

El 53º Congreso Virtual de SEPAR arranca hoy y se cierra el sábado 14 por la tarde.

La intubación se puede evitar en el 70% de los pacientes ingresados con COVID-19 e insuficiencia respiratoria grave

- De un 5% a un 10% de los pacientes con COVID-19 y que están ingresados en el hospital desarrollan una insuficiencia respiratoria que requiere soporte ventilatorio.
- Parece aconsejable iniciar soporte ventilatorio no invasivo en casos de SARS-CoV-2 e insuficiencia respiratoria a partir de unas necesidades de concentración de oxígeno del 40% o 50%.
- La oxigenoterapia de alto flujo, la ventilación mecánica no invasiva y la CPAP son alternativas a la intubación que reducen la mortalidad y las estancias en el hospital.
- Es importante hacer una buena selección de pacientes y recurrir a estas técnicas para no incurrir en un sobre o infratratamiento en estos casos.

12 de noviembre de 2020.- El soporte ventilatorio no invasivo se puede aplicar en alrededor del 70% de los pacientes que están ingresados en el hospital con COVID-19 e insuficiencia respiratoria grave. Existen tres técnicas no invasivas de utilidad en estos casos, alternativas a la intubación orotraqueal, que es un procedimiento invasivo, de alto riesgo, con una alta mortalidad y largas estancias hospitalarias, según se ha explicado en la ponencia “Sistemas respiratorios no invasivos. ¿Qué hacer y qué no hacer en el paciente infectado por SARS-CoV-2 e insuficiencia respiratoria?”, presentada por el Dr. Manuel Luján, neumólogo y coordinador del PII (Proyecto de Investigación Integrado) de ventilación y cuidados críticos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica en el 53 Congreso Virtual de SEPAR, que arranca hoy.

De un 5% a un 10% de los pacientes ingresados en el hospital con COVID-19 tienen insuficiencia respiratoria grave. En estos pacientes, la intubación es un procedimiento que tiene una alta mortalidad, superior a un 50 % en un metaanálisis muy reciente que incluye más de 50.000 pacientes. A partir de los datos de la primera oleada de la pandemia -entre marzo y mayo-, se han desarrollado diversos estudios que avalan que la intubación puede evitarse en un alto porcentaje de casos en que es posible utilizar diversas estrategias, como son la oxigenoterapia

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

nota de prensa



de alto flujo, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

Este es el planteamiento de la ponencia presentada por el Dr. Manuel Luján en el 53 Congreso Virtual de SEPAR, fundamentado en nuevas evidencias científicas respecto a esta cuestión, y en la que expone cuáles son las técnicas de soporte ventilatorio alternativas a la VMI, a partir de qué nivel de insuficiencia respiratoria del paciente deben aplicarse y cómo deben protegerse los profesionales sanitarios para no contagiarse a través de los aerosoles que se producen durante la realización de estos procedimientos.

“Uno de los argumentos esgrimidos hasta ahora en defensa de la intubación es que recurrir a técnicas alternativas de soporte ventilatorio solo retrasa la intubación y empeora potencialmente el pronóstico de los pacientes, pero nuevos estudios han demostrado que es posible evitarla en un alto número de casos”, señala el Dr. Luján.

Una vez analizados los datos, se ha demostrado que el fracaso de las técnicas de soporte ventilatorio no invasivo, considerando como tal la muerte del paciente o tener que recurrir finalmente a la intubación, oscila entre el 20 y el 30 % en un reciente estudio multicéntrico italiano publicado en European Respiratory Journal. “Se trata de pacientes que, en las circunstancias habituales, serían intubados, por lo que empleando estas técnicas alternativas estaríamos rescatando al 70% de los pacientes. Es más, si multiplicamos el 5% de los pacientes que están hospitalizados y que son candidatos a recibir estas técnicas por este 70%, vemos que el impacto global puede ser alto en números absolutos”, destaca el Dr. Lujan.

Las técnicas alternativas que pueden aplicarse son, pues, la oxigenoterapia de alto flujo, la VMNI y la CPAP y, puesto que no se han observado diferencias en los resultados clínicos entre estas modalidades, debe escogerse aquella que resulte mejor tolerada por el paciente. “No hay estudios que hayan demostrado que una técnica sea mejor que otra. Los pacientes responden por igual, por lo que es importante elegir aquella que resulte más cómoda para el paciente, teniendo en cuenta que puede precisar muchos días de soporte ventilatorio”, explica el Dr. Luján.

Según los consensos de expertos, el momento ideal para dar este paso y aplicar alguna de estas técnicas de soporte ventilatorio no invasivo sería aquel en que el paciente tiene una concentración de oxígeno de entre el 40% y el 50%, lo que técnicamente se conoce como una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂). “En estos casos ya no se puede esperar más para aplicar soporte ventilatorio y tampoco habría que aplicarlo antes de llegar a este nivel de oxígeno,

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

porque entonces se estaría sobretratando. De la misma manera, aplicarlo tardíamente podría disminuir sus efectos beneficiosos”, precisa el Dr. Luján.

Proteger al personal sanitario

La aplicación de las técnicas ventilatorias no invasivas conlleva un aumento del riesgo de contagio para los profesionales sanitarios, ya que durante la realización de estos procedimientos se puede producir una dispersión de aerosoles con virus. Son procedimientos generadores de aerosoles con potencial para transmitir la infección, por lo que el personal sanitario debe extremar las precauciones.

Para evitarlo, el Dr. Lujan expone que se debe recurrir a las siguientes medidas: en primer lugar, la colocación de los filtros víricos y bacterianos en los lugares adecuados en caso de utilizar CPAP o VMNI; en segundo, cuando se vaya a efectuar la oxigenoterapia de alto flujo, cubrir la cara del paciente con una mascarilla quirúrgica, y, en tercero, llevar cuidado durante la manipulación de los sistemas ventilatorios a la hora de la despresurización durante la desconexión, momento en el cual pueden generarse flujos elevados de gas que contengan altas concentraciones de partículas virales.

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916