



קווי הנחייה בנושא החייה למטופל COVID-19 חשוד או מאומת במתאר בית החולים

ע"פ הנחיות AHA והאגודה הישראלית להחייאה.

❖ הנחיות מקדימות:

1. מטופל COVID-19 חשוד או מאומת יטופל ע"י צוות המחלקה המטפלת גם בעת דום לב.
2. במידה ויש צורך באינטובציה בלבד, יש להזניק מרדים ולציין בעת הקריאה שהמטופל חשוד או מאומת ל COVID-19 (ביצוע האינטובציה ע"י איש הצוות המיומן ביותר למניעת ניסיונות כושלים).
3. במידה ויש צורך בהחייאת לב-ריאה יש להזניק את צוות החייה מוסדי כמקובל, ולציין בעת הקריאה שהמטופל חשוד או מאומת ל COVID-19.
4. צוות החייה יגיע לזירת האירוע לשטח הנקי.
5. בשלב ראשון, המרדים מצויד ב Video- laryngoscope יתמגן כנדרש, יכנס לשטח המזוהם יבצע הערכת מצב ויחליט האם ישנו צורך בסיוע של צוות החייה. אם כן, שאר צוות החייה מוסדי יתמגן ויכנס לשטח המזוהם לסייע כנדרש.
6. יש להגביל את מספר האנשים בחדר/ בזירה בזמן ביצוע החייה למינימום הנדרש.
7. על כל איש צוות המטפל במטופל COVID-19 חשוד או מאומת להיות ממוגן באופן מלא באמצעי הגנה ייעודיים כמקובל כנגד מגע אווירני וטיפתי.

❖ בשל החשש לפיזור אירוסולי סדר פעולות החייה במטופלים אלו הוא כדלקמן:

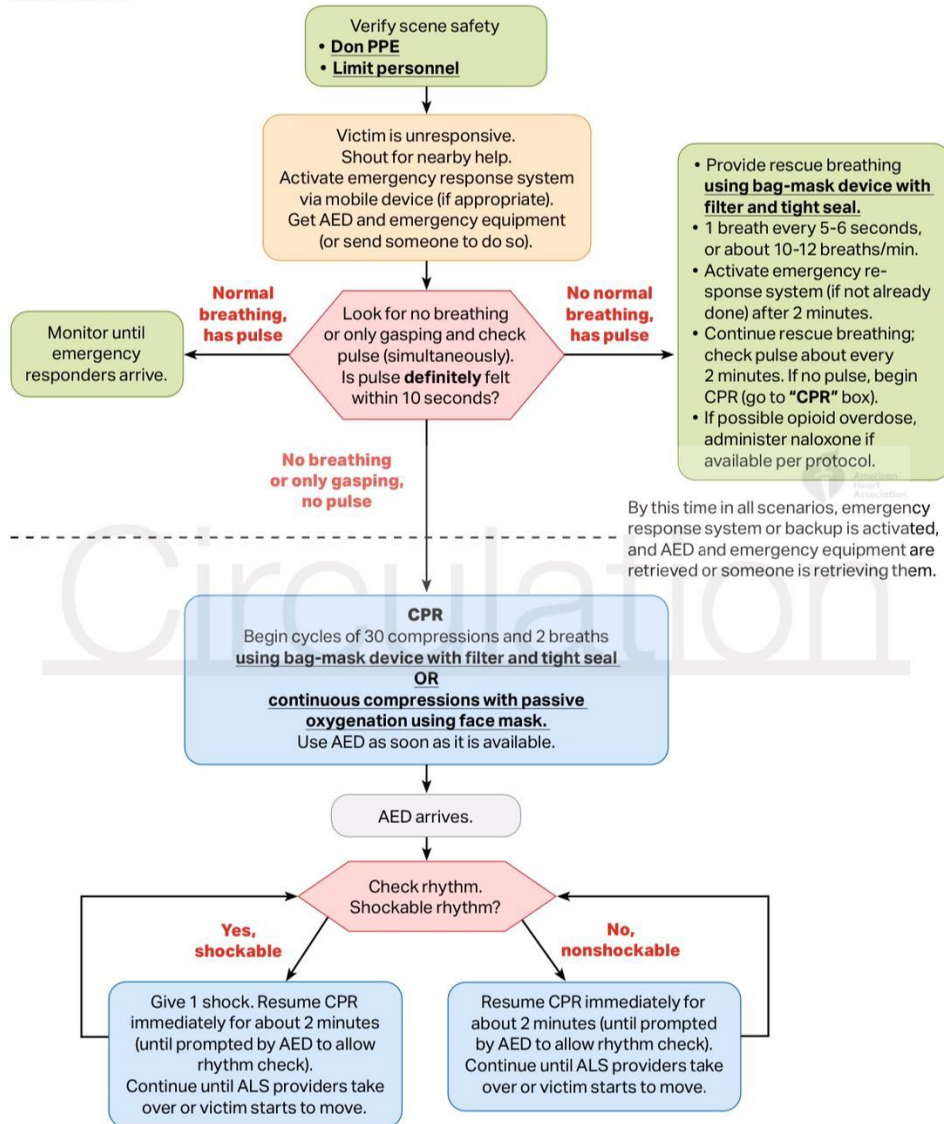
- א. מטופל מונשם עם נתיב אויר מתקדם – אין לנתק מהמנשם.
- ב. מטופל הנעזר בתמיכה נשימתית חיצונית: CPAP, Vapotherm, Optiflow יש לסגור את זרימת החמצן מייד עם תחילת ההחייאה.
- ג. מטופל לא מונשם:
 - במידה והסטורציה מעל 85% אין לבצע פרה אוקסיגנציה ואין להנשים במסכה עם אמבו (ביצוע אינטובציה מהירה עם כיסוי פלג גופו העליון במגן אינטובציה ייעודי (פלסטיק שקוף קשיח).
 - במידה והסטורציה מתחת ל- 85% ואין ברירה אלא לבצע פרה אוקסיגנציה יש להשתמש באמבו המחובר למסנן וירלי, תוך הידוק ואטימה מקסימלית של מסכת ההנשמה על פני המטופל בקצב שלא יעלה על 8-6 נשימות לדקה. את זרימת החמצן יש לכוון למינימום הנדרש, 8 ליטר לדקה.

❖ החייה:

- א. בהעדר דופק החל בעיסויים איכותיים במהירות האפשרית.
- ב. חבר לדיפברילטור ותן שוק תוך 2 דקות במידה ומדובר ב VF/PVT.
- ג. יש לשקול החלפת עיסויים ידניים בעיסויים מכשירניים- לוקס.
- ד. פעל ע"פ פרוטוקולי טיפול- אין שינוי בסכמת השימוש בדפיברילציה (ראה עמ' 3-6).
- ה. אין להכניס Air Way
- ו. יש לעצור עיסויים בזמן אינטובציה.

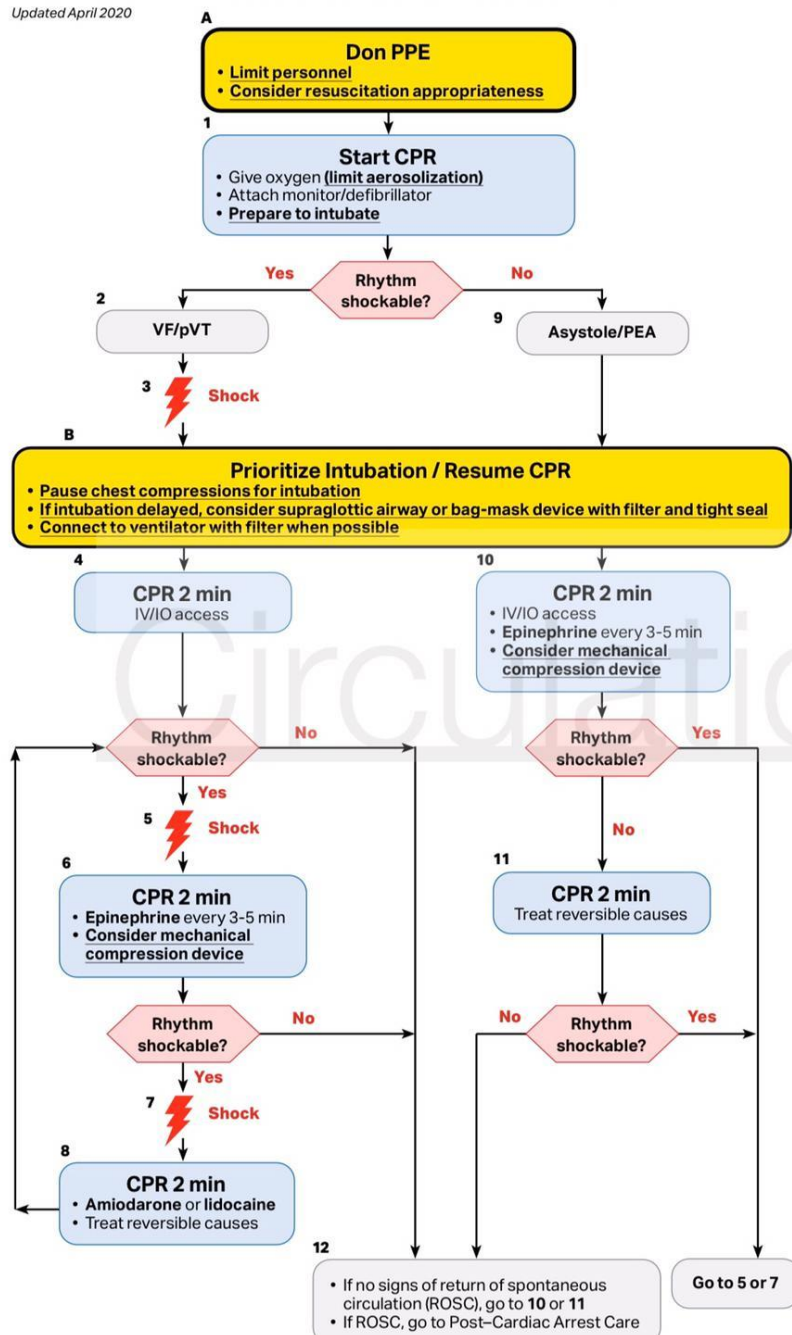
BLS Healthcare Provider Adult Cardiac Arrest Algorithm for Suspected or Confirmed COVID-19 Patients

Updated April 2020



ACLS Cardiac Arrest Algorithm for Suspected or Confirmed COVID-19 Patients

Updated April 2020



CPR Quality

- Push hard (at least 2 inches [5 cm]) and fast (100-120/min) and allow complete chest recoil.
- Minimize interruptions in compressions.
- Avoid excessive ventilation.
- Change compressor every 2 minutes, or sooner if fatigued.
- If no advanced airway, 30:2 compression-ventilation ratio.
- Quantitative waveform capnography
 - If PETCO₂ <10 mm Hg, attempt to improve CPR quality.
- Intra-arterial pressure
 - If relaxation phase (diastolic) pressure <20 mm Hg, attempt to improve CPR quality.

Shock Energy for Defibrillation

- Biphasic:** Manufacturer recommendation (eg, initial dose of 120-200 J); if unknown, use maximum available. Second and subsequent doses should be equivalent, and higher doses may be considered.
- Monophasic:** 360 J

Advanced Airway

- Minimize closed-circuit disconnection
- Use intubator with highest likelihood of first pass success
- Consider video laryngoscopy
- Endotracheal intubation or supraglottic advanced airway
- Waveform capnography or capnometry to confirm and monitor ET tube placement
- Once advanced airway in place, give 1 breath every 6 seconds (10 breaths/min) with continuous chest compressions

Drug Therapy

- Epinephrine IV/IO dose:** 1 mg every 3-5 minutes
- Amiodarone IV/IO dose:** First dose: 300 mg bolus. Second dose: 150 mg.
- Lidocaine IV/IO dose:** First dose: 1-1.5 mg/kg. Second dose: 0.5-0.75 mg/kg.

Return of Spontaneous Circulation (ROSC)

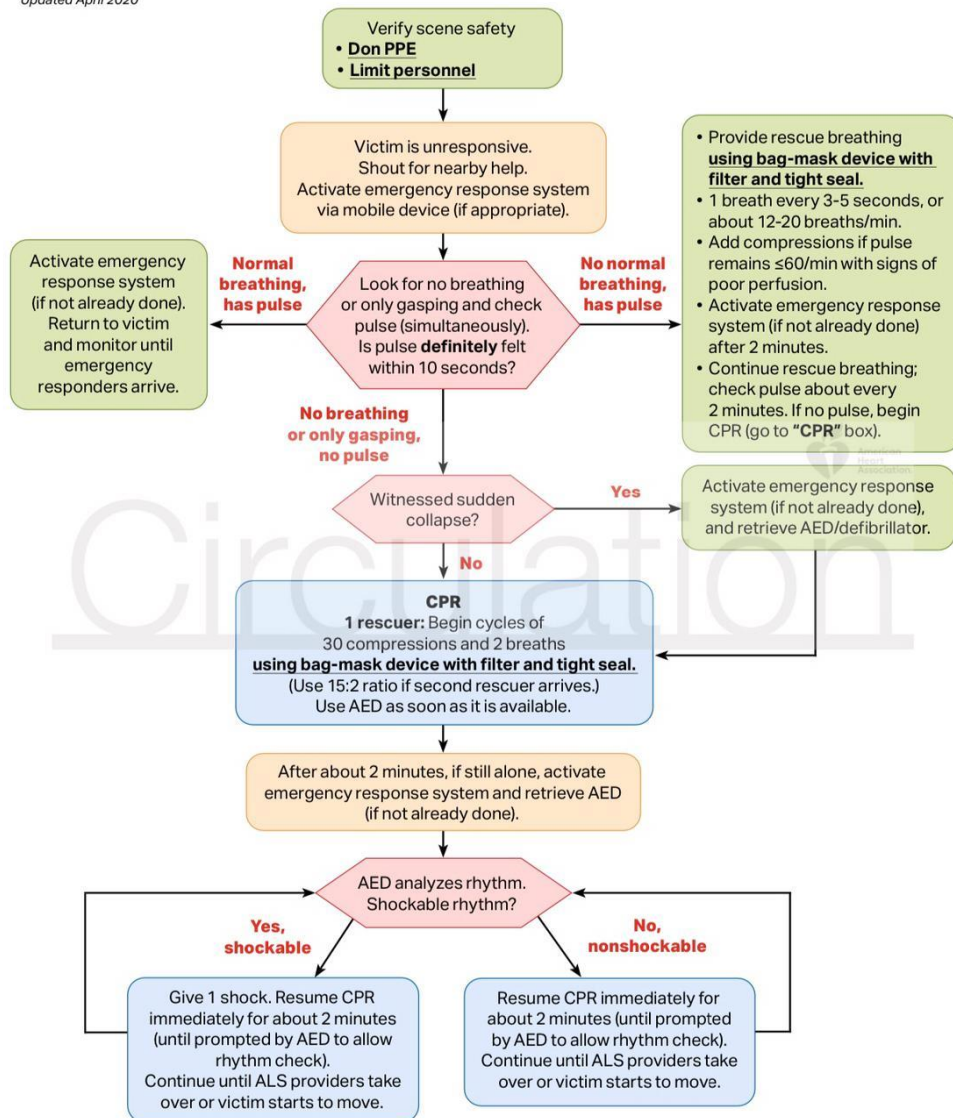
- Pulse and blood pressure
- Abrupt sustained increase in PETCO₂ (typically ≥40 mm Hg)
- Spontaneous arterial pressure waves with intra-arterial monitoring

Reversible Causes

- Hypovolemia
- Hypoxia
- Hydrogen ion (acidosis)
- Hypo-/hyperkalemia
- Hypothermia
- Tension pneumothorax
- Tamponade, cardiac
- Toxins
- Thrombosis, pulmonary
- Thrombosis, coronary

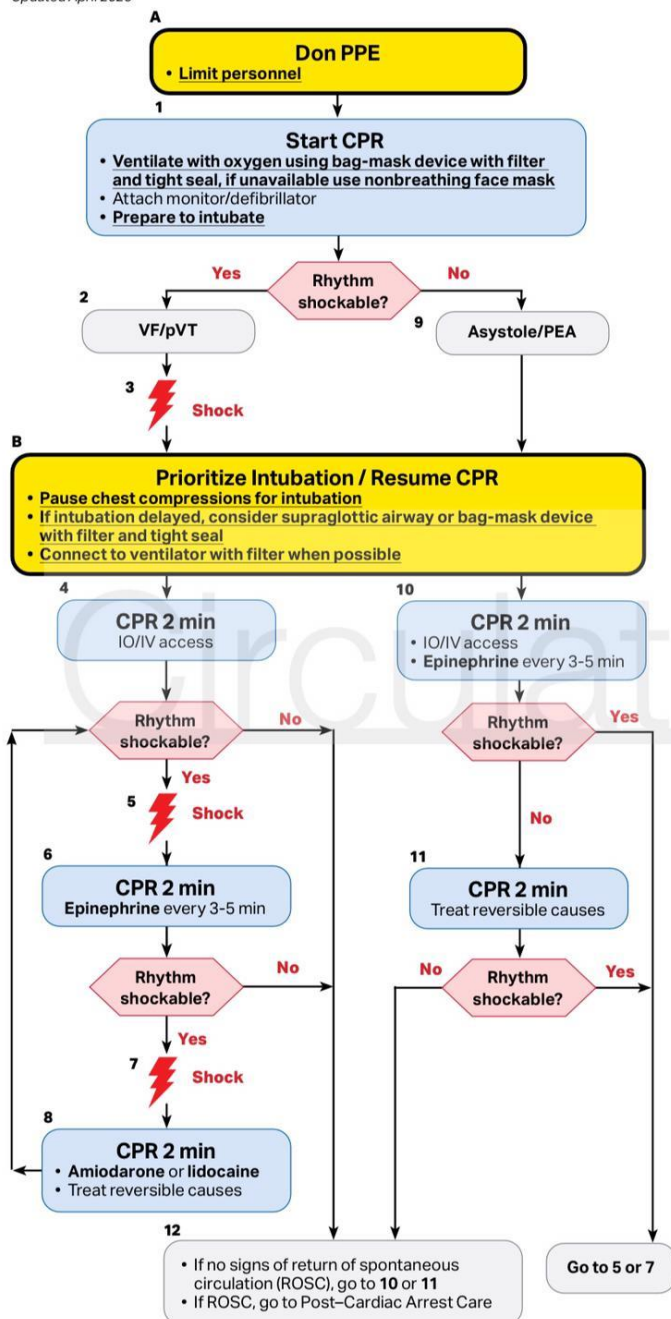
BLS Healthcare Provider Pediatric Cardiac Arrest Algorithm for the Single Rescuer for Suspected or Confirmed COVID-19 Patients

Updated April 2020



Pediatric Cardiac Arrest Algorithm for Suspected or Confirmed COVID-19 Patients

Updated April 2020



CPR Quality

- Push hard ($\geq \frac{1}{2}$ of anteroposterior diameter of chest) and fast (100-120/min) and allow complete chest recoil.
- Minimize interruptions in compressions.
- Avoid excessive ventilation.
- Change compressor every 2 minutes, or sooner if fatigued.
- If no advanced airway, 15:2 compression-ventilation ratio.

Shock Energy for Defibrillation

First shock 2 J/kg, second shock 4 J/kg, subsequent shocks ≥ 4 J/kg, maximum 10 J/kg or adult dose

Advanced Airway

- Minimize closed-circuit disconnection
- Use intubator with highest likelihood of first pass success
- Consider video laryngoscopy
- Prefer cuffed endotracheal tube if available
- Endotracheal intubation or supraglottic advanced airway
- Waveform capnography or capnometry to confirm and monitor ET tube placement
- Once advanced airway in place, give 1 breath every 6 seconds (10 breaths/min) with continuous chest compressions

Drug Therapy

- **Epinephrine IO/IV dose:** 0.01 mg/kg (0.1 mL/kg of the 0.1 mg/mL concentration). Repeat every 3-5 minutes.
- **Amiodarone IO/IV dose:** 5 mg/kg bolus during cardiac arrest. May repeat up to 2 times for refractory VF/pulseless VT.
- **Lidocaine IO/IV dose:** Initial: 1 mg/kg loading dose. Maintenance: 20-50 mcg/kg per minute infusion (repeat bolus dose if infusion initiated >15 minutes after initial bolus therapy).

Return of Spontaneous Circulation (ROSC)

- Pulse and blood pressure
- Spontaneous arterial pressure waves with intra-arterial monitoring

Reversible Causes

- Hypovolemia
- Hypoxia
- Hydrogen ion (acidosis)
- Hypoglycemia
- Hypo-/hyperkalemia
- Hypothermia
- Tension pneumothorax
- Tamponade, cardiac
- Toxins
- Thrombosis, pulmonary
- Thrombosis, coronary