

Recomendaciones ante una parada cardiaca durante la pandemia de COVID-19



Consell Català de Ressuscitació

 **CCR**
Consell Català
de Ressuscitació

Recomendaciones ante una parada cardíaca durante la pandemia de COVID-19

Dado el carácter excepcional de la pandemia COVID-19 y la necesidad de evitar la propagación del virus entre la población y especialmente entre el personal sanitario, el **Consell Català de Ressuscitació** propone las siguientes modificaciones para realizar la RCP:

1. El personal no sanitario o sanitario fuera de servicio que presencie un paro cardíaco.

No compruebe la respiración (no oír ni sentir), ni realice ventilación boca a boca. Use un desfibrilador automático (DEA) y siga las indicaciones que este le proporcione; el uso del DEA puede hacer que las compresiones torácicas sean innecesarias si el paciente se recupera inmediatamente, pero en caso necesario realice únicamente compresiones torácicas. En la medida de lo posible, use guantes y trate siempre de proteger su boca y su nariz. Tras la resucitación, **lávese las manos tan pronto como sea posible** según las recomendaciones de las autoridades, con agua y jabón y/o soluciones hidroalcohólicas.

PROTÉJASE ANTE LA INFECCIÓN

2. Unidades de soporte vital básico en entorno extrahospitalario (unidades del Sistema de Emergencias Médicas sin médico):

Como en el entorno extrahospitalario se debe considerar que cualquier paciente puede estar infectado por COVID-19, ante un paciente en paro cardíaco, uno de los miembros del equipo con un equipo de protección individual (EPI) básico (gafas, máscara, guantes y bata) inicia compresiones torácicas continuas; mientras el otro, equipado también con EPI, coloca el DEA. No realice ventilación balón-máscara hasta que llega una unidad de Soporte Vital Avanzado. Si el equipo conoce previamente a la llegada que el paciente está en paro cardíaco, un miembro del equipo, si es posible, debe equiparse con su EPI durante el trayecto.

En los niños en paro cardíaco, la ventilación inicial es crucial: a pesar del riesgo de propagación del virus realice 5 respiraciones iniciales balón-máscara.

NO INICIE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR SIN LLEVAR LA PROTECCIÓN ADECUADA. PROTÉJASE ANTE LA INFECCIÓN

3. Unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) extrahospitalarias (Unidades Medicalizadas):

Como en el entorno de OOH es probable que cada paciente sea COVID-19, ante un paciente en paro cardíaco, uno de los miembros del equipo con un equipo de protección individual (EPI) básico (gafas, máscara, guantes y bata) inicia compresiones torácicas continuas mientras que el resto del equipo se pone un EPI completo (mono impermeable). Una vez que los miembros del equipo se han puesto el EPI completo, uno de ellos se hará cargo de las compresiones torácicas para permitir que el primer miembro del equipo se ponga el equipo de protección personal completo. Otro miembro del equipo monitorizará el ritmo cardíaco con parches multifunción y, si está indicado, procederá a la desfibrilación inicial. Con el EPI completo, el miembro del equipo responsable de la vía aérea colocará un dispositivo supraglótico (DSG) con un filtro directamente entre éste y el balón resucitador. Continúe la resucitación según el algoritmo actual de SVA.

Recomendaciones ante una parada cardíaca durante la pandemia de COVID-19

En el entorno extrahospitalario no se realiza intubación traqueal de un paciente en parada cardíaca. La complejidad de la intubación aumenta sustancialmente con el equipo de protección individual y la proximidad a la boca del paciente aumenta el riesgo de contagio. Coloque un DSG tan rápido como la equipación con el EPI lo permita y evite la ventilación balón-mascarilla para reducir las salpicaduras que podrían transmitir el COVID-19. Recuerde colocar un filtro entre el DSG y el balón resucitador.

Si se dispone de un dispositivo de compresor torácico mecánico, dos miembros del SEM equipados con un EPI básico pueden colocar el compresor torácico y luego vestirse con el EPI completo, para después continuar con el algoritmo actual de SVA con ventilación mediante DSG.

En caso de alta sospecha o confirmación de paro cardíaco antes de la llegada, si es posible, el EPI completo debe colocarse durante el trayecto. Si no lo es, debe colocarse tan pronto como sea posible.

Un *briefing* previo a la llegada asignando los roles de cada miembro y el flujo de procedimientos reducirá el riesgo de contaminación e infección del equipo.

**NO REALICE SOPORTE VITAL AVANZADO SIN LA PROTECCIÓN ADECUADA EN CADA CASO.
PROTÉJASE ANTE LA INFECCIÓN**

4. Hospitales (Servicio de Urgencias, transferencia de pacientes extrahospitalarios, ...):

Se sugiere que el equipo esté compuesto por un pequeño número de personas para minimizar el riesgo de contagio. Cuatro se considera un número apropiado. Podría añadirse una persona más para supervisar la colocación y la retirada del EPI y ayudar en la protección contra la infección. Esta persona puede actuar como "apoyo logístico" en caso de necesidad, pero también ser un "miembro reserva" en caso de que se necesite ayuda en la habitación - pero en este último caso, equipada con un EPI completo.

En el caso de un paciente ingresado que sufre una PCR, un miembro del equipo equipado con un EPI básico (gafas, máscara, guantes y delantal) inicia compresiones torácicas continuas mientras todos los demás miembros del equipo se visten con un EPI completo (mono impermeable). Una vez equipados con el EPI completo, un miembro del equipo releva a su compañero en las compresiones torácicas para que el éste pueda equiparse. Continúe la resucitación según el algoritmo estándar de SVA actual, con la monitorización adecuada, la desfibrilación y el manejo de la vía aérea tan pronto como sea posible.

Si el Sistema de Emergencias Médicas prealerta de una víctima en paro cardíaco, todo el equipo se equipará con un EPI completo y realizará un *briefing* asignando los roles de cada miembro y el flujo de procedimientos.

Recomendaciones ante una parada cardiaca durante la pandemia de COVID-19

Se hará cargo del manejo la vía aérea la persona con más experiencia en la técnica. Proceda a la intubación orotraqueal del paciente lo antes posible con un video-laringoscopio con un monitor separado (para permitir la mayor distancia al paciente). Lo aconsejable es utilizar un tubo más pequeño montado en una guía de intubación ("Frova"). Estas dos medidas aumentan considerablemente el éxito de la intubación en el primer intento. Si el primer intento fracasa, coloque un DSG. Coloque un filtro directamente en el tubo o el DSG para protegerse de la infección.

Coloque el tubo orotraqueal o el DSG tan pronto como se equipe con el EPI completo, NO ventile con balón-máscara (por el riesgo de salpicaduras que conlleva). Coloque el filtro directamente en los dispositivos de la vía aérea.

Si se dispone de un dispositivo de compresor torácico mecánico, dos miembros del equipo vestidos con un EPI básico pueden colocar el compresor torácico y luego vestirse con el EPI completo, para después continuar con el algoritmo estándar de SVA.

EN TODOS LOS CASOS, UNA VEZ QUE LA RESUCITACIÓN HA TERMINADO, RETIRE LOS EPIs BAJO SUPERVISIÓN PARA EVITAR LA CONTAMINACIÓN.

**LÁVESE LAS MANOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE LA AUTORIDAD SANITARIA LOCAL.
PROTÉJASE ANTE LA INFECCIÓN**

PUNTOS CLAVE:

- **NO REALICE VENTILACIÓN BOCA A BOCA - NO REALICE VENTILACIÓN BALÓN-MÁSCARA**
- **CUALQUIER PACIENTE EN PARO CARDÍACO ATENDIDO POR UN EQUIPO SANITARIO PUEDE ESTAR INFECTADO POR EL COVID-19 - PROTECCIÓN ANTE LA INFECCIÓN.**
- **EVITAR INICIAR LA RESUCITACIÓN SIN USAR EL EQUIPO DE PROTECCIÓN BÁSICO (GAFAS, MÁSCARA, GUANTES Y BATA/DELANTAL)**
- **EVITE EL ACCESO A LAS VÍA AÉREA SIN UN EQUIPO DE PROTECCIÓN TOTAL**
- **TENGA ESPECIAL CUIDADO EN LA DESCONTAMINACIÓN Y EL DESVESTIRSE**
- **UN BRIEFING PREVIO PARA ASIGNAR FUNCIONES Y TAREAS DE REDUCE LA CONTAMINACIÓN Y LA INFECCIÓN.**
- **ENSAYE Y SIMULE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCIÓN**