

## **QUE NO HACER EN EL MANEJO DE UN PACIENTE CRÍTICO CON INFECCIÓN POR COVID-19**

1. NO Trasladar pacientes sin contagio a áreas hospitalización/cuidado intermedio/cuidado intensivo donde se atiendan pacientes con COVID-19 para evitar infección cruzada tanto en los pacientes como en el personal de atención (evitar descentralizar la atención)
2. NO Trasladar pacientes con COVID-19 a menos de que sea imprescindible
3. NO Desconexión de circuitos durante el traslado intra o interhospitalario de un paciente con COVID-19.
4. NO Presencia de personal innecesario dentro de los cubículos para la atención de un paciente con COVID-19.
5. NO realización bronoscopias
6. NO utilización de ventilación mecánica no invasiva (VMNI).
7. NO olvidar asignar un líder verificador de EPP por turno.
8. NO utilizar máscaras respiratorias (N95 o FFP2) en personal de salud que atiende pacientes COVID-19 que no requieran procedimientos generadores de emisión de aerosoles (intubación endotraqueal, bronoscopias, succión abierta, nebulizaciones, maniobra de pronación, desconexión del ventilador, traqueostomía, reanimación cardiopulmonar).
9. NO iniciar la atención de un paciente con COVID-19 si no se logra un adecuado posicionamiento de la máscara respiratoria N95 durante los procedimientos generadores de aerosoles.
10. NO desconectar al paciente del ventilador por alto riesgo de contaminación

al personal de la salud por pérdida de PEEP y atelectasia.

11. NO utilizar sistemas de succión abiertos.
12. NO tomar muestras para RT-PCR a través de lavado broncoalveolar o esputo inducido debido al riesgo de generación de aerosoles.
13. NO descartar el diagnóstico de infección por SARS CoV- 2 con una prueba de RT-PCR tomada por hisopado orofaríngeo negativa o por una prueba positiva del panel respiratorio de infecciones comunes, si la sospecha clínica es muy fuerte.
14. NO Realizar TAC de tórax con el objetivo único de evaluar la gravedad del paciente con sospecha de infección por COVID-19.
15. NO realizar preoxigenación a presión positiva con dispositivo bolsa mascarilla (AMBU).
16. NO ventilar al paciente antes de que sea conectado al circuito cerrado del ventilador.
17. NO perseguir metas de saturaciones de oxígeno > 96% en caso de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica con soporte de oxígeno.
18. NO retrasar la intubación endotraqueal en caso de no tolerancia a oxígeno suplementario.
19. NO administrar volúmenes corrientes altos en ventilación mecánica ( $V_c > 8$  mL/kg), presiones de meseta > 30 cm H<sub>2</sub>O y PEEP bajos en pacientes con SDRA por COVID-19.
20. NO se recomienda iniciar la ventilación mecánica con PEEP menores de 6 cmH<sub>2</sub>O.
21. NO administrar volúmenes de líquidos altos que desencadenen balances

hidricos positivos en pacientes con SDRA por COVID-19.

22. NO utilizar óxido nítrico inhalado de rutina en pacientes con SDRA por COVID 19.
23. NO suministrar un aporte calórico insuficiente en paciente con soporte ventilatorio, es especial a los pacientes que se encuentran en posición prono.
24. NO realizar sesiones de ventilación prono por menos de 16 horas.
25. NO utilizar coloides y albumina para reanimación en caso de paciente con choque
26. NO utilizar dopamina en caso de paciente con choque.
27. NO utilizar corticoesteroides de rutina en pacientes con insuficiencia respiratoria por COVID-19.
28. NO utilizar de rutina de inmunoglobulinas intravenosa.
29. NO uso de rutina de de lopinavir/ritonavir para todos los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19
30. NO uso de cloroquina o hidroxiclороquina en caso de que el paciente tenga un intervalo QTc >550 msg con QRS >120msg o un intervalo QTc >500msg y QRS <120 msg con K y Mg normales.