



Recomendaciones sobre manejo de interfaces en pacientes con SDR por H1N1

1) Vía Aérea Artificial:

- a) Verificar periódicamente la presión del balón del tubo endotraqueal (25 a 27 cmH₂O) durante todo el ciclo respiratorio para prevenir aspiración de contenido orofaríngeo, evitar lesionar la mucosa traqueal y *evitar la fuga aérea con aerosolización de partículas.*

2) Humidificación y calentado del aire inspirado:

- a) La utilización de sistemas de humidificación activos permiten una reducción del espacio muerto instrumental comparado con los sistemas pasivos (45 a 90 ml). Esto puede ser significativo en la estrategia de protección pulmonar con V_t de 6 ml/Kg.
- b) Para los sistemas activos de humidificación utilizar dispositivos de llenado automático y trampas de agua que permitan evacuar la condensación sin desconectar el circuito. Esto evita la despresurización del sistema respiratorio y la aerosolización de partículas.
- c) Mantener el drenaje hacia las trampas de agua en cualquier posición del paciente para evitar la impactación de agua en los filtros; si esto sucediese, se deberían cambiar.
- d) El líquido condensado en el circuito debe manipularse y descartarse como desecho patológico.

3) Aspiración de la vía aérea:

- a) Se recomienda la utilización de los sistemas cerrados de aspiración.
- b) Para realizar aspiración abierta utilizar barbijo, camisolín, protección ocular y los elementos propios de la aspiración. Se requieren dos operadores.
- c) Sólo aspirar en presencia documentada de secreciones para evitar el derreclutamiento alveolar y la desaturación.
- d) Considerar el uso de maniobras de reclutamiento post - aspiración.
- e) Evitar el uso de aspiradores portátiles por que pueden aumentar la dispersión de partículas contaminadas en el ambiente.

4) Filtrado del aire:

- a) Utilizar filtros inspiratorios y espiratorios. Cambiarlos cuando se cambia el circuito.

5) Entrega de aerosoles:

- a) No utilizar de rutina en los pacientes ventilados.
- b) Utilizar preferentemente inhaladores de dosis medida para evitar la apertura del circuito (contaminación y derreclutamiento).
- c) Utilizar cámara espaciadora ubicada en la rama inspiratoria del circuito.
- d) Los pacientes con SDR pueden presentar aumento de la resistencia de la vía aérea, se recomienda la utilización de IDM para evitar desconexiones y manipulación del circuito.

- e) En caso de utilizar HME, considerar colocar una cámara espaciadora colapsable entre el humidificador pasivo y la vía aérea artificial; compensar la menor eficiencia en la entrega con un incremento en la dosis.

6) Posicionamiento:

- a) Si es necesario colocar a el paciente en posición prono (decúbito ventral) para incrementar el intercambio gaseoso, se recomienda la postura del nadador (miembro superior extendido, inferior del mismo lado flexionado y cabeza rotada hacia el opuesto), colocar almohada en tórax y protección frontal, evitando el apoyo sobre el globo ocular. Modificar la postura de los miembros y la cabeza cada tres horas como máximo.

7) Procedimientos con riesgo de aerosolización de partículas:

- a) En pacientes que respiran espontáneamente:
- Oxigenoterapia con sistemas de humidificación,
 - Nebulizaciones,
 - Inducción de esputo,
 - Terapia de higiene bronquial.
- b) En pacientes intubados:
- Intubación / Extubación
 - Endoscopia de la vía aérea
 - Ventilación manual con bolsa de resucitación
 - Ventilación de alta frecuencia
 - Aspiración abierta de la vía aérea
 - Colocación o cambio de humidificadores pasivos (HME),
 - Colocación de drenajes torácicos
 - Realización de traqueostomía
 - Apertura del circuito del ventilador
 - Ventilación no invasiva.

Para todos ellos se deben tomar todas las medidas de protección personal mencionadas.

Importante:

Evitar abrir el circuito paciente-respirado innecesariamente

- *Derreclutamiento*
- *Aerosolización de partículas.*
- *Contaminación*

