



CÓDIGO AZUL PROTEGIDO COVID-19

Dr. Roberto López Nouel
*Coordinador de la Sección de Resucitación Cardiopulmonar
de la Sociedad Venezolana de Cardiología*

LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO DEL PARO CARDIORESPIRATORIO (PCR) DURANTE LA PANDEMIA COVID19

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- Para aquellos en quienes la resucitación pudiera ser inadecuada, la decisión debe ser consensuada y comunicada al equipo, familiares y allegados.
- Es mandatorio identificar prontamente al paciente con COVID 19 en situación de riesgo de PCR y actuar rápidamente, en tal sentido, utilice alguna de las escalas de deterioro temprano (NEWS2) para lograr este objetivo.
- Use su equipo de protección personal para gotículas (EPPg) o partículas suspendidas (EPPs), aerosol, dependiendo de su sitio de trabajo.

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN PACIENTES EN POSICIÓN SUPINA

- 1- Establezca que la víctima no responde, no respira normalmente y no se mueve, **evalúe la respiración visualmente, no acerque su cara a la boca o nariz de la víctima. NO ABRA LA VÍA AÉREA.**
- 2- Pida ayuda (Código Azul Protegido 88 o el establecido en su institución). Indique con precisión la ubicación de la eventualidad.
- 3- Debe estar usando al menos EPPg; de lo contrario, inhíbese de actuar o participar en la atención de la víctima, reintégrese al estar preparado **(esto implica retraso).**



4- No dé compresiones a menos que esté usando EPPs. Si está preparado y el paciente ya tiene máscara de oxígeno o cánula nasal, déjela y cubra la cara de la víctima con lo disponible: sábana, funda, toalla, prenda de vestir, entre otros elementos. Comience compresiones (5cms profundidad, 100 a 120 por min). Coloque, al tener disponible, la tabla de paro cardíaco en la espalda de la víctima.

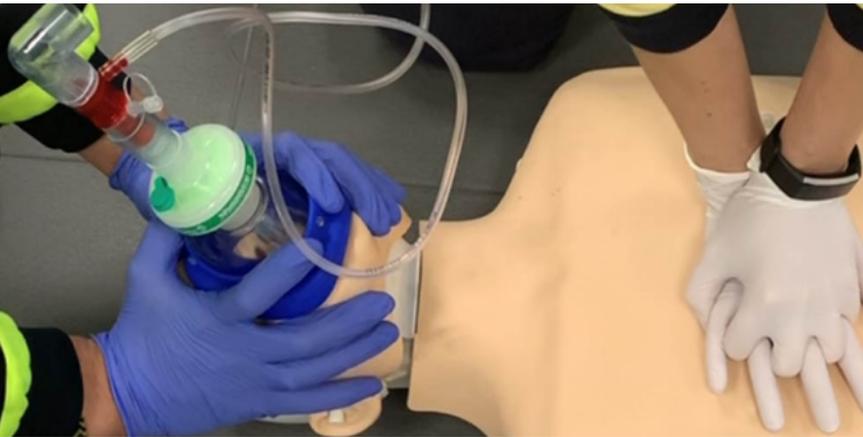
5- Al llegar el desfibrilador externo automático (DEA) aplique los electrodos y siga las instrucciones. Se pueden dar hasta tres descargas mientras completa su EPP, si no estaba preparado, siga los comandos del DEA. Si el desfibrilador es convencional, use preferiblemente electrodos, no las palas. Si el ritmo es desfibrilable, dé hasta tres descargas; esto mientras se cuente con personal con adecuado EPP.

6- Al contar con ayuda designe a un integrante del equipo como controlador de acceso al área, indíquele restringir a dos personas más. No debe permitir que el carro de paro sea introducido a la habitación y ésta debe mantenerse con la puerta cerrada. Cada dos minutos debe haber cambio de posiciones o relevo entre los rescatadores, el DEA es una excelente guía para esto, gracias a los comandos que emite. De ser posible, comuníquese a través de su móvil con el exterior haciendo uso del altavoz (coordinarse previamente). Recuerde todas las medidas de autoprotección que debe seguir, **su seguridad y la del equipo está antepuesta a la necesidad del paciente.**

7- Continúe comprimiendo el tórax hasta que cuente con el ventilador manual (bolsa máscara BM). Al contar con la BM seguir la secuencia de 30 compresiones dos ventilaciones, las cuales obligatoriamente deben ser dadas al suspender momentáneamente las compresiones. Se debe contar con un filtro HEPA interpuesto entre la bolsa auto inflable y la máscara, dispositivo supra glótico o tubo endotraqueal. La ventilación manual debe ser administrada por dos rescatadores entrenados en la técnica de ventilación hermética, si no es así, dar solo compresiones. Eventualmente el rescatador que comprime el tórax puede comprimir la bolsa durante la pausa **(esto implica retraso).**

8- Personal experto debe intubar o, de no ser posible, colocar la máscara laríngea para minimizar el riesgo de aerosolización de la bolsa máscara. Considere el empleo

rutinario de la video laringoscopia, familiarícese con su uso, esto permitirá que el procedimiento de intubación sea más rápido y el operador se encuentre más distanciado del área de aerosolización. Si solo pudo colocarse una máscara laríngea, la pausa entre compresiones y ventilaciones es mandatoria para evitar fugas de aerosol. Haga la conexión al ventilador mecánico lo más rápidamente posible, chequee el circuito de ventilación y evite desconexiones innecesarias.



9- Si se cuenta con un compresor del tórax mecánico y está entrenado en su uso, considere emplearlo, más aún cuando se necesiten compresiones por tiempo prolongado.

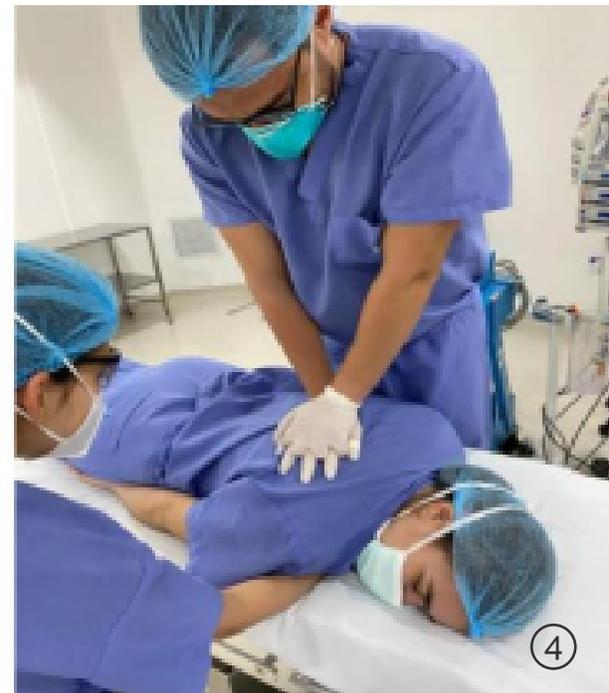
10- Considere suspender pronto la RCP si ya han sido consideradas las 5Hs y 5Ts o luego de tres secuencias de RCP en ritmo no desfibrilable. Si usa un DEA guíese por los comandos. Finalizadas las maniobras, retírese el EPP con seguridad.



COORDINE UN EPÍLOGO CONSTRUCTIVO DEL EVENTO CON LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO QUE ACTUÓ, TANTO EN CASO DE RESULTADOS POSITIVOS COMO NEGATIVOS.

RESUCITACIÓN EN PACIENTES EN POSICIÓN PRONA NO INTUBADO.

- 1- Si está usando el EPPs, coloque al paciente en posición supina con ayuda del equipo.
- 2- Si el paciente está intubado y contamos con EPPs, dar compresiones cardiacas en posición prona hasta contar con ayuda del equipo para la reposición del paciente. Comprima a 5 cms de profundidad, dos veces por segundo, entre las escápulas a nivel de su borde inferior (D7-D10). Un rescatador adicional debe colocar su mano debajo del tórax en posición opuesta al sitio de las compresiones, a fin de mejorar la efectividad de éstas, o bien usar una bolsa de solución ubicada en el mismo lugar.
- 3- Si el paciente requiere DF, los electrodos se pueden ubicar AP (tórax anterior y espalda lado izquierdo) y tanto éstos como las palas pueden ubicarse en la región axilar derecha e izquierda.
- 4- Reubique al paciente en posición supina si:
 - Las compresiones no son efectivas (la presión diastólica en la línea arterial es menor de 25mmHg).
 - Se hace necesaria la posición supina para el manejo de la vía aérea.
 - Observa imposibilidad de restaurar la circulación (minutos).



RESUCITACIÓN EN PACIENTES INTUBADOS

- 1-Los rescatadores deben usar EPPs.
- 2-No desconecte el circuito de ventilación.
- 3-Incremente FiO₂ a 1. Frecuencia respiratoria 10/min.
- 4-Chequee el ventilador y el circuito para asegurar que no es la causa.
- 5-Si desconecta el ventilador, minimice aerosolización.

Bibliografía

- European Resuscitation Council COVID-19 guidelines, www.erc.edu
- AHA. Edelson et al. Interim Guidance for Life Support for COVID-19
- COVID-19 infection risk to rescuers from patient arrest ILCOR staff April 10, 2020 final draft
- European Resuscitation Council COVID-19 guidelines executive summary J.P. Nolan a
- Pérez P, et al. Recomendaciones en reanimación cardiopulmonar en pacientes con COVID-19. REC CardioClinics.2020.
- <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2020.04.005> 2605-1532/© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España