

Normas de control del flujo de pacientes COVID potencialmente en reanimación

Versión 1 – 25 de marzo 2020

Colegios de Medicina Intensiva y Reanimación de Ile de France y Colegios de Anestesia-
Reanimación de Ile de France

El objetivo de esta nota no es explicar a los reanimadores cómo deben tratar a sus pacientes, sino dar indicaciones útiles para gestionar mejor los flujos de pacientes y liberar espacio de maniobra. Se trata por lo tanto de limitar el uso de las camas de reanimación con una opción diferente a la de la ética.

Se pueden recordar algunos principios, que son sólo principios de «sentido común» del funcionamiento normal de una unidad de reanimación.

- Abrir las camas de UCI cerca de la reanimación. Estas camas consumen menos recursos personales y materiales.
- Reservar las camas de reanimación para los pacientes ventilados, en proceso de ser ventilados o con alto riesgo de serlo. A este respecto, las recomendaciones suizas que nos ha pasado Didier Dreyfuss son bastante claras y drásticas sobre el tema.
- Probablemente no realizar una intubación sistemática a un nivel de demanda de oxígeno (por ejemplo, > 6l/min como se ha comentado). Lo que probablemente era cierto al principio de la crisis, es decir que los pacientes con un cierto nivel de oxígeno acababan siendo ventilados, probablemente ya no es cierto porque los pacientes son más jóvenes. El Optiflow parece definitivamente una buena solución.

Con estos principios, podemos esperar tener pacientes en la UCI que nunca irán a reanimación, tener pacientes de forma transitoria en reanimación que liberen su cama de reanimación más rápidamente, y así ganar un poco de margen y en consecuencia reducir nuestro consumo de medicamentos.

El otro aspecto es, por supuesto, para los pacientes que han sido ventilados, poder aplicar el documento de retirada con el desarrollo y la protección de las camas de reeducación post-reanimación (SRPR).