

PROCOLO MANEJO COVID-19 EN UCCQ HULP

CRITERIOS DE INGRESO EN UCI (1 mayor o 3 menores)

Crterios mayores:

- Necesidad VMI
- Shock (necesidad DVA)

Crterios menores:

- FR > 30
- PAFI < 250
- Infiltrados multilobulares
- Confusión/desorientación →
- Uremia > 20mg/dL
- Leucopenia < 4000/mm³
- Trombopenia < 100.000/mm³
- T^a < 36,8°C
- HipoTA con necesidad de fluidoterapia agresiva



INGRESO EN UCCQ

Monitorización básica. Valorar PAI y CVC

Gasometría

AS: HG, coag, BQ (FR, F. hepática, PCR, PCT, CK, LDH, Tropo, DD, IL-6).

HC, frotis nasofar. (esp = Inf A y B + Cov-2) o **BAS** (IOT = Inf A y B, Cov-2, bacterias, hongos). **Antigenurias. Frotis rectal y nasal.**

Rx de tórax. Eco pulmonar.

EcoTT/monitor de GC

SEDACIÓN Y RNM

Inicial: Propofol + remifentanilo PC. **Objetivo RASS -5.**

BIS 40-60. Reevaluar cada semana (TG y CK)

Añadir dexdor PC si necesidad propofol dosis altas.

RNM: **Cisatracurio** dosis de carga (0,15 mg/kg)+perfusión continua (1-2mcg/kg/min) o **Rocuronio** dosis de carga (0,6 mg/kg)+perfusión continua (0,3-0,6 mg/kg/hora). **Reevaluar cada día.**

MANEJO RESPIRATORIO

SpO₂ < 90% iniciar GN o VMK para SpO₂ >91%. Escalar a M reservorio 10-15L (cubrir con M. quirúrgica)

No usar VMNI ni GNAF. Evitar aerosolterapia. Considerar traqueostomía precoz (7-10d, percutánea).

CRITERIOS IOT

Clínicos: Disnea mod-grave, trabajo respiratorio, tiraje, resp abdominal. FR > 30.

Gasometría: PAFI < 200 // Necesidad FiO₂ > 0,4 para SpO₂ 92% // pH < 7,35 o pCO₂ > 45mmHg.

Preparar BIS, TET aspiración subglótica + respirador con sistema de aspiración cerrado y sensor de EtCO₂.

IOT DE SECUENCIA RÁPIDA

- Preoxigenación 5 min
- IOT + P cricoidea.
 - **Estable:** Propo + fenta + rocu (1mg/kg)
 - **Inestable:** Ketamina (1-1,5mg/kg) + fenta + rocu 1mg/kg
- Conectar a respirador. Conectar asp. subglótica, colocar K-30. Control neumotap. (25-30cmH₂O)
- Rx de tórax de control.

PARÁMETROS PROTECCIÓN PULMONAR

Vt = 4-6 ml/kg

Pplateau < 28cmH₂O. Pplateau - PEEP < 15cmH₂O

Hipercapnia permisiva (pH ≥ 7,20). Intentar FR máx 18.

I:E inicial 1:2.

PEEP inicial 8-12 (óptima), no > 14.

Luego PEEP óptima.

OBJETIVOS

SpO₂ 82-90%;

PO₂ 55-85mmHg;

PaCO₂ pH > 7,20.

MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO

El reclutamiento y el prono no siempre resuelven la hipoxemia. Reducir los objetivos

Maniobra 1:

1. Cambio a **modo presión control** con una **Pi de 15 cmH₂O.**

FR de 15 rpm. Relación I:E de 1:2

PEEP inicial = PEEP previa. FIO₂ de 1.0

2. **Aumento** progresivo del nivel de **PEEP de 5 en 5 cmH₂O cada 30 segundos** hasta alcanzar un nivel de **PEEP de 25-30 cmH₂O** (según tolerancia HDN). **Mantener driving pressure 15.** En el último paso se mantendrá **2 minutos.**

Cálculo de PEEP óptima:

1. Se ajustarán los **parámetros ventilatorios** que el paciente **tenía** antes de comenzar la maniobra de reclutamiento excepto por el **nivel de PEEP que se ajustará en 18 cmH₂O.**

2. **Descenso** progresivo del nivel de **PEEP de 2 en 2 cmH₂O** mientras se produzca una mejora de la compliancia del sistema respiratorio

3. El nivel de **PEEP óptimo** es el de mejor **Cr_s + 2 cmH₂O** Tras esta primera maniobra, llevaremos a cabo un segundo reclutamiento inmediatamente después.

Maniobra 2:

1. Cambio a **modo PC** con una **Pi de 15 cmH₂O. FR de 15.**

I:E de 1:2. PEEP de 20 durante 30 segundos. **FIO₂ de 1.0**

Una vez realizada la segunda MR se ajustarán los parámetros previos a la MR 1 junto con el nivel de PEEP óptima.

CRITERIOS PARA PRONO

NO SIEMPRE ES LA SOLUCIÓN PARA ESTE DISTRESS.

Prono 16h diarias. Posición nadador (cambios cada 2h).

Reevaluación de parámetros en fases de supino. **Si no responde a un primer prono, no volver a pronar.**

ECMO: Pacientes con SDRA < 7d evolución y VT 6ml/kg, PEEP y FIO₂ > 0.8 que mantienen: PAFI < 50 mmHg > 3h a pesar de optimización // PAFI < 80 mmHg > 6h igual que 1 // pH < 7.25 con PaCO₂ > 60 (por VMI protectora)

PROTOCOLO MANEJO COVID-19 EN UCCQ HULP

TRATAMIENTO GENERAL

- **Fluidoterapia restrictiva.** Balance neutro/negativo. **Albúmina 20% 2 viales/8h** desde el inicio.
- **Si hipoTA NAD precoz (monitorizar ecoTT o monitor GC)**
- **Si sobreinfección (shock séptico+PCT>2ng/ml)** → Actocortina 200mg iv PC cada 24/h + Vit C 1,5 gr iv /6h + Tiamina 200mg iv /12h.
Si sospecha de sepsis/shock séptico asociado a sobreinfección (**valorar a partir del 5 día de ingreso**), antibióticos empíricos a **consensuar con resto del equipo en sesión**. Si urgente (shock séptico) ceftriaxona.
- **TCRR:** Indicaciones habituales. **Elección acceso femoral por si precisa pronación.**
- **Soporte nutricional:**
Paciente despierto: Dieta absoluta (riesgo de IOT)
Paciente IOT: NET trófica día 3-4 +/- NTP complementaria.
- Se recomienda no usar o retirar IECAS, ARAII y AINES
- Anticoagulación profiláctica sc según coagulación y medias de compresión neumática.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

(Consentimiento informado para uso hidroxiclороquina fuera de ficha técnica)

Paciente extubado: Hidroxiclороquina 200mg/12h por SNG 5-14 días (*No si FG<10*) + azitromicina 500mg/24h iv +/- Tocilizumab*

*Si **DD o PCR o IL-6 elevados** añadir **Tocilizumab 8mg/kg** (máximo 800mg) en 100 ml de SSF en infusión iv en 1 hora. 2ª dosis si no mejoría o aumento de IL-6 tras 12h.

No administrar si:

AST/ALT >x5, <500 NF, <50.000 PLQ.

Sepsis otra causa, inmunosupresores en trasplante, mal pronóstico (comorbilidad), diverticulitis perforada/perf.intestinal, infección cutánea.

Rx tórax y control analítico 12h tras primera administración.

Paciente intubado: Dexametasona 20mg iv durante 5 días y reducir a 10mg durante otros 5 días + Hidroxiclороquina (misma dosificación) + azitromicina 500mg/24h iv. Se valorará remdesivir individualmente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Diarias: Hemograma, coagulación, bioquímica: perfil hepático, PCR, PCT, CK, LDH.

Rx tórax y control analítico 12h tras primera administración de Tocilizumab.

Cada 48-72h: Rx de tórax (salvo empeoramiento).

Semanal: Perfil lipoproteico (hipertrigliceridemia, TSH, T4, Perfil férrico, Albúmina y Prealbúmina); **Primera PCR de control COVID 19 tras 7 días.**

DESTETE

- 1.- Ausencia de progresión de las lesiones radiológicas
- 2.- PaO₂ > 55-60 mmHg con FiO₂ 0.4 (PAFI > 150) con PEEP < 10 cmH₂O.
- 3.- Estabilidad hemodinámica (FC < a 120 lpm y ausencia de requerimiento vasopresor a dosis altas)
- 4.- Ausencia de fiebre alta o de procesos que puedan comprometer la eficacia de la ventilación

Cuidado con mejorías iniciales. Alta tasa de fracaso del destete y reIOT

FIN DE AISLAMIENTO

Mejoría clínica y dos resultados de PCR negativo en dos muestras respiratorias obtenidas con una separación mínima de 24h entre ellas y tras la finalización de los síntomas.