

## MANEJO RESPIRATORIO COVID-19 EN EL SUMMA 112

### EVALUACIÓN INICIAL EXTRAHOSPITALARIA ESTIMACIÓN SEVERIDAD CUADRO RESPIRATORIO

#### LÍDER

PRECAUCIONES ESTÁNDAR (lavado de manos)  
 PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO DE CONTACTO (bata desechable verde, doble par de guantes, gafas antialpicadura)  
 PRECAUCIONES DE TRANSMISIÓN POR GOTAS (mascarilla quirúrgica)  
**¡DETECTA-PROTEGE-AISLA-NOTIFICA!**

#### LÍDER ENTRA AL DOMICILIO

1. PIDE A FAMILIARES PERMANEZCAN EN OTRA HABITACIÓN
2. DISTANCIA > 2m CON EL PACIENTE. Ofrece al paciente/familiar mascarilla quirúrgica si necesario
3. ESTABLECE NIVEL DE PROTECCIÓN PARA LA INTERVENCIÓN Y GRAVEDAD CON ANAMESIS DIRIGIDA
4. PREPARAN EN BOLSA ROJA MATERIAL NECESARIO A INTRODUCIR EN DOMICILIO SEGÚN GRAVEDAD IDENTIFICADA: interfaces oxigenoterapia, manejo vía aérea, material canalización vvp, catéteres, apósito fijación vía, fármacos, glucómetro
5. TES2 intentará quedarse como hombre limpio para observar labores y dotar de material que pueda necesitar médica/o y/o enfermera/o

#### EPI CATEGORÍA III TIPO 3B:

- MONO
- GAFAS ESTANCAS CALZAS (SI DISPONIBLES)
- DOBLE GUANTE DE NITRILLO
- PROTECCIÓN RESPIRATORIA FFP2/FFP3
- GORRO QUIRÓFANO (SI DISPONIBLES)

#### LEVE

- Habla normal (enunciados)
- Ausencia de tiraje o leve intercostal
- FR > 10 < 25 rpm
- SatO2 > 95%
- FC < 100 lpm
- SAFI (SatO2/FiO2) > 300

#### ALTA EN DOMICILIO SI COVID:

- LLAMAR A ATENCIÓN PRIMARIA PARA SEGUIMIENTO
- MEDIDAS DE AISLAMIENTO e HIGIÉNICAS
- PARACETAMOL dosis bajas (500-650 mg/6-8 h) SI FIEBRE
- REAJUSTE TRATAMIENTO BASE (broncodilatador, corticoide si asma, EPOC)
- SI NO SE PUDIERA GARANTIZAR LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO PARA EL PACIENTE, CONTACTAR CON MESA DE ENFERMERÍA Y VALORE REALOJO (HOTEL, IFEMA)

#### MODERADO

- Habla entrecortada (frases)
- Tiraje intercostal y supraclavicular
- FR = 25-29 rpm
- Sat O2 > 91-95%
- FC 100-120 lpm
- Ansioso
- SAFI 201-299

#### OBJETIVO SatO2 > 94% (ajustar si EPOC severo retenedor)

1. Soporte respiratorio según situación basal:
  - GN. Preferible alta concentración a flujos bajos (inicio 8-9 L/min e ir ajustando según saturación) antes que Ventimask
  - Broncodilatador con dispositivo MDI y cámara espaciadora SI reagudización asma/EPOC
  - NO CORTICOIDES DE FORMA RUTINARIA A COVID-19
  - Valorar, individualizando, si falta colaboración del paciente para dispositivo MDI y siempre tomando precauciones de transmisión por aire, terapia de nebulización. Salir de la habitación durante el aerosol
2. Canalización vvp. Considerar intraósea

#### PRUEBA DOMICILIARIA PACIENTE EN DECÚBITO PRONO RECIBIENDO SOPORTE RESPIRATORIO

#### CONSIDERAR POSIBLE SDRA EN COVID-19

Cabeza girada apoyando hemicara derecha sobre almohada  
**Interface aplicada SIEMPRE cubierta con mascarilla quirúrgica**

TRASLADO HOSPITALARIO EN DECÚBITO PRONO ASEGURADO PACIENTE. VALORAR ALMOHADA LONGITUDUBAL BAJO EN HEMICUERPO ANTERIOR

#### ALERTA HOSPITALARIA

#### GRAVE

- No habla/ palabras, aleteo nasal
- Tiraje importante 3 niveles
- Incoordinación toraco abdominal
- FR ≤ 9 o > 30 rpm, SatO2 < 90%
- Sudoración profusa, cianosis
- FC > 120 lpm
- Obnubilación, agitación
- SAFI < 201

- VMI: IOT precoz
- Preoxigenación: mascarilla reservorio a 15 L/min con mascarilla quirúrgica encima. Además, si es posible, mantener unas gafas nasales a 5 L/min durante la intubación
- Valorar admistrar coadyudantes como metoclopramida 10 mg iv, antisialogogo como atropina 0,6 mg iv
- Premedicación: pauta de secuencia rápida de intubación (SRI). necesaria sedación profunda con bloqueo neuromuscular para conseguir Vt
- Usar siempre relajantes musculares (rocuronio 1-2 mg/kg logra efecto rápido similar a succinilcolina)
- Se recomienda uso de KETAMINA (1-2 mg/kg) salvo contraindicación. Se puede asociar Midazolam dosis bajas 3 mg/kg
- Inserción del tubo. Comprobación correcto posicionamiento mediante sonda de capnografía. Colocar filtro de alta eficiencia a continuación del TET, previo a sonda capnografía.
- VMI:
  - Adultos: Vt bajas (6-8 ml/kg ideal); PEEPS más altas

**NO mejora la SATURACIÓN Y CUMPLE CRITERIOS PARA MANEJO AVANZADO VÍA AÉREA**

- Niños: Vt con pobre compliance 3-6 ml/kg
- Vt con mejor compliance 5-8 ml/kg
- Hipercapnia permisiva
- I:E inicial 1:2, FR iniciales altas (18-20 rpm)
- Colocar filtro antimicrobiano alta eficiencia entre la interfase paciente/ventilador y circuito
- Evitar resucitación agresiva hídrica si:
  - No hay signos de shock
  - Si no hay respuesta al bolo de carga.
  - Si aparecen signos de sobrecarga
- Considerar primer bolo de cristaloides (20 ml/kg niños; 500 ml SSF 0,9 % adultos). Si no respuesta valorar vasopresores:
  - Norepinefrina adultos
  - Epinefrina niños

**NO CRITERIOS DE IOT**

- VMNI no está recomendada de inicio en el manejo de COVID-19.
- Considerar su uso (mascarilla facial oronasal o facial total) EN PACIENTES SELECCIONADOS ASEGURANDO LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN DE TRANSMISIÓN POR AIRE.
- NOTIFICAR Y ALERTA HOSPITALARIA

# MANEJO RESPIRATORIO COVID-19 EN EL SUMMA 112

## TRANSPORTE SANITARIO URGENTE Y POSICIÓN DE TRASLADO

- El Transporte Sanitario Urgente considera diferentes técnicas para el traslado de pacientes. La forma más habitual de traslado en nuestro entorno es el decúbito supino en todas sus variantes (Fowler, semi Fowler, Trendelenburg, anti-Trendelenburg entre otras)<sup>1</sup>.
- El decúbito prono se contempla en casos de pacientes con heridas o quemaduras en la espalda, problemas vertebrales u objetos enclavados<sup>2</sup>.
- En la posición de decúbito prono, el paciente se coloca situado con el cuerpo boca abajo, el cuello en posición neutra y girado, miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo. Extremidades inferiores extendidas con pies en flexión neutra y punta de los dedos gordos hacia abajo<sup>3</sup>.
- En el caso referido a traslado de un enfermo COVID-19 en decúbito prono, éste se hará con la cabeza girada hacia la izquierda (mirando al panel de electromedicina) para evitar estar los sanitarios en la misma línea de respiración que el paciente y extremar las medidas de precaución.



1. Jose M. Vergara Olivares Médico del 061-Insalud de Ceuta http el al. Transporte del paciente crítico. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/transpor.pdf>

2. Diana Serrano. Posiciones de Traslado. <https://serralco.es/posiciones-de-traslado/>

3. Carlos Andrés González-Pola Viña. Posiciones anatómicas del paciente en el traslado en ambulancia 18/02/2020. <https://revistamedica.com/posiciones-anatomicas-paciente-traslado-ambulancia/#Decubito-prono-decubito-ventral>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Archivos de Bronconeumología Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. <https://drive.google.com/file/d/1a41PuZ4TdmWMBgMIGPDX8m8QQ7pRVsjK/view>.
2. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. [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).
3. Prone position for acute respiratory failure in adults. Revisión sistemática Cochrane - Intervención Versión publicada: 13 noviembre 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008095.pub2> - <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008095.pub2/full>.
4. Guerin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2159-68. Epub 2013/05/22. doi: 10.1056/NEJMoa1214103. PubMed PMID:23688302.
5. Messerole E, Peine P, Wittkopp S, Marini JJ, Albert RK. The pragmatics of prone positioning. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165(10):1359-63. Epub 2002/05/23. doi: 10.1164/rccm.2107005. PubMed PMID: 12016096.
6. Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. Claude Guérin, M.D., Ph.D., Jean Reignier, et al, for the PROSEVA Study Group. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1214103>. Video demostrativo de la posición de pronación: Prone Positioning of Patients with the Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)
7. G. Rialp Cerveraaa Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Son Llàitzer. Palma de Mallorca. España. Efectos del decúbito prono en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). <https://medintensiva.org/es-efectos-del-decubito-prono-el-articulo-13051235>.
8. Documento técnico Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. 19 de marzo de 2020. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Protocolo\\_manejo\\_clinico\\_uci\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Protocolo_manejo_clinico_uci_COVID-19.pdf)
9. Ana Montero Feijoo y Emilio Maseda en nombre del Grupo de Trabajo de Infección Perioperatoria de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (GTIPO-SEDAR). Recomendaciones prácticas para el manejo perioperatorio del paciente con sospecha o infección grave por coronavirus sars-cov-2. [https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Coronavirus\\_SARS-CoV-3.pdf](https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Coronavirus_SARS-CoV-3.pdf)
10. Freixes Marimon, Marta; Garrido Huguet, Eloy; Roca Biosca, Alba. Metas enferm ; 20(1): 57-63, feb. 2017. El decúbito prono como estrategia terapéutica para la mejora del síndrome de distrés respiratorio agudo /Decubitus prone position as a therapeutic strategy for improvement in Acute Respiratory Distress Syndrome.
11. R. Cornejo et al. Unidad de Pacientes Críticos, Departamento de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile. Case Report Prone Position Ventilation Used during a Transfer as a Bridge to Ecmo Therapy in Hantavirus-Induced Severe Cardiopulmonary Syndrome. <http://downloads.hindawi.com/journals/cricc/2013/415851.pdf>
12. Ml. Ostábal Artigas. Insuficiencia respiratoria aguda o agudizada. Vol. 37. Núm. 7. páginas 291-296 (Abril 2001). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-insuficiencia-respiratoria-aguda-o-agudizada-11000251>