

PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA AVANZADA A LA INFECCIÓN POR CORONAVIRUS

Recomendación de Sociedad Chilena de Emergencia Pediátrica -SOCHEMP
21-abril-2020

Teniendo en cuenta el desafío que plantea la atención a los niños con infección por Covid-19 y los riesgos, tanto para el paciente como los profesionales de la salud, Sochemp ha considerado que es necesario adaptar las guías actuales de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, en caso de que un niño sufra un paro cardio-respiratorio (PCR).

A.- ANTES DEL PARO CARDÍACO

- Se debe tener en cuenta que en estos pacientes el inicio del RCP se puede retrasar por la dificultad para la vigilancia presencial continua y la necesidad de colocación del equipo de protección personal (EPP) antes de iniciar la RCP.
- Se recomienda utilizar escalas de alerta precoz o tratar de identificar a los niños con riesgo de PCR.
- Todo niño de riesgo debe estar monitorizado
- En los niños con ventilación mecánica invasiva el riesgo de PCR es mayor debido a extubación accidental con las maniobras de pronación/supinación y a la obstrucción de la vía aérea por secreciones muy espesas.
- Se debe disponer de material de RCP y de intubación difícil cerca de todo niño críticamente enfermo con infección por coronavirus.
- El personal debe saber que, en caso de PCR el número de reanimadores será limitado a un máximo 3-4 personas.
- Sólo deberá iniciarse la RCP cuando los reanimadores se hayan puesto el EPP, que debe ser eficaz para proteger contra los aerosoles.

B.- DURANTE EL PARO CARDÍACO

a) Niño sin ventilación invasiva:

- Si se puede, evitar la ventilación con bolsa mascarilla, y utilizar máscara de alto flujo con reservorio FiO₂ 100%,
- Si es imprescindible, utilizar máscara autoinflable con filtro de alta eficiencia que impida la contaminación vírica, entre la bolsa autoinflable y la mascarilla, sin hiperventilar y evitando fugas.
- Tras 5 insuflaciones de rescate se procederá a realizar compresiones torácicas si no tiene signos vitales o la frecuencia del pulso es menor de 60/minuto.
- Si es posible, se hará ventilación a 4 manos (una persona fijará bien la mascarilla a la cara con dos manos y la otra manejará la bolsa autoinflable).
- Se valorará la utilización de una cánula orofaríngea.
- Se realizará la intubación traqueal en cuanto sea posible, por parte de la persona más experta, recomendándose el uso de un videolaringoscopio y extremar la protección (con una pantalla facial o una pantalla en la cabecera del paciente).
- Una vez intubado, se inflará el balón del tubo antes de la primera insuflación de aire .
- Realizar procedimiento bajo secuencia de intubación rápida.
- Asegurar instalación de un filtro antibacteriano y antivírico al tubo endotraqueal colocado.
- De ser posible se conectará al niño de inmediato al ventilador, que deberá estar preparado para su uso.
- Si el paciente tiene pulso, se confirmará la intubación traqueal con capnografía.

b) Niño con ventilación invasiva:

- Se ajustarán los parámetros del respirador.
- Se realizarán las compresiones torácicas sin desconectar el respirador.
- Se tratará de limitar al mínimo imprescindible el número de reanimadores.

- C.- TRAS LA RCP (bien sea con recuperación del pulso espontáneo o en caso de RCP fallida)
- Eliminar (batas, guantes...) o limpiar y esterilizar (videolaringoscopio...) todo el equipo utilizado durante la RCP.
 - Analizar la RCP realizada:
 - a) Estimar el riesgo de que el paciente vuelva a presentar otra PCR.
 - b) Actualizar y adaptar el plan de monitorización y tratamiento.
 - c) Evaluar la seguridad del procedimiento y tomar las medidas pertinentes.
 - d) Revisar lo que se hizo y cómo se hizo.