

Preguntas Guías Terapéuticas

A. Esteroides

1. Profundizar más sobre el uso de esteroides

a. ¿Qué corticoesteroides es el de elección en un paciente hospitalizado y pre-hospitalizado?

No utilizar corticoesteroides en pre-hospitalización. Utilizar corticosteroides en pacientes hospitalizados si tienen requerimiento de oxígeno. Pueden utilizar cualquier corticoesteroide con tal que se adecue a la dosis de dexametasona 6 mg/día x 10 días.

Para realizar los cálculos de conversión de equivalencia de esteroides te recomendamos visitar el siguiente enlace donde encontrarás una calculadora práctica y muy fácil de utilizar.

<https://opencriticalcare.org/resources/corticosteroid-conversions-for-covid-19/>

Para consultar los lineamientos actuales en el manejo terapéutico pueden consultar el siguiente tablero dinámico:

<https://opencriticalcare.org/es/tablerocovid19/>

b. ¿En qué casos de COVID-19 se debe usar los corticoides?

COVID-19 con hipoxemia que requiere de oxígeno suplementario.

Adjunto aquí artículo sobre el uso de esteroides y sus beneficios:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770279>

i. ¿Cuáles son las dosis mínimas y máximas que se recomiendan?

Puedes utilizar la tabla a continuación donde se enuncia la dosis según el esteroide que prefieras.

No hay evidencia que compruebe que el uso de dosis elevadas mejore los resultados.

Corticosteroide	Dosis	Duración
<i>Dexametasona (uso preferible)</i>	6 mg IV u oral diario	10 días
<i>Hidrocortisona</i>	50 mg IV cada 8 hrs	10 días
<i>Metilprednisolona</i>	15 mg IV dos veces al día	10 días
<i>Prednisona/Prednisolona</i>	40 mg oral diario	10 días

ii. ¿Cuántos días se recomiendan usar como máximo?

10 días.

c. ¿En el caso de elevación de marcadores inflamatorios y deterioro clínico ¿Recomendaría aumentar dosis de esteroide o continuar igual dosis?

Recomendamos mantener las dosis de esteroides. En caso de deterioro clínico, sugerimos considerar el uso de antagonistas de IL-6, como tocilizumab. Según los ensayos RECOVERY y REMAP-CAP, se puede considerar el tocilizumab en pacientes

críticamente enfermos además de los corticosteroides, si el paciente se encuentra hospitalizado tempranamente y si no tiene contraindicaciones para su uso.

A continuación, compartimos este recurso con evidencia científica relacionada al uso de antagonistas de IL-6 en pacientes críticos:

https://airtable.com/shrotaa0TOXrHFFsk/tbl2bwt3ywyTqJUIA?filter_Topic=Tocilizumab

d. ¿Recomienda usar "pulsos" de esteroide a dosis altas?

No se recomienda. Las guías y la evidencia disponible no apoyan el uso de dosis superiores a 20 mg de dexametasona (o equivalente) por día o ciclos recurrentes de esteroides sistémicos para el COVID-19 crítico progresivo o resistente.

2. Esquema de uso de la dexametasona

a. ¿Qué cantidad de días se recomienda con el uso de dexametasona en pacientes hospitalizados?

El periodo de tiempo recomendado es de 10 días.

b. ¿se usa siempre que tenga oxigenoterapia?

Correcto, el uso de esteroide se recomienda en aquellos casos COVID-19 con hipoxemia que requieren oxígeno suplementario.

c. ¿Cuánto son las dosis máximas que recomiendan en cuanto a la dexametasona en un paciente dependiente de oxígeno? He visto 32 mg al día

Para el uso de la dexametasona, la dosis recomendada es de 6 mg diario IV u oral cada día por 10 días.

d. Si un paciente lleva más 10 días utilizando Ventilación mecánica o alto flujo ¿se debería seguir utilizando dexametasona después de los 10 días?

No se recomienda terapia con corticoesteroides en periodos mayores a 10 días.

B. Antiinflamatorios

3. No se mencionó nada sobre el uso de colchicina ¿Es útil en COVID?

No hay evidencia a favor o en contra. Idealmente, no utilizar fuera de un ensayo clínico.

Recomendamos utilicen el tablero dinámico de evidencia del portal Open Critical care en Español:

<https://opencriticalcare.org/es/tablerocovid19/>

a. ¿Se recomienda el uso de colchicina en manejo de pacientes con neumonía moderada por COVID?

No se recomienda. Su eficacia aún no está respaldada por los datos aleatorizados de ensayos clínicos y las guías no recomiendan su uso rutinario fuera de un ensayo clínico, aunque se espera que múltiples ensayos amplios publiquen resultados pronto.

b. ¿Tiene alguna experiencia con el uso de la Colchicina en pacientes ambulatorios con parámetros inflamatorios elevado?

Nosotros no tenemos experiencia, no lo utilizamos en nuestros pacientes.

C. Antivirales

4. ¿Cuál es el antiviral con mejor efecto hasta el momento?

No existen anti-virales específicos para el SARS-CoV-2. El Remdesivir funciona indirectamente y las recomendaciones actuales sobre el uso del remdesivir son diferentes según la institución. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya no recomienda el uso de este para los pacientes con COVID-19, según los resultados de su metanálisis publicado, que incluyó los resultados del ensayo WHO SOLIDARITY.

5. ¿Por cuánto días es recomendado el uso del Remdesivir? ¿o depende de la evolución clínica del paciente?

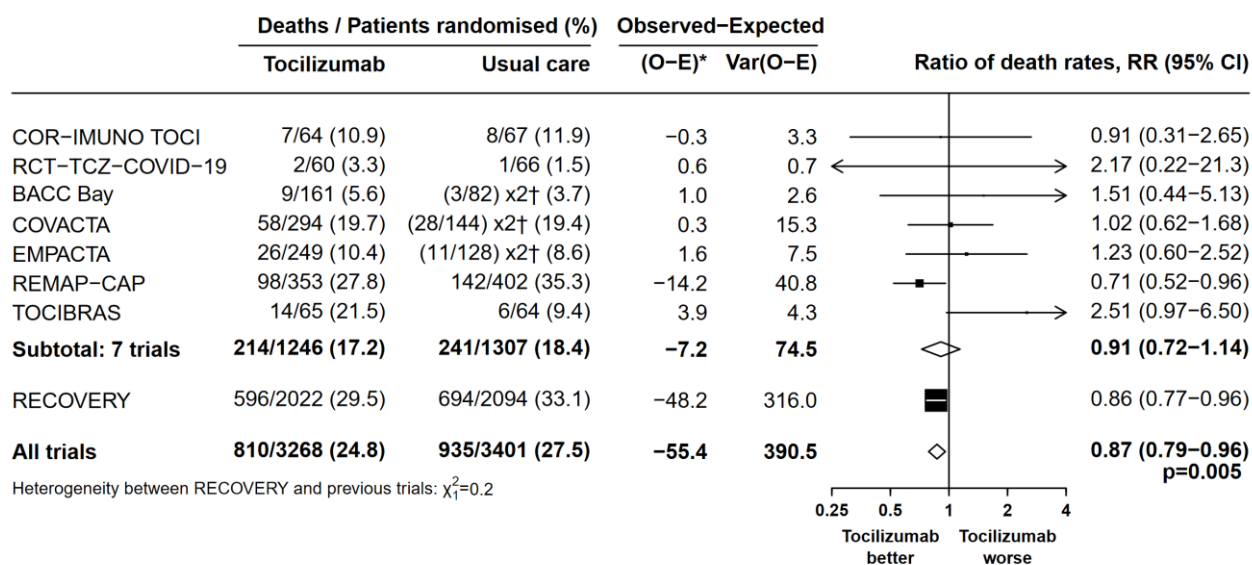
En caso de que su institución recomiende su uso deben considerar utilizarlo del siguiente modo:

- Dosis de carga de 200 mg por vía intravenosa, seguida de 100 mg por vía IV/día por 4-9 días para un total de 5 a 10 días.
- En la mayoría de los pacientes se prefiere una duración de 5 días.

D. Inhibidores

6. Que experiencias personales tienen los Intensivistas con el uso de Inhibidores de IL6 (tocilizumab) lejos de las recomendaciones y estudios hechos a nivel internacional.

Según los ensayos RECOVERY y REMAP-CAP, se puede considerar el tocilizumab en en pacientes críticamente enfermos además de los corticosteroides, si el paciente se encuentra hospitalizado tempranamente y si no tiene contraindicaciones para su uso.



A continuación, compartimos este recurso con evidencia científica relacionada al uso de antagonistas de IL-6 en pacientes críticos:

https://airtable.com/shrotaaOTOXrHFFsk/tbl2bwt3ywyTqJUIA?filter_Topic=Tocilizumab

a. ¿En qué momento de la enfermedad recomiendan valorar el uso de tocilizumab?

Se recomienda utilizar en casos de hipoxemia y hallazgos de Proteína C-Reactiva > 7.5 mg/dl

b. En el paciente del caso clínico ¿se usó tocilizumab?

Si se usó, en dos dosis.

E. Antibióticos

7. Parámetros de Antibióticos (ya que la leucitosis es frecuente en COVID)

La leucocitosis en los pacientes con COVID es frecuente y generalmente está en relación con el uso de esteroides. El inicio de terapia con antimicrobianos debe enfocarse según la probable focalidad que se sospeche, en base a cultivos y biomarcadores de sepsis (ej. procalcitonina), si el foco es indeterminado y la sospecha de sobreinfección bacteriana es alta, se deben utilizar antibióticos de amplio espectro que cubran gérmenes Gram positivos y negativos. Se sugieren terapias dirigidas según aislamientos, de corta duración (5-7 días), y monitorización con biomarcadores y cultivos de control.

a. ¿En qué momento debe iniciarse? ¿según el tiempo de evolución de los síntomas o como profilaxis a una confección?

La terapia antimicrobiana debe iniciarse en el momento que haya alta sospecha de sobreinfección, con aislamientos en cultivos o focalidad infecciosa probable.

La elección de administrar antibióticos empíricos dependerá de si se puede descartar con seguridad una infección bacteriana secundaria y de la condición aguda del paciente.

Si se dispone de orientación de **laboratorio y de diagnóstico por imágenes**, utilice esta evidencia para orientar la elección sobre si utilizar o no antibióticos.

Si el laboratorio y las imágenes **no están disponibles** o no pueden usarse para descartar una infección bacteriana concurrente, se deben considerar los antibióticos según las expectativas del médico sobre los riesgos y beneficios.

Si un paciente tiene **shock o falla multiorgánica**, es apropiado administrar antibióticos durante las primeras 24-48 horas hasta que se identifique la fuente.

La terapia profiláctica no se aconseja. Se han descrito altas tasas de resistencia y complicaciones derivadas del abuso de antibióticos como la colitis pseudomembranosa.

i. ¿Qué coberturas son las más recomendadas según su criterio?

Si se van a utilizar antibióticos, deben reflejar las pautas basadas en la presunta fuente y los factores de riesgo de organismos resistentes a múltiples fármacos.

Para obtener una cobertura empírica de una supuesta fuente de infección pulmonar, recomendamos utilizar el antibiograma de su institución, si hay uno disponible.

Si no dispone de esta opción, algunas posibilidades incluyen:

- En pacientes sin factores de riesgo para *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) o *Pseudomonas*, inicie ceftriaxona y (azitromicina o doxiciclina)
- En pacientes con factores de riesgo de MRSA o *Pseudomonas* (es decir, hospitalización crónica, infecciones resistentes previas), obtenga un cultivo respiratorio y una detección de MRSA en las fosas nasales si está disponible e inicie una cefalosporina antipseudomonas (por ejemplo, cefepima) y vancomicina.

Los antibióticos deben utilizarse según la gravedad del proceso infeccioso o el foco probable de origen. En pacientes hospitalizados se pueden utilizar de forma empírica quinolonas si se piensa en sobreinfección pulmonar, glucopéptidos tipo vancomicina en sospecha de bacteriemia relacionada con dispositivos intravasculares o focalidad cutánea y carbapenémicos en el caso de sospecha de infección nosocomial por bacilos Gram negativos.

b. Evidencia del uso de Antibióticos en pacientes de cuidado crítico u hospitalario con covid19 como profilaxis.

La terapia profiláctica no se aconseja. Se han descrito altas tasas de resistencia y complicaciones derivadas del abuso de antibióticos como la colitis pseudomembranosa.

F. Ivermectina (Anti-parasitico)

8. ¿Qué opinión tiene sobre la ivermectina profiláctica?

No se recomienda el uso de ivermectina profiláctica ya que no existe suficiente evidencia científica sobre su eficacia.

a. ¿Ha demostrado eficacia como profiláctico a largo plazo?

Los estudios publicados hasta el momento con ivermectina como profilaxis para la prevención de COVID 19 no han demostrado eficacia.

G. Anticoagulantes

9. ¿Cuándo iniciar anticoagulación?

En el momento que haya alta sospecha clínica de trombosis en pacientes encamados o con mínima movilidad.

a. ¿Qué tan agresiva debe ser?

La terapia profiláctica con heparina de bajo peso molecular es de 1 mg/kg/24 h, la dosis terapéutica es de 1 mg/kg/12 h, también en caso de pacientes complicados con trombosis confirmada se puede utilizar heparina no fraccionada en infusión continua con controles de TTP, una vez estabilizado se puede iniciar terapia con anticoagulantes orales

b. En tratamiento COVID usamos enoxaparina ¿cuánto es el tiempo máximo de uso?

La enoxaparina profiláctica debe continuarse mientras el paciente se encuentre encamado o con escasa movilidad.

10. Respecto a los tratamientos usados para tratar pacientes con COVID, las interacciones farmacológicas, al estar polimedicados, ¿cómo realizan la supresión o evitan los eventos adversos?

Las terapias farmacológicas en COVID 19 suelen ser múltiples por lo que los efectos adversos o interacciones pueden ocurrir. Es importante conocer la farmacodinámica y comportamiento de estos medicamentos para poder identificar efectos secundarios.

11. Paciente con ventilación mecánica no invasiva, primer día posición prono, saturando antes del procedimiento, 80%, una vez instaurada la VMNI, regresa a 93% ¿cuál es el mejor tratamiento a proceder en este caso? ¿Pronóstico? 11 días desde el primer síntoma.

Es importante continuar el soporte ventilatorio con ventilación no invasiva para mantener los objetivos de oxigenación, esto se puede monitorizar mediante la saturación de oxígeno y sistemas de puntuación como el *HACOR score*. Además, se recomienda mantener las terapias farmacológicas que hasta el momento han demostrado efectividad como ser los corticoesteroides, por ejemplo. El pronóstico dependerá del grado de afectación pulmonar y la intensidad de la actividad inflamatoria.

H. Poblaciones Especiales

12. ¿Qué medicamentos se debe usar en un paciente diabético?

En pacientes diabéticos debe mantenerse especial cuidado con el control glucémico específicamente con el uso de esteroides, y evitar la descompensación metabólica como el estado hiperosmolar o cetoacidosis diabética.

Indíqueles que continúen con sus regímenes normales de administración oral de hipoglicemiantes o insulina y que controlen su glucosa con más frecuencia de lo habitual. Dependiendo de los niveles de glucosa, es posible que deban aumentar y reajustar temporalmente su régimen.

a. ¿De qué manera se ajusta la Dexametasona en los pacientes Diabéticos?

Para más información te invitamos a revisar este portal de evidencia científica sobre el manejo de esteroides en pacientes diabéticos:

- https://airtable.com/shrotaa0TOXrHFFsk/tbl2bwt3ywyTqJUIA?filter_Topic=Diabetes
- <https://opencriticalcare.org/resources/dexamethasone-in-hospitalized-patients-with-covid-19-preliminary-report-nejm-july-2020/>

13. En niños hemos observado que la sintomatología se inicia gastrointestinal ¿cómo diferenciar ante otras patologías de tipo quirúrgicas?

En niños la sintomatología gastrointestinal es comúnmente de tipo viral. Se recomienda hacer un examen general de heces más prueba de wright. Además es importante recordar y aplicar el buen interrogatorio en cuanto a los días de la fiebre, recordar que si es más de 7 días, probablemente la diarrea procede de síntomas gastrointestinales. Si hay disfunción multiorgánica y reactantes de fase aguda positivos, y anticuerpos IGG se debe pensar en síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico.

14. ¿Qué experiencia tienen en mujeres embarazadas con COVID-19?

El manejo de la mujer embarazada con COVID-19 viene siendo el mismo que se recomienda a todos los pacientes, sin embargo, según el tiempo de gestación se debe tener especial precaución con el uso de fármacos, especialmente antiinflamatorios en el tercer trimestre. En casos graves, que requieran ventilación mecánica invasiva, se debe decidir valorando el riesgo-beneficio la interrupción del embarazo según viabilidad del feto.

I. Temas Anteriores

15. Sobre el uso de la sedación y pronación en paciente grave con ventilación mecánica no invasiva de alto flujo y ventilación mecánica invasiva ¿cuál es manejo protocolo a usar en estos pacientes?

Evitar sedación en pacientes no intubados. Pronar en combinación con VNI o CNAF es recomendable, pero tiene que ser bajo monitoreo cuidadoso. Ver las guías de *intensive care society* del reino unido.

- <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-12-Guidance-for-conscious-proning.pdf>

16. Además de la entubación endotraqueal, los esteroides y la pronación ¿Sera pertinente la sedación?

a. ¿Qué sedación la recomendable?

Utilice la sedación de acuerdo con protocolos establecidos por su uci. Usualmente va a necesitar un RASS -4 los primeros días y de allí comenzar a despertar su paciente de manera diaria de acuerdo con lo que tolere.

17. ¿Qué escala usan para falla de la cánula de alto flujo?

Usualmente cuando el paciente esta con $FiO_2 > 0.8$ y flujo $> 50l/min$ y comienza a mostrar signos de dificultad respiratoria.

18. ¿Cuánto tiempo máximo se puede quedar el paciente en posición prono?

Para pacientes intubados, recomendamos usualmente posicionamiento prono de $\sim 16 - 24$ hrs/dia. Si el paciente desatura, se recomiendan vueltas de hasta 48 hrs y luego supinar.

Recomendamos accedas al siguiente link para revisión de otras guías:

<https://emcrit.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-12-Guidance-for-conscious-proning.pdf>

19. ¿Cuánto tiempo considera que debe estar un paciente a alto flujo antes de decidir intubar?

Usualmente cuando el paciente esta con $FiO_2 > 0.8$ y flujo $> 50l/min$ y comienza a mostrar signos de dificultad respiratoria.

20. Relacionado específicamente al personal de enfermería, ya que yo pertenezco al gremio de enfermería, ¿Qué cuidados especiales se deben tener con el paciente en estas condiciones?

Te recomendamos acceder a los siguientes enlaces para que obtengas más información:

- <https://opencriticalcare.org/resources/respiratory-care-for-covid-19-short-course-for-nurses/>
- <https://opencriticalcare.org/resources/frequently-asked-questions-faq-on-covid-19-4/>
- <https://opencriticalcare.org/resources/featured-course-ards-management-l1/>

21. ¿Que tenemos para tratar la fibrosis post COVID además de la rehabilitación?

Existen algunos fármacos anti fibróticos como la pirfenidona o activadores de la telomerasa que están en estudio en pacientes con fibrosis pulmonar por COVID 19.

22. Me gustaría saber cuánto tiempo queda contagiando una persona positiva por qué en mi país ya no dan los 14 días.

Te recomendamos acceder al siguiente enlace para obtener más información:

- <https://opencriticalcare.org/resources/how-long-should-patients-with-covid19-isolate/>