



La traducción sobre el documento de RCP en COVID-19 es la siguiente:

Declaración del Consejo de Resucitación del Reino Unido sobre COVID-19 en relación con la reanimación cardiopulmonar y la resucitación en entornos sanitarios

Esta declaración es para los profesionales de la salud que realizan RCP en un entorno sanitario.

1. Propósito

1.1. El Consejo de Resucitación del Reino Unido ha recibido varias consultas sobre los riesgos de la COVID-19 durante la resucitación cardiopulmonar (RCP).

1.2. Esta declaración proporciona una orientación específica para los trabajadores sanitarios sobre la RCP en entornos sanitarios para pacientes con COVID-19 presunto o confirmado.

1.3. Esto complementa la orientación disponible en el Departamento de Salud y Asistencia Social (DHSC) y Salud Pública de Inglaterra (PHE) (<https://www.gov.uk/government/collections/wuhan-novel-coronavirus>), así como en Salud Pública de Gales (<https://phw.nhs.wales/news/public-health-wales-statement-on-novel-coronavirus-outbreak/>), Protección de la Salud de Escocia (HPS) (<https://www.hps.scot.nhs.uk/a-to-z-of-topics/covid-19/>) y el Departamento de Salud de Irlanda del Norte (DHNI) (<https://www.health-ni.gov.uk/coronavirus>), y puede cambiar en función de la creciente experiencia en la atención de pacientes con COVID-19, así como el efecto del brote en los servicios de salud. Por lo tanto, es importante revisar siempre la última orientación en los sitios web del DHSC/PHE/PHW/HPS/DHNI.

1.4. Se cree que COVID-19 se propaga de manera similar a la gripe estacional; de persona a persona a través del contacto cercano y las gotas. Los principios estándar de control de la infección y las precauciones contra las gotitas son las principales estrategias de control y deben seguirse rigurosamente. También puede producirse la transmisión por aerosol. **La atención a la higiene de las manos y la contención de las secreciones respiratorias producidas por la tos y los estornudos son las piedras angulares de un control eficaz de la infección.**

1.5. Todos los sanitarios que manejen a personas con sospecha o confirmación de COVID-19 deben seguir las directrices locales y nacionales para el control de la infección y el uso del EPI. A todo el personal sanitario que lleve a cabo la atención directa del paciente, con un paciente con una enfermedad similar a la gripe o con un COVID-19 probable/confirmado, se le aconsejaría que llevara un respirador FFP3, guantes con puños largos y ajustados, una bata de manga completa desechable resistente a los fluidos y protección ocular (por ejemplo, visera completa / gafas de un solo uso). Si el paciente lleva una mascarilla, esto también reduciría aún más cualquier posible riesgo.

1.6. Durante la reanimación cardiopulmonar siempre existe la posibilidad de que los reanimadores se expongan a fluidos corporales y que los procedimientos (por ejemplo, la intubación traqueal o la ventilación) generen un aerosol infeccioso. Las organizaciones sanitarias individuales deben llevar a cabo evaluaciones de riesgos locales, basadas en la última orientación del DHSC/PHE en relación con los EPI para personal sanitario, a fin de desarrollar una orientación local.

1.7. Los miembros del equipo de reanimación deben estar capacitados para ponerse/quitarlos los EPI de forma segura (incluyendo las pruebas de ajuste del respirador) y para evitar la autocontaminación. Haga clic [aquí](#) para obtener más consejos sobre los EPI del DHSC.

[Declaración del Consejo de Resucitación del Reino Unido sobre #COVID-19 en relación con la reanimación cardiopulmonar y la resucitación en entornos sanitarios CLIC PARA TUIPEAR](#)

2. Guía de RCP en pacientes con una enfermedad similar a la COVID-19 o un caso confirmado de COVID-19 en entornos sanitarios.

2.1. Los pacientes con una enfermedad similar a la COVID-19, que corren el riesgo de sufrir un deterioro agudo o un paro cardíaco, deben ser identificados a tiempo. Se deben tomar las medidas adecuadas para prevenir el paro cardíaco y evitar la reanimación cardiopulmonar sin protección. El uso de sistemas de rastreo fisiológico (por ejemplo, NEWS2) permitirá la detección temprana de pacientes agudos. También se debe identificar precozmente a los pacientes para los que sea apropiado una orden de si PCR, no RCP y/u otra decisión similar.

2.2. Los requisitos mínimos del EPI para evaluar a un paciente, iniciar las compresiones torácicas y establecer el seguimiento del ritmo de la parada cardíaca son: una mascarilla FFP3, protección ocular, un delantal de plástico y guantes.

2.3. La necesidad de ponerse EPI puede retrasar la RCP en pacientes con COVID-19. La revisión de los procesos implicados (incluida la disponibilidad de kits de EPI en los carros de reanimación), junto con la formación y la práctica, minimizará estos retrasos. La seguridad del personal es primordial. En un paro cardíaco de presunta etiología hipóxica (incluidos los eventos pediátricos), se suele aconsejar la ventilación temprana con oxígeno. Cualquier intervención en las vías respiratorias que se realice sin la protección correcta del EPI someterá al rescatador a un riesgo significativo de infección. Por consiguiente, **recomendamos que incluso en un supuesto paro hipóxico se comience con las compresiones torácicas.**

2.4. Reconocer el paro cardíaco buscando la ausencia de signos de vida y la ausencia de respiración normal. Sentir el pulso de la carótida si se está entrenado para ello. No escuche o sienta la respiración colocando su oreja y mejilla cerca de la boca del paciente. Si hay dudas sobre el diagnóstico de un paro cardíaco, la posición por defecto es iniciar las compresiones torácicas hasta que llegue la ayuda.

2.5. Inicie la reanimación cardiopulmonar sólo con compresiones y monitorice el ritmo del paro cardíaco del paciente lo antes posible. Evite la ventilación boca a boca y el uso de una mascarilla de bolsillo. Si el paciente ya está recibiendo terapia de oxígeno suplementario con una máscara facial, deje la máscara en la cara del paciente durante las compresiones torácicas.

2.6. El personal local (que ya lleva puesto el equipo de protección personal completo) puede prestar apoyo mientras se realizan las compresiones torácicas

antes de la llegada del equipo de reanimación. Otros ayudantes y miembros del equipo de reanimación deben aplicar respiradores FFP3, batas, guantes y protección ocular, antes de tomar el relevo de los primeros intervinientes en la parada cardíaca.

2.7. Desfibrilar rápidamente los ritmos susceptibles de ser desfibrilados: la restauración temprana de la circulación puede evitar la necesidad de apoyo respiratorio y de ventilación.

2.8. Las intervenciones en las vías respiratorias deben ser realizadas por personas experimentadas (por ejemplo, inserción de vía aérea supraglótica o intubación traqueal). Los individuos sólo deben utilizar las habilidades de la vía aérea (por ejemplo, ventilación bolsa-máscara) para las que han recibido formación. Esto significará una técnica bolsa-máscara para dos personas con el uso de una vía respiratoria orofaríngea. La intubación endotraqueal o la inserción de dispositivo supraglótico sólo debe ser intentada por personas que tengan experiencia y sean competentes en este procedimiento.

2.9. Los pacientes pueden tener un paro cardíaco causado directamente por COVID-19 o por una enfermedad coexistente. **Es importante intentar identificar y tratar cualquier causa reversible (por ejemplo, hipoxemia grave) antes de considerar la posibilidad de detener la RCP.**

2.10. Deseche o limpie todo el equipo utilizado durante la reanimación cardiopulmonar siguiendo las recomendaciones del fabricante y las directrices locales. Las superficies de trabajo utilizadas para el equipo de vías respiratorias/resucitación también deberán limpiarse de acuerdo con las directrices locales. Concretamente, asegúrese de que el equipo utilizado en las intervenciones en las vías respiratorias (por ejemplo, laringoscopios, mascarillas faciales) no se deje sobre la almohada del paciente, sino que se coloque en una bandeja. No deje la sonda Yankauer colocada debajo de la almohada del paciente; en su lugar, ponga el extremo contaminado del Yankauer dentro de un guante desechable.

2.11. Quítese el EPI de forma segura para evitar la autocontaminación y deshágase de las bolsas de residuos clínicos según las directrices locales. La higiene de las manos tiene un papel importante en la disminución de la transmisión. Lávese bien las manos con agua y jabón; alternativamente, también es eficaz el frotamiento de manos con alcohol.

Consejo pediátrico



Somos conscientes de que es poco probable que el paro cardíaco pediátrico esté causado por un problema cardíaco y es más probable que sea un problema respiratorio, por lo que la ventilación es crucial para las posibilidades de supervivencia del niño.

Sin embargo, para quienes no están capacitados en reanimación pediátrica, lo más importante es actuar con rapidez para garantizar que el niño reciba el tratamiento que necesita en la situación crítica.

La Declaración del Consejo de Resucitación del Reino Unido sobre COVID-19 en relación con la reanimación cardiopulmonar y la resucitación en entornos sanitarios, aconseja que el paro cardíaco intrahospitalario sea relevante para todas las edades.

La ventilación boca a boca no debería ser necesaria ya que se dispone de equipos de ventilación/intubación bolsa-máscara y debe estar disponible inmediatamente para cualquier niño/lactante con riesgo de deterioro/parada cardíaca en el entorno hospitalario.

Y hasta aquí la traducción del documento. Tampoco es que sean unas recomendaciones muy distintas a lo que estábamos haciendo. Los enlaces son a organizaciones de Reino Unido.

Para consultar información sobre España hay que seguir recomendaciones de fuentes oficiales. Y os dejo algún recurso fiable aquí que podéis visitar clicando en la imagen:

