubación dificultosa considere tener al segundo operador dentro de la habitación. **Un líder de seguridad debe monitorear la colocación y retiro del EPP.**

Revise el plan A, B y C para intubar. Todo el equipo y medicación deben estar accesibles afuera de la habitación.

3 Preparar el equipamiento

Para pacientes COVID considere el equipamiento especial resaltado en negrita.

Vía aérea:

- Video laringoscopia**, tubo endotraqueal, guía de intubación tipo bougie, mascarilla laríngea y sistema de aspiración.
- No utilizar laringoscopia directa.

Oxígeno/circuito:

- Máscara con bolsa de reservorio no reinhalatoria **con filtro HEPA, monitor de ETCO2 y sistema de aspiración cerrado.**
- Respirador listo para conectar al paciente.

2 Preparar al paciente

Pre oxigenar con máscara con bolsa de reservorio no reinhalatoria con filtro HEPA, cánula nasal de alto flujo (según protocolo local) o resucitador manual (ambas manos en la máscara, **sin ventilación manual**).

Asegurar al menos dos accesos IV.

Optimizar hemodinamia:

- La mayoría de los pacientes disminuirán la presión arterial con las drogas inductoras.
- Administrar fluidos en bolo ante sospecha de hipovolemia.
- Si TAS < 110 considere usar noradrenalina profiláctica (puede utilizarse por vía periférica).
- Setear el monitor multiparamétrico para ciclar la TA cada 1-2 minutos.
- Optimizar la posición, considere elevar la cabecera.

4 Elegir agente inductor y BNM

- Los agentes más frecuentemente utilizados se detallan en la siguiente tabla.
- Ambas drogas se administran de manera rápida
- Considerar la posibilidad de inestabilidad hemodinámica posterior al uso de agentes inductores. Siempre tener un vasopresor para administrar en bolo (ej. Fenilefrina).
- Ante la duda se recomienda: Ketamina 0.5-2 mg/kg + Rocuronio 1.2-2 mg/kg.**
- Usar dosis más altas para pacientes jóvenes estables hemodinámicamente y dosis más bajas para ancianos potencialmente inestables.

Agente inductor	Dosis	Consideraciones
Ketamina	0.5-2 mg/kg	Adecuado para pacientes inestables hemodinámicamente. Puede causar laringoespasma (raro) y aumento de secreciones.
Midazolam	0.1-0.3 mg/kg	De inicio más lento. Puede causar hipotensión arterial.
Propofol	0.5-1.5 mg/kg	Causa hipotensión arterial y depresión miocárdica.
Etomidato	0.3 mg/kg	Ideal para pacientes inestables hemodinámicamente. Riesgo de insuficiencia suprarrenal en pacientes sépticos.
BNM	Dosis	Consideraciones
Rocuronio	1.2-2 mg/kg	De inicio más lento (mínimo 45 segundos) Puede durar hasta 1 hora. Asegurar sedación durante este período.
Succinilcolina	1-1.5 mg/kg	Riesgo de hipokalemia. Evitar en quemados, politraumatizados, enfermedad de motoneurona o hiperkalemia de base. No usar si hay antecedente de hipertermia maligna.

- 5** Cuando el equipo este preparado administre inductor y bloqueante neuromuscular. → **No utilizar ventilación manual.** Espere hasta que el bloqueante haya hecho efecto (hasta 1 minuto). El efector más experimentado y con videolaringoscopia debe estar a cargo de la intubación de un paciente COVID-19. Infle el balón del tubo endotraqueal antes de aplicar una ventilación manual (puede conectar directamente al respirador). Use monitoreo de ETCO2 para confirmar la posición del TEE. No auscultar salvo ante desaturación que comprometa la vida. Si no puede intubar inserte una mascarilla laríngea y ventile manualmente con un filtro HEPA en el Ambu. Espere al menos 15 minutos antes de realizar la radiografía de tórax de control (tiempo de aerosol en ambiente).