



Bloque General Manejo COVID



GRUPO DE TRABAJO COVID SEDAR

MARZO, 2021

ÍNDICE

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS: Casos en estudio COVID**	2
2. INGRESO EN UCI/REA. CHECK-LIST	3
3. TRATAMIENTO Y MONITORIZACIÓN GENERAL.....	4
A. Monitorización/Cuidados generales	4
B. Fluidoterapia / Nutrición	5
C. Medicación.....	5
4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.....	6
5. HUMANIZACIÓN (Familia/paciente)	6

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS: Casos en estudio COVID**

Caso Sospechoso

Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Las personas con sintomatología compatible con COVID-19 que ya han tenido una infección confirmada por PDIA de SARS-CoV-2 en los 90 días anteriores no serán consideradas casos sospechosos de nuevo, salvo que clínicamente haya una alta sospecha, en cuyo caso será caso sospechoso de reinfección.

Los trabajadores de centros sanitarios y socio-sanitarios, dada la vulnerabilidad de su entorno laboral, serán considerados sospechosos siempre que presenten sintomatología.

Caso probable

Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.

Casos con alta sospecha clínico-epidemiológica con PDIA repetidamente negativa (al menos una PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento.

Caso confirmado con infección activa

Persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y con PDIA positiva.

Persona asintomática con PDIA positiva en los últimos 10 días y con IgG negativa en el momento actual o no realizada.

En un caso asintomático, una PDIA positiva se considerará infección activa a menos que estuviera disponible la información sobre el umbral de ciclos (Ct) de la PCR y el estado serológico obtenido por serología de alto rendimiento. Ante Ct bajos se considera infección activa y ante Ct altos y presencia de IgG G, infección.

Esta interpretación debe individualizarse ante situaciones especiales como inmunodepresión severa* o existencia de una alta probabilidad clínica y epidemiológica de padecer la infección.

*Pacientes hematológicos, Oncológicos en tratamiento activo, trasplantados hace menos de 1 año o más de un año en casos de inmunosupresión grave (rechazo...) y pacientes a tratamiento con más de 20mg de corticoides durante 3 o más semanas.

Caso descartado

Caso sospechoso con PDIA negativa y serología por técnicas de alto rendimiento negativa (si esta prueba se ha realizado) en el que en el que no hay una alta sospecha clínico-epidemiológica.

2. INGRESO EN UCI/REA. CHECK-LIST

A: VIA ÁEREA

- Posición tubo endotraqueal
- Presión neumotaponamiento
- Sistema de aspiración cerrado.
- Aspiración subglótica

B: RESPIRACIÓN

- parámetros respirador
- modo (¿sincronizado o no sincronizado?)
 - o frecuencia respiratoria
 - o presiones
 - o PEEP y compliance
 - o FiO₂
 - o Gasometría arterial: pH, PaO₂, PaCO₂ y PaFi
 - o Secreciones
 - o Auscultación pulmonar

C: CIRCULACIÓN

- Relleno capilar
- Presión arterial (aminas)
- Frecuencia cardíaca, (FC, QT y arritmias)
- PVC
- ScvO₂ (gasometría venosa)
- Lactato
- Débito urinario, balance fluidos/24h, Peso

D: DISCAPACIDAD

- GCS
- RASS
- CAM-ICU/Delirium
- Tamaño pupilar y reactividad pupilar a la luz

E: EXPOSICIÓN

- Vías acceso venosa/arterial
- Aspecto piel y mucosas y patologías
- Drenajes, tubos,
- Temperatura corporal
- Laboratorio: valores patológicos

F: NUTRICIÓN

- Glucemias
- Tolerancia nutrición enteral
- Peristaltismo intestinal y deposiciones (aspecto)

G: GENERAL

- Profilaxis gastrointestinal
- Profilaxis TVP
- Posicionamiento, movilización y fisioterapia

CHECKLIST DIARIO TRATAMIENTO

- Estado de reanimación (estabilidad clínica)
- Analgo-sedación (¿interrupción?, objetivo de sedación)
- Profilaxis GI
- Profilaxis TVP (profilaxis/dosis terapéuticas)
- Fluidos y electrolitos
- Nutrición y procinéticos
- Accesos intravenosos y otros
- Duración de antibioticoterapia y uso de esteroides
- Otros agentes inmunomoduladores
- Prevención de Delirium
- Prono/supino
- Información a la familia

3. TRATAMIENTO Y MONITORIZACIÓN GENERAL

A. MONITORIZACIÓN/CUIDADOS GENERALES

1. Aislamiento de CONTACTO y gotas (protocolo COVID, EPI).
2. Reposo y cuidados del paciente encamado. **Ver ANEXO I**
 - Supino: Cabecero 45°.
 - Prono: Anti-trendelenburg 30°.
3. Monitorización continua: ECG (derivaciones II y V₅), SatO₂, PANI/PAI. Individualizar canalizar VVC (paciente en ventilación mecánica invasiva).
4. Manejo respiratorio:
 - **VER BLOQUE VENTILACIÓN**
 - Protocolo de cuidados de NZ: control de neumotaponamiento (> 20 cmH₂O), higiene bucal con clorhexidina (0.12-0.2%) c/8h, aspiración subglótica, sistema de aspiración cerrado, sensor de EtCO₂. Recomendamos humidificación activa. Considerar traqueotomía percutánea/reglada, en caso de no previsión de destete precoz.
5. Control de diuresis horaria y balance hídrico diario y acumulado. Pesos diarios.
6. Vigilancia de temperatura central (por monitor). Si t^a> 38,5° extraer HC, URO y BAS.
7. Monitorización profundidad sedación: Monitor de hipnosis 40-60. RASS (según objetivo diario)
8. Realizar ECG basal y cada 24h.
9. Glucemias por turnos (objetivo < 180 mg/dl) y pauta de insulinoterapia según protocolo.
10. Colocar SNG. (NO usar sondas de poliuretano, deben ser de polivinilo o silicona).
11. Protocolos ZERO.
12. Escalas: APACHE II y CURB-65 al ingreso. SOFA y PaFiO₂ diarios.
13. Valorar Sonda rectal (Flexi-seal®) en situación de prono y diarrea.

B. FLUIDOTERAPIA / NUTRICIÓN

1. Soluciones balanceadas (1ª opción) SSF NaCl 0.9% (2ª opción) 15-20 ml/kg/día iv Importante estricto control BH discretamente negativo. Inicio NE a dosis trófica día 1-2. Valorar NPT complementaria.
2. Sueroterapia si posibilidad IOT. Nutrición precoz. Oral>enteral>parenteral (alto requerimiento calórico/ suplementos)
3. Si precisa procinéticos:
 - a. Eritromicina 100-250mg/8h (no más de 72h)
 - b. Metoclopramida (2ª opción)
4. Valorar Lactulosa y/o enemas (en caso de estreñimiento principalmente en fase de destete)

Consideraciones:

Deberían ser considerados malnutridos. Vigilancia del síndrome de realimentación.
Requerimientos nutricionales: Proteínas: 1.2-2.0 g/kg/día. Día 1-3: 15-20 Kcal/kg/día. A partir día 5: 25-30 kcal/kg/día.
Si VMNI: promover nutrición oral tan pronto como sea posible; si durante más de dos días no se alcanza el 60% del gasto energético, uso de suplementos orales hipercalóricos (1,5-2,0 kcal/ml) e hiperproteicos (> 30 g/día); si ingesta insuficiente más de 5 días, nutrición enteral (NE) o parenteral (NP) suplementaria
Si VMI: inicio temprano NE: 24-36 horas de ingreso en Unidad Críticos o 12h tras IOT; NE continua; inicio NE con fórmulas enterales poliméricas estándar, hiperproteicas (> 20 % de la energía total en forma de proteína); la NP suplementaria debe considerarse en los sujetos en que no se logre cubrir el GE a través de la NE (< 60 %) después de la primera semana en la UCI.

C. MEDICACIÓN

Ver protocolos: *ANTIBIOTERAPIA/INMUNOMODULADORE/ANTICOAGULACIÓN*

1. Noradrenalina en infusión continua para PAM 65 mmHg (valorar según ETT/monitorización) iv.
2. **Sedación.**
 - Titular dosis según RASS, clínica y monitor de hipnosis.
 - Siempre que sea posible, use bombas de perfusión independientes para cada medicación
- 2.1. Sedación TIVA:
 - 2.1.1. Fase inicial: morfina (100mg en 100cc SSF) 1.5mg/h morfina y propofol 2-4 mg/kg/h iv.
 - 2.1.2. Fase de destete:
 - propofol 2-4 mg/kg/h + remifentanilo 0.05-0.1 µg/kg/min
 - Valorar Dexmetomidina (0.7-1)
 - Quetiapina 50mg/24h noche, o 50mg/12h según necesidades.
- 2.2. Sedación balanceada:
 - 2.2.1. Sedación inhalatoria con Sevoflurane (para CAM 0.6-1.2) vía inhalatoria. Remifentanilo 0.05-0.1 mcg/kg/min IV. Valorar Dexmetomidina en fase destete.
3. Si precisa BNM (por asincronías, y tras asegurar adecuada analgesia y sedación):
 - 3.1. Bolos como opción inicial
 - 3.2. Si aun así persiste:
 - 3.2.1. Cisatracurio: dosis de carga (0,15 mg/kg) + perfusión continua (1-2 mcg/kg/min) iv
 - 3.2.2. Rocuronio: dosis de carga (0.6 mg/kg) + perfusión continua (0.4 mg/kg/h) iv.
 - 3.2.3. Reevaluación diaria, valorar posibilidad de monitorización con TOF para vigilancia de viabilidad y duración de la perfusión.
4. Omeprazol 20 mg iv cada 24h. (o pantoprazol 40mg iv cada 24h)
5. Si fiebre: paracetamol 1 g iv y medidas físicas. Si precisa como 2ª línea Ibuprofeno/Metamizol alternando. Valorar el uso del metamizol solo en caso de no existir linfopenia.
6. Considerar terapia diurética con furosemida (valorar para BH negativo).
7. Valorar uso de Acetilcisteína nebulizada si no existen contraindicaciones.
8. Técnicas continuas de reemplazo renal según recomendaciones KDIGO

4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

1. **Hemograma, bioquímica** [incluyendo: perfil hepático, renal, daño miocárdico, LDH, Proteína C Reactiva, PCT (solo en contexto de sobreinfección), IL-6, ferritina] y coagulación con D-dímero. Solicitar al ingreso y cada 24 h.
2. **Cultivos microbiológicos:** HC, frotis nasofaríngeo (PCR virus respiratorios + Cov-2) o BAS en paciente en ventilación mecánica (PCR virus respiratorios + Cov-2), antigenemia, antigenuria (*S. pneumoniae*, *Legionella*), frotis rectal y nasal, hongos y VIH. Considerar solicitud de Galactomanano en BAS/sangre en caso de sospecha de Aspergillosis. Si población endémica descartar infección por Strongyloides/Chagas
3. **Cultivos de colonización** (frotis axilar, rectal, faríngeo) a partir del 7º día.
4. **Radiografía de tórax portátil y/o ecografía pulmonar.** Realizar al ingreso y valorar según evolución.
5. **ETT/monitorización de gasto cardíaco** ante sospecha de miocardiopatía.
6. **Otros perfiles analíticos** (perfil lipídico, tiroideo, férrico y nutricional) cada 7 días.
7. **PCR de control SARS-Cov-2 y serología** cada 7 días.

Si tratamiento con tocilizumab: radiografía de tórax y control analítico 12 h tras la primera dosis.

5. HUMANIZACIÓN (Familia/paciente)

INFORMACIÓN VÍA TELEFÓNICA A LAS FAMILIAS PACIENTES COVID

- Ser muy puntuales con los horarios de información.
- Presentarnos.
- Hablar siempre con el mismo familiar. Importante anotar en la historia nombre de pila y parentesco.
- No informar dos veces, crea confusión.
- Informar SIEMPRE al ingreso y confirmar que el paciente se encuentra en UCI. Volver a informar en el horario de información establecido.
- Decir siempre que se les llamará ante un empeoramiento relevante a cualquier hora.
- Por restricciones sanitarias las visitas no suelen estar permitidas, no obstante intentar facilitar las visitas si la situación lo permite al menos 1 familiar por paciente (siempre el mismo) y asegurándose que cumple todas las medidas de aislamiento (EPIs, mascarilla FFP2 mínimo). En caso de situación de extrema gravedad y fallecimiento intentar facilitar la visita y el duelo siempre.
- Preguntar cómo está la familia y consolar.
- Facilitar la comunicación con los familiares mediante videoconferencia con dispositivos móviles y tablets (implicar a enfermería)
- **Ver Anexo II**