

## Experiencia en el manejo del paciente crítico con COVID-19 en unidades de terapia intensiva Hospital México

Jimmy Quirós Rodríguez

Jefe Unidades Cuidados Intensivos Hospital Mexico

Recibido 03 de abril de 2020.

Aceptado 07 de abril de 2020.

Más que una experiencia clínica, esta pandemia ha tocado todas las fibras de los colegas involucrados en su manejo, entre los temores de una afectación por la enfermedad hasta el impacto del distanciamiento con sus familiares y personas amadas, y además, tratar de manejar y escoger la abrumadora cantidad de información médica, que en forma global, día a día y minuto a minuto, recibes por todos los medios tecnológicos disponibles ahora y que en eventos anteriores, jamás contamos. Esto ha motivado, en nuestra unidad de cuidados, el entendimiento de que solo la interacción, la discusión y el consenso en el manejo, en la protección del personal y en el uso del recurso, sea la manera más eficiente, de brindar el mejor servicio disponible a la población afectada. Políticas como la protección del personal de salud de mayor edad, reduciendo al máximo su exposición, brindando solidaridad de grupo y unión entre los involucrados directa e indirectamente en el manejo del paciente con Covid, esto ha permitido sobrellevar de la mejor manera una patología, que genera un alto grado de tensión y angustia.

Por supuesto escribir estas líneas, en momentos que no hemos sido abrumados o sobrellevados por el número de pacientes es muy diferente, a las situaciones caóticas que viven países como Italia, España y USA, nos permite suministrar cuidados máximos, con toda la tecnología disponible a estos pacientes y tener resultados satisfactorios hasta ahora.

Más que definir guías o estrategias, esto es una descripción de los que estamos haciendo, en base a experiencias de otras latitudes, que igual que nosotros, experimentan, en el día a día, con una enfermedad nueva y novedosa.

**Tratamiento antiviral:** en la fase temprana e inicial, el uso de medicamentos que reduzcan considerablemente la carga viral, parece que tiene impacto en la evolución del paciente, contamos en nuestro país con hidroxiquina, que se está suministrando a todo paciente positivo y que se mantiene por al menos 5 días, su uso se puede prolongar por algunos días más en el paciente crítico. Lopinavir queda restringido a aquel paciente, que presente compromiso pulmonar de cualquier magnitud, aunque sea para manejo ambulatorio, sin hipoxemia o aquel que tiene insuficiencia

respiratoria de algún grado y amerite hospitalización, se mantiene al menos por 5 días.

**Tratamiento inmunomodulador:** creyendo en la fase de augmentación inmunológica, donde sobreviene una descarga de citocinas e interleukinas, factor de necrosis tumoral, etc, hemos utilizado en el paciente con infiltrados pulmonares evidentes, con compromiso de su oxigenación, esteroides desde el día 6 de evolución de los síntomas, generalmente a dosis de 1 mgr/Kg de metilprednisolona, dividido en 2 dosis, por al menos 5 a 7 días.

Hemos tenido la oportunidad en 2 pacientes, en falla respiratoria con ventilación mecánica, utilizar plasmaferesis con resultados promisorios, donde hemos observado una mejoría rápida en las condiciones pulmonares, permitiendo la extubación temprana en los 2 pacientes. No contamos actualmente con con Tolicizumad, pero podría ser, según la literatura una muy buena opción para esta fase.

Hemos empezado a recolectar, junto al Banco de Sangre, suero de paciente recuperado que esperamos utilizarlo pronto, durante la segunda plasmaseparación, con aplicación de 200 a 400 ml en #2 ocasiones.

**Ventilación no invasiva:** el uso de ventilación por escafandra como tratamiento de la insuficiencia respiratoria moderada, es segura, con poco aerosol y un paso que si se acompaña del uso de pronación en paciente despierto, junto con tratamiento inmunoregulador puede detener necesidad de intubación. CAF a pesar de muchos temores por aerosoles, si se usa con aislamiento respiratorio en el paciente (mascarilla), es bastante seguro, permite prono despierto en forma más cómoda y con buenos resultados. No retrasar la ventilación si los parámetros no mejoran después de 2-3 hrs de uso (GCS <13, PAFI < 100, SAO2 <90%, inestabilidad hemodinámica, hipercapnia).

**Ventilación mecánica:** siguiendo recomendaciones de aceptación general podríamos decir, que utilizar altos niveles de PEEP al inicio no es buena idea, y puede ser muy peligrosa, ya que son pacientes con distensibilidad pulmonar muy conservada. Pronación debe ser una estrategia temprana

y repetitiva, teniendo hasta 7-8 ciclos de pronación por pacientes, con tiempos de prono y supinación entre los 16 a 24 horas. Evitar la relajación muscular prolongada, tratando de suprimir la ventilación espontánea, por las consecuencias ya conocidas. A pesar de mejorías en los patrones de oxigenación y la mecánica pulmonar hay que ser precavido en intentos de destete, hay que esperar un poco más para extubar, pues la tasa de reintubación es mucho más alta que en otros pacientes, lo que aumenta morbilidad y mortalidad. Realice pruebas de fuga de balón endotraqueal, antes de extubar previendo edema laríngeo post extubación. Tenga en cuenta los marcadores inflamatorios (PCR, Ferritina, IL-6, Dímero D) si están altos, no extube.

**Anticoagulación:** la evidencia reconocida por el aumento muy importante del Dímero D, hace de la anticoagulación una estrategia necesaria, utilizamos heparinas de bajo peso, a dosis de 0.5 a 1 mgr x kg, sobre todo de acuerdo a la función renal.

**Balace de líquidos:** a pesar de la tendencia en SDRA a manejar los balances muy neutros, en estos pacientes, las pérdidas insensibles pueden ser muy altas por taquipnea y fiebre elevada, cuidado con quedarse muy corto, pues la falla

renal puede ser agravada por este aspecto. Balances levemente positivos, entre 1 a 2 litros en pacientes febriles puede no ser problema, pero por supuesto evite sobrecarga de líquidos. El ecocardiograma para entender el status volumétrico es la mejor guía.

**Terapia de sustitución renal:** en todos los pacientes que hemos manejado, la falla renal no oligúrica ha sido la regla y ha ameritado el uso de soporte renal continuo, con anticoagulación completa, por la trombosis de filtro, producto de su hipercoagulabilidad.

**Antibioticoterapia:** esta debe estar estrictamente circunscrita a la aparición de aislamientos bacteriológicos que justifiquen su uso, el trabajo en conjunto con Infectología de nuestro hospital, ha permitido un manejo racional de los antibióticos.

Esto serían algunos de los aportes de nuestra experiencia que puedo hacer, en este momento de la crisis, donde todavía nos permite llevar un manejo consensuado, y científico, aunque como comprenderán, los resultados los veremos y los evaluaremos mucho más adelante en el tiempo.