



GOBIERNO DE
MÉXICO



Manejo y abordaje iniciales de pacientes con COVID-19

Dr. Edmundo Rivero Sánchez

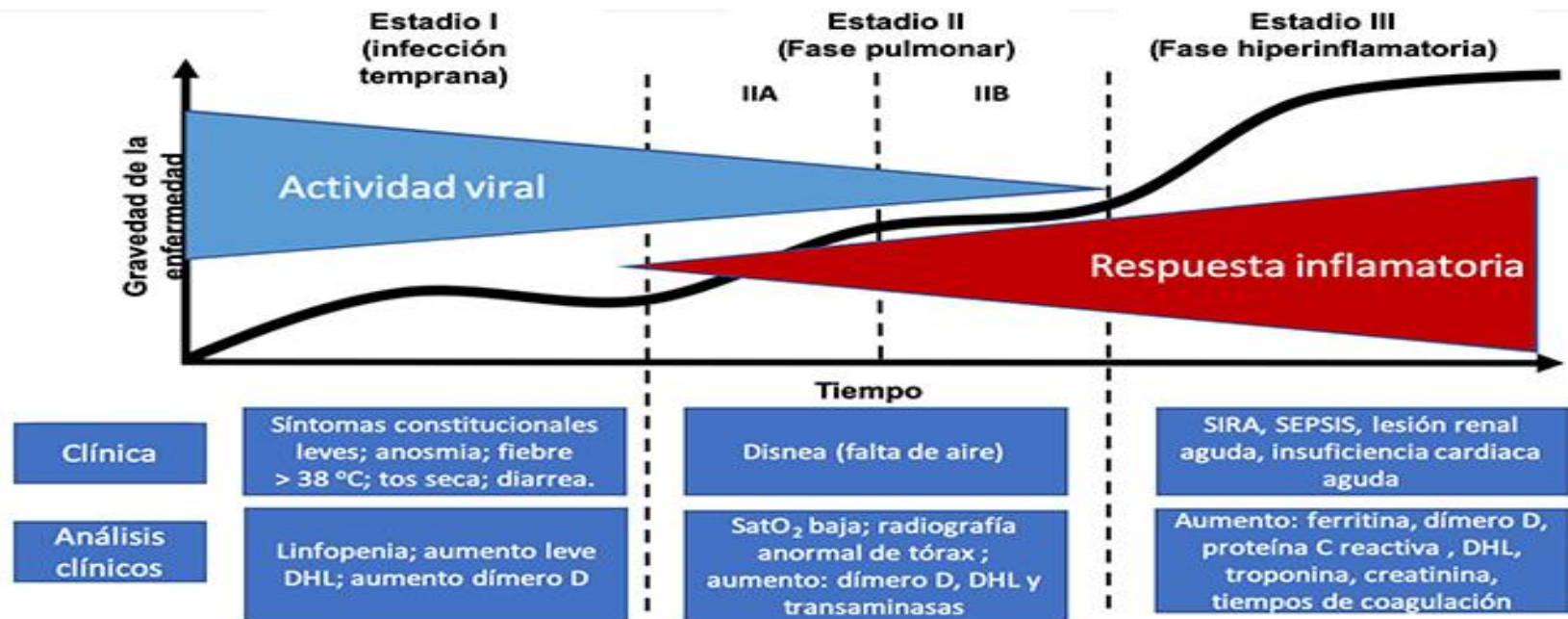
Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Médica
Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel

Objetivos

1. Analizar el curso clínico de la enfermedad por COVID-19.
2. Identificar cuál es el abordaje inicial de pacientes con sospecha de COVID-19.
3. Conocer las opciones de tratamiento disponibles para COVID-19.
4. Establecer a partir de un caso clínico cuáles son las opciones de tratamiento en pacientes con COVID-19.

Fases Clínicas

Fases de la COVID-19



Modificado de Siddiqi y cols.

Evaluación inicial

Evaluación de Riesgo de muerte en NAC Escala CURB-65/ CRB-65

CURB-75

CURB	CRB	Factores clínicos (1 punto por cada item)	Puntos	Riesgo de Muerte (30 días)	Manejo clínico
65	65		0	0,7%	Bajo riesgo.
C	C	<u>C</u> onfusión mental.	1	2,7-3,2%	Considerar tratamiento en el domicilio
U	-	<u>BUN</u> ≥ 20 mg/dl	2	6,8-13%	Valoración en hospital. Corta hospitalización o Tto. estrechamente supervisado
R	R	F. <u>R</u> espiratoria ≥30 rpm	3	14-17%	Neumonía severa
B	B	Low <u>B</u> lood Pressure: PAS <90 mmHg ó PAD < 60 mmHg	4	27-41%	Ingresar y considerar UCI
65	65	Edad ≥ 65 años	5	57%	

Lim WS, Macfarlane JT, Boswell TC, Harrison TG, Rose D, Leinonen M, Saikku P. Thorax. 2001;56(4):296-301
Ochoa O, et al. Aten Primaria. 2013;45:208-15 McNally M, et al. Br J Gen Pract. 2010;60: 423-433

Valoración de la sepsis:

Clasificación

IMPRESCINDIBLES
Repaso de última hora sobre lo que debes llevar seguro el día de la OPE

QUICK SOFA

-Glasgow \leq 13
-TAS \leq 100 mmHg.
-FR \geq 22 rpm.

2/3 →

VALIDEZ PREDICTIVA SIMILAR AL SOFA:
Permite detectar pacientes con **SOSPECHA DE INFECCIÓN.**

qSOFA

HYPOTENSION
(systolic BP < 100)

AMS
(GCS < 13)

TACHYPNEA
(RR > 22)

\geq 2 suggests risk of poor outcome

n-enfermería

Estudios Iniciales

Laboratorio

- Panel Metabólico
- Perfil Hepático
- Función renal y EGO
- CPK y troponinas
- Biometría hemática
- Tiempos de coagulación

Marcadores de inflamación

- Dímero D
- Ferritina
- Proteína C reactiva y VSG
- IL 6
- LDH

Gabinete

- Radiografía Tórax
- EKG
- TAC tórax (solo diagnóstico diferencial)

Clasificación

80% casos

15% casos

Neumonías Leves	Neumonías severas
CURB 65 de 0 o 1	CURB 65 2 o más
	Frecuencia respiratoria => 30
	Saturación en reposo menor de 93%
	PaO ₂ /Fio ₂ < 300

Enfermedad crítica

5% casos

Choque

Necesidad de ventilación
mecánica

Disfunción orgánica

Predictores de mal pronóstico

Clínica

- > 65 años
- Comorbilidades
- Qsofa >1
- CURB 65 > 1
- SIRA
- FR mayor 24
- Saturación menor 90%
- Hipotensión
- Oliguria
- Hipoxemia refractaria

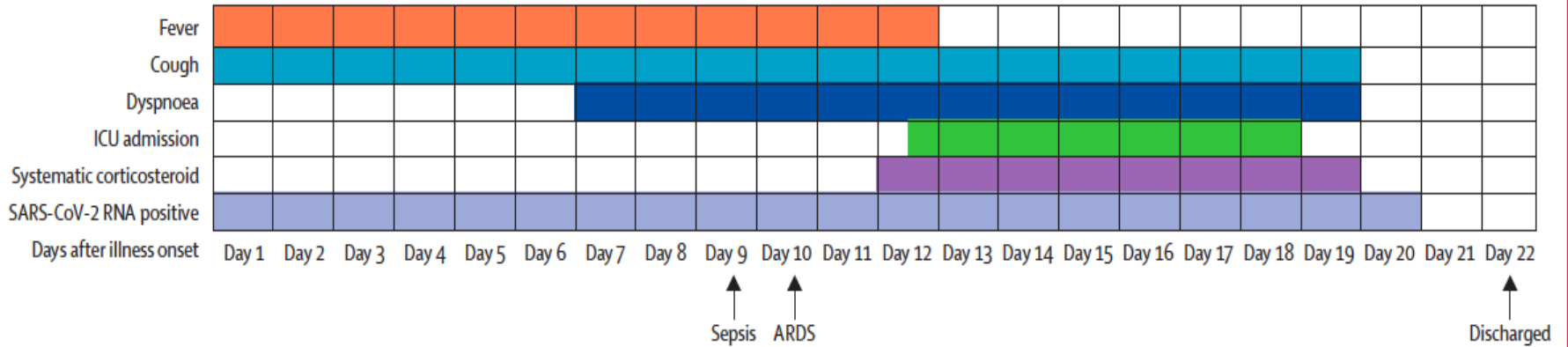
Laboratorio

- Linfocitos menores de 800
- Trombocitopenia
- LDH mayor 1000
- Leucocitosis
- > procalcitonina
- Dimero D mayor de 1000
- Rx con > 50% afectación
- Aumento de enzimas hepáticas
- Aumento de reactantes de fase aguda

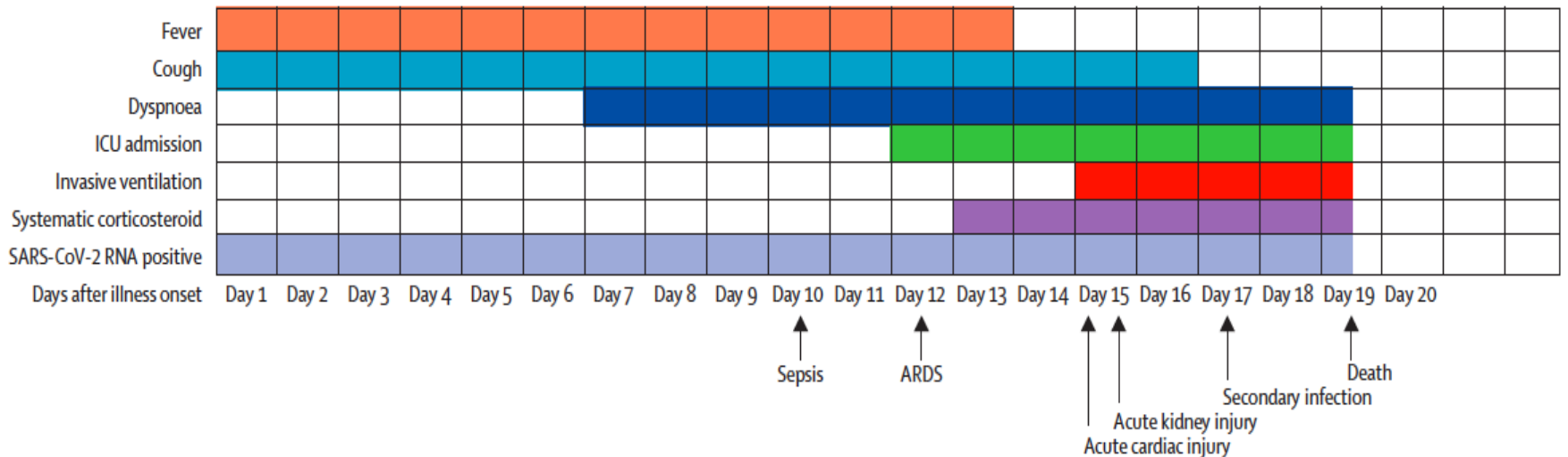
Lancet 2020; 395: 1054–62

Evolución clínica

Survivors



Non-survivors



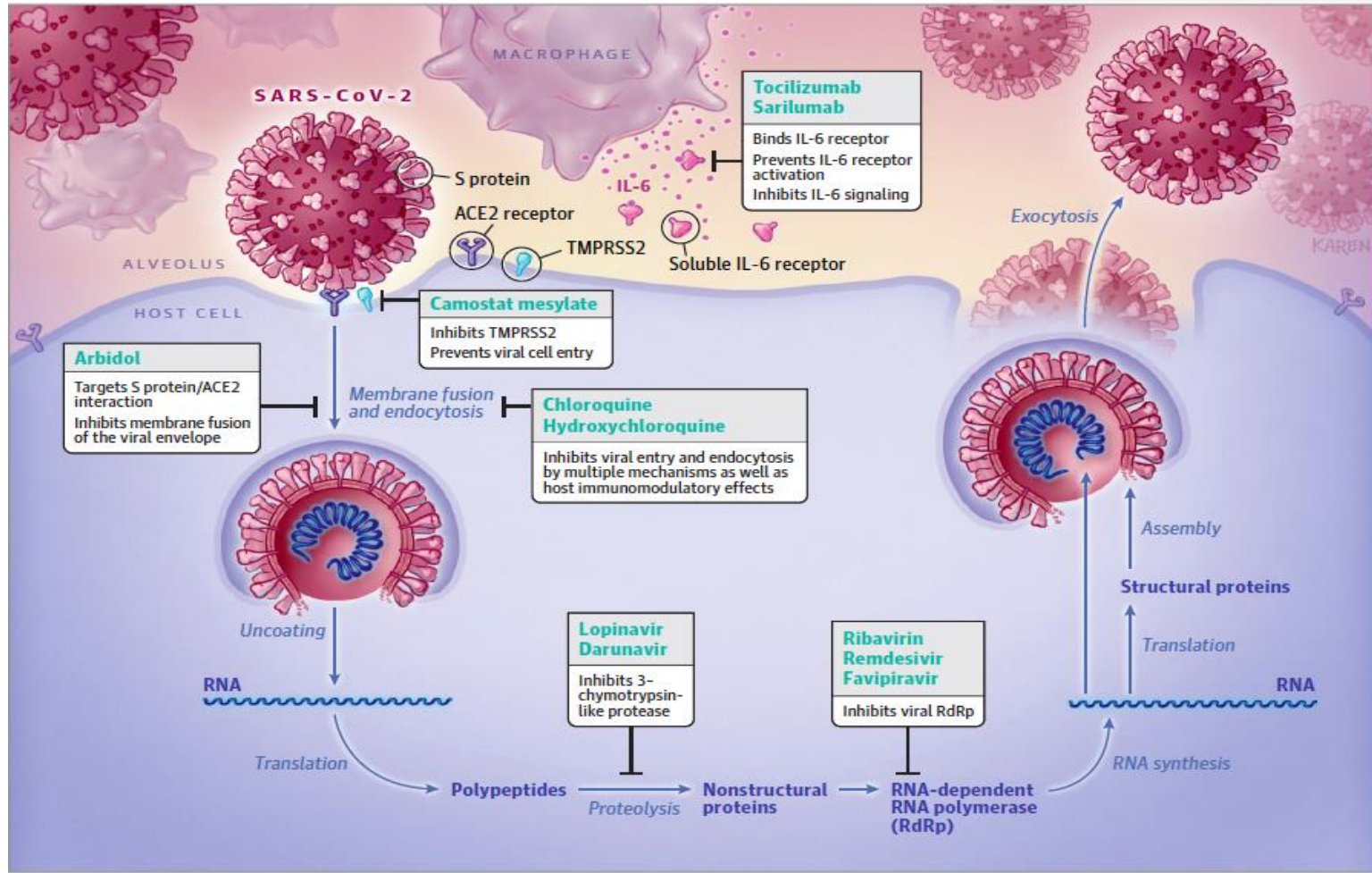
Tratamientos disponibles

Medicamento	Mecanismo de acción	Tipo de estudio	Resultados
Cloroquina e Hidroxiclororoquina	Inmunomodulador Disminuye replicación viral	Retrospectivos. Series de casos.	No es efectivo en disminuir mortalidad.
Remdesevir	Inhibidor de polimerasa viral	Observacionales, retrospectivos, ensayos clínicos	No mejora la evolución de la enfermedad.
Lopinavir/ritonavir	Antiviral	Retrospectivos, ensayos clínicos.	No disminuye mortalidad ni necesidad de ventilación.
Interferon beta+Lopirito+rivabirina	Antiviral e inmunomodulador	Ensayo clínico	Disminuye la carga viral 4 días.
Azitromicina	Antibiótico con propiedad inmunomoduladora	Retrospectivos	No disminuye mortalidad
Plasma convalecente	Inmunomodulador	Reporte de casos	Recuperación más rápida
Tocilizumab	Bloquea receptor IL6	Series de casos	Mejoría función respiratoria
*Heparinas de bajo peso molecular	Antitromboticos	Estudios retrospectivos	Reduce mortalidad
Oseltamivir	Ninguno demostrado in vitro		NO USAR
Esteroides	Inmunomoduladores	Retrospectivos	Discrepancias

Tratamientos disponibles

Medicamento	Mecanismo de acción	Tipo de estudio	Resultados
Umifenovir (arbidol)	Inhibe la fusión proteína S y receptor ECA	Estudios observacionales	No ha mostrado eficacia
Interferon Alfa y Beta	Inmunomodulador	In vitro o en combinación	No mejora la evolución de la enfermedad.
Nitazoxanida	Antihelmintico	In vitro	No se dispone de datos clínicos.
Mesylato de camostat	Inhibidor de serinproteasa	In vitro	No se dispone de datos clínicos
Favipiravir	Inhibe RNA polimerasa	Retrospectivos	
Sarilumab/bevacizumab	Inmunomodulador	In vitro	No se dispone de datos clínicos
Inmunoglobulina	Inmunomoduladr	Solo reportes parciales	Sin datos clínicos
Ivermectina	Inhibe replicación viral	Estudios observacionales	Disminuyo mortalidad y necesidad de ventilación

Tratamientos



JAMA. 2020;323(18):1824-1836.
doi:10.1001/jama.2020.6019

Soporte hemodinámico

- Cristaloides de forma conservadora
- Norepinefrina

Ventilación

- sat O₂ entre 90 y 96%
- VM : Volumen Tidal 4-8ml/minuto
- Presión meseta <30 cm H₂O
- PEEP alto > 8

SIRA Moderado o Severo

- Posición prona 12-16hrs día
- Bloqueo neuromuscular

¿Plasma de pacientes convalecientes ?
¿Inmunoglobulina?
¿Esteroides?

Caso clínico

Hombre de 45 años de edad sin antecedentes de enfermedades crónicas. IMC 25.

Padecimiento actual

5 días de evolución con fiebre de 38.5, mialgias, cefalea de moderada intensidad, dolor torácico de tipo pleurítico. TA 120/70, FC 100, FR 22. saturación por oxímetro al aire ambiente 93%. Peso 60kg
CRB 65 0.

¿Se debe hospitalizar?

**¿Qué tratamiento
prescribir?**



Respuesta:

No debe hospitalizarse

Medidas generales

1. Indicar datos de alarma:
 - Acudir si la frecuencia respiratoria es igual o mayor de 30
 - Oximetría de pulso menor de 90
 - Datos de dificultad respiratoria
2. Pronación.

Medicamentos:

- Azitromicina
500mg cada 24 horas por 7 días.
- Paracetamol 1g VO
cada 6 o cada 8 horas.

Enfermedad Leve

Evolución

4 días después el paciente regresa a urgencias por la presencia de disnea de pequeños esfuerzos y persistencia de la fiebre.

A la EF glasgow de 15 puntos, FR de 28, T 38.3. TA 120/70. saturación por oxígeno al aire ambiente 85%.

Hb 15.5g. Plaquetas 186 000, leucocitos 3500, **linfocitos 600.**

Creatinina 0.8mg, BUN 28mg, urea 40mg, glucosa 90mg. PFHs normales. CPK normal.

DHL 1200

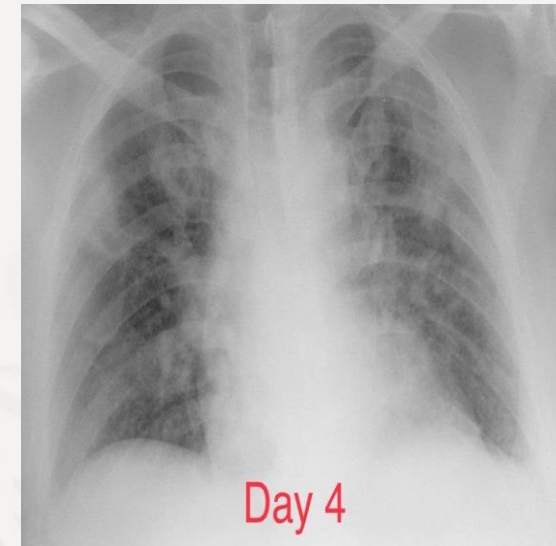
EGO sin alteraciones

EKG: ritmo sinusal sin alteraciones

Dímero D: 2500

VSG y proteína C reactiva elevadas

PH 7.38, PaCO 45, PaO2 65, saturación 90%. Con Fio2 al 36%.



**Neumonía
severa**

Neumonía severa

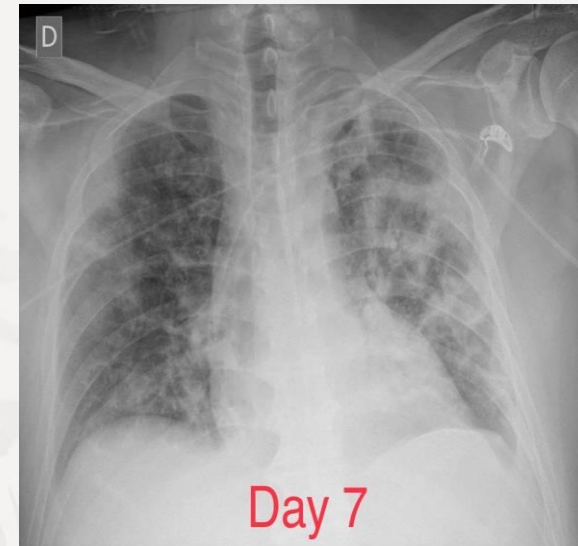
1. Oxígeno a través de puntas nasales o preferentemente por mascarilla con bolsa-reservorio de 5 a 7 litros por minuto.
2. Posición prona.
3. Enoxaparina 60mg sc cada 24 horas.
4. Doble esquema antimicribiano:
ceftriaxona 1g iv cada 12 horas +
azitromicina 500mg cada 24 horas o
claritomicina 500mg cada 12 horas por 7
días o levofloxacino 500 a 750mg IV cada
24 horas + macrólido.
5. Considerar uso de metilprednisolona
1mg/kg/IV cada 24 horas

Evolución

Día 7: Se refiere con aumento de la disnea y somnoliento
FR 36, FC 120, T 38.7, saturación por oxímetro 80% pese a oxígeno suplementario.

Gasometría arterial: pH 7.35, PaCO₂ 50, PaO₂ 50, HCO₃ 20. sat 70% con FIO₂ al 40%. IK 125

**Hipoxemia refractaria a
tratamiento
SIRA moderado**



Tratamiento

1. Intubación secuencia rápida
2. Ajustar dosis de enoxaparina 60mg cada 12 horas.
3. Considerar uso de esteroides 60mg IV cada 24 horas por 5 días.
4. Propofol 1g pasar a 6ml por hora y hasta 30ml por hora hasta mantener un $R_{aSS} < -4$ o Midazolam 150mg en 150ml pasar a 6 ml por hora o hasta 30ml por hora.
5. Considerar uso de vecuronio: 10 ampolletas en 100ml de solución salina pasar a 10 ml por hora.
6. Buprenorfina 75 a 150mcg IV cada 8 horas.
7. Pronación temprana de 18 a 24 horas.



Conclusiones

- La estratificación inicial del riesgo del paciente permitirá determinar cuál será el tratamiento más adecuado.
- Los pacientes con enfermedad leve habitualmente requieren tratamiento domiciliario.
- No hay hasta la fecha ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado reducir la mortalidad, progresión a formas graves o acortar la duración de la enfermedad en ensayos clínicos controlados.
- El tratamiento conservador y de soporte es lo que ayudará al paciente.
- La vigilancia estrecha y continua es indispensable para tomar decisiones oportunas en el paciente.

Contacto:

edmundors1978@gmail.com