

DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.133-142

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/838>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 133-142



Manejo clínico de pacientes COVID en la unidad de cuidados intensivos

Clinical management of COVID patients in the intensive care unit

Gestão clínica dos pacientes da COVID na unidade de cuidados intensivos

Juan Fernando Vásquez Álvarez¹; Olga Maria Riofrio Guevara²; Paola Cristina Álvarez Martínez³

RECIBIDO: 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/05/2022

1. Médico Cirujano; Médico Residente de Terapia Intensiva Hospital Regional Ambato; Ambato, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-1353-1682>
2. Médico Cirujano; Maestro en Medicina Ocupacional y del Medio; Directora Hospital Píllaro. Píllaro, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0001-8504-5934>
3. Médico Cirujano; Especialista en Gerencia de Salud; Médico General de Primer Nivel de Atención; Tungurahua, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0002-0022-8588>

CORRESPONDENCIA

Juan Fernando Vásquez Álvarez

director@recimundo.com

Ambato, Ecuador

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha elevado el ingreso de pacientes a las unidades de cuidados intensivos (UCI) en todo el mundo, generalmente por insuficiencia respiratoria severa. Aproximadamente 14% de los pacientes infectados desarrolla la forma grave de la enfermedad, que requiere hospitalización y soporte respiratorio, y 5% son pacientes críticos que requieren admisión en la unidad de cuidado intensivo. En consecuencia, el propósito de la presente investigación es compilar las generalidades de algunas guías de práctica clínica internacionales y otros estudios en el manejo clínico de pacientes con Covid-19 en la UCI. En virtud de la amplitud del tema, se considerarán algunas recomendaciones generales, sedoanalgesia, bloqueo neuromuscular y delirio, soporte respiratorio y recomendaciones de la terapia con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO). La investigación se realizó bajo una metodología de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión. Resulta difícil compendiar el manejo clínico de los pacientes con Covid-19 ingresados a UCI, inclusive temas de relevancia como la sedoanalgesia y el soporte ventilatorio son amplios y su conocimiento integral es fundamental para el profesional de la salud que atiende a esta población. No obstante, es de suma importancia el conocimiento de las actualizaciones constantes que se hacen en esta área con el propósito de brindar la mejor atención y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: Manejo, Clínico, Pacientes, Covid-19, Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has increased the number of patients admitted to intensive care units (ICUs) around the world, generally due to severe respiratory failure. Approximately 14% of infected patients develop the severe form of the disease, requiring hospitalization and respiratory support, and 5% are critically ill patients requiring admission to the intensive care unit. Consequently, the purpose of this research is to compile the generalities of some international clinical practice guidelines and other studies on the clinical management of patients with Covid-19 in the ICU. Due to the breadth of the subject, some general recommendations will be considered, sedoanalgesia, neuromuscular blockade and delirium, respiratory support, and recommendations for extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) therapy. The research was carried out under a bibliographic documentary type methodology, under the review modality. It is difficult to summarize the clinical management of patients with Covid-19 admitted to the ICU, including relevant topics such as sedoanalgesia and ventilatory support are extensive and their comprehensive knowledge is essential for the health professional who cares for this population. However, it is extremely important to be aware of the constant updates that are made in this area in order to provide the best care and improve the prognosis of these patients.

Keywords: Management, Clinical, Patients, Covid-19, Intensive Care Unit.

RESUMO

A pandemia COVID-19 aumentou o número de pacientes admitidos em unidades de cuidados intensivos (UCI) em todo o mundo, geralmente devido a uma grave insuficiência respiratória. Aproximadamente 14% dos doentes infectados desenvolvem a forma grave da doença, requerendo hospitalização e apoio respiratório, e 5% são doentes em estado crítico que requerem admissão na unidade de cuidados intensivos. Consequentemente, o objectivo desta investigação é compilar as generalidades de algumas directrizes internacionais de prática clínica e outros estudos sobre a gestão clínica de pacientes com Covid-19 na UCI. Devido à amplitude do assunto, serão consideradas algumas recomendações gerais, sedoanalgesia, bloqueio neuromuscular e delírio, suporte respiratório, e recomendações para terapia de oxigenação extra-corporal de membrana (ECMO). A investigação foi realizada sob uma metodologia de tipo documentário bibliográfico, sob a modalidade de revisão. É difícil resumir a gestão clínica dos pacientes com Covid-19 admitidos na UCI, incluindo tópicos relevantes como a sedoanalgesia e o apoio ventilatório, e o seu conhecimento abrangente é essencial para o profissional de saúde que cuida desta população. No entanto, é extremamente importante estar atento às constantes actualizações que são feitas nesta área a fim de proporcionar os melhores cuidados e melhorar o prognóstico destes pacientes.

Palavras-chave: Gestão, Clínica, Pacientes, Covid-19, Unidade de Cuidados Intensivos.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en el año 2020 la pandemia global de la infección causada por el coronavirus de tipo causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés), la cual comenzó en China y se ha extendido alrededor del mundo. Hasta el 6 de mayo de 2022 se han registrado en todo el mundo un total de 513.955.910 casos confirmados de Covid-19, de los cuales, se han registrado un total de 6.249.700 defunciones. (OMS, 2022)

La gravedad y la constelación de síntomas en las personas con COVID-19 son variables. Algunas personas presentan pocos síntomas o ninguno, mientras que otras enferman gravemente y mueren. Además de la enfermedad respiratoria, que puede ser grave y provocar la muerte, otras complicaciones graves incluyen: trastornos cardíacos, como arritmias, trastornos del músculo cardíaco y lesión cardíaca aguda, trastornos de la coagulación, como coágulos de sangre en los vasos sanguíneos pequeños y grandes, así como hemorragia, síndrome de Guillain-Barré (raro). en algunas personas, los síntomas duran más tiempo, en la mayoría de los casos con dificultad respiratoria, tos y fatiga extrema, que a veces persisten durante semanas. En el 25 al 50% de las personas con COVID-19, los síntomas duran meses. Esto se ha denominado de muchas maneras, incluyendo COVID de larga duración, COVID de larga distancia y síndrome o trastorno post-agudo de COVID-19. (Tesini, 2022)

Aproximadamente 14% de los pacientes infectados desarrolla la forma grave de la enfermedad, que requiere hospitalización y soporte respiratorio, y 5% son pacientes críticos que requieren admisión en la unidad de cuidado intensivo. En estos pacientes, la COVID-19 puede estar complicada con un síndrome de dificultad respiratoria aguda, choque séptico y falla multiorgánica, que incluye la falla renal y cardíaca. (OPS, 2021, pág. 2)

En la región de las Américas y el Caribe, once países y territorios notificaron un aumento de las hospitalizaciones y del número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos. Hay demasiados lugares donde están aumentando el número de casos de COVID-19 y las hospitalizaciones, lo que debería motivar el fortalecimiento de las medidas para combatir el virus, incluidas la vigilancia y la preparación. Los datos fiables sobre la situación pueden ayudar a los países a planificar y ajustar las medidas preventivas, comunicarse de manera eficaz con el público y reforzar la capacidad hospitalaria de ser necesario. (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2022)

Este incremento en los ingresos de pacientes críticos con Covid-19 a las UCI, ciertamente, abrió las puertas a la publicación de distintos documentos, sobre la base de la experiencia y muchas veces sin respaldo de suficiente evidencia científica, que recomendaban distintos tratamientos para una enfermedad para la que no se conocía un tratamiento efectivo. En la actualidad y gracias a un extraordinario esfuerzo de distintos grupos de investigadores, se dispone de resultados de gran número de ensayos clínicos y otros estudios, los cuales permiten establecer unas recomendaciones con mayor respaldo de la evidencia científica; aunque siguen existiendo numerosas áreas de incertidumbre. (Vidal et al., 2022, pág. 83)

Los protocolos de actuación y/o guías de manejo clínico de pacientes con Covid-19 en la UCI, tienen el propósito de guiar el manejo de esta población con un doble objetivo, por una parte, lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; y por el otro, garantizar los niveles adecuados de prevención y control de la infección para la protección de los trabajadores sanitarios y de la población en su conjunto.

El propósito de la presente investigación es compilar las generalidades de algunas

guías de práctica clínicas internacionales y otros estudios en el manejo clínico de pacientes con Covid-19 en la unidad de cuidados intensivos. En virtud de la amplitud del tema, se considerarán algunas recomendaciones generales, sedoanalgesia, bloqueo neuromuscular y delirio, soporte respiratorio y recomendaciones de la terapia con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en pacientes con Covid-19 en la UCI.

Materiales y Métodos

Con el propósito de desarrollar el presente estudio fue necesario el uso de computadores con conexión a internet. En virtud de lo cual, se clasifica la presente investigación es de tipo documental bibliográfico, a través de una metodología de revisión.

La investigación estuvo enfocada en la búsqueda y revisión sistemática de literatura científicoacadémica seleccionada, disponible determinadas bases de datos, entre las que figuran: PubMed, MedlinePlus, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet y ELSEVIER, Cochrane, entre otras.

Se realizó una búsqueda aleatoria y consecutiva en las mencionadas bases de datos, usando los siguientes descriptores: “manejo clínico de pacientes con Covid-19”, “Covid-19 + manejo clínico + UCI” y “Covid-19 + Soporte ventilatorio + UCI”. De esta búsqueda resultaron un centenar de miles de registros bibliográficos, los cuales fueron filtrados bajo criterios como el idioma español e inglés, la relevancia y la correlación temática. Del mismo modo, la fecha de publicación estuvo limitada a los últimos tres años.

El material bibliográfico consistió en títulos de artículos científicos, ensayos, revisiones sistemáticas, protocolos, libros, boletines, folletos, tesis de grado, posgrado y doctorado, noticias científicas, entre otros documentos e información de interés científico y académico.

Resultados

Recomendaciones generales

Recomendaciones generales para el manejo del COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos:

- Se establecerá el circuito del traslado del paciente a/desde la unidad de cuidados intensivos contemplando los escenarios posibles (ingreso desde urgencias, planta, servicios de emergencias sanitarias, etc.) siguiendo las medidas de protección y control de la infección necesarias, para evitar la diseminación de la infección durante el mismo. Ello supone establecer un protocolo del circuito del traslado, de la organización de los intervinientes sanitarios y no sanitarios (celadores, seguridad, etc.) y de las medidas de protección empleadas para evitar la diseminación de la infección (equipo de protección individual, limpieza, etc.). Protocolo que también debe ser diseñado para aquellas situaciones en las que sea necesario trasladar al paciente desde la unidad a otro lugar, por ejemplo, a realizar un TAC. Este protocolo debe incluir un plan de comunicación con el circuito de avisos y alertas previos para preparar anticipadamente todo el operativo del traslado y recepción, así como de las medidas a aplicar. La activación debe incluir la previsión de la necesidad de incrementar y/o reorganizar los recursos humanos en la unidad de cuidados intensivos.
- Se limitará el número de personas que atienden al enfermo al mínimo imprescindible (con una planificación asistencial específica) y se seguirán las medidas de aislamiento, protección individual y desinfección establecidas. Se potenciarán las medidas de registro, control y monitorización que no requieran entrar en la habitación del paciente, para disminuir el riesgo de contagio, siempre que sean compatibles con proporcionar una adecuada atención al paciente. Si es nece-

sario entrar en la habitación, pero no es necesario estar cerca del paciente, se mantendrá una distancia mínima ideal 2 metros del paciente. El personal planificará y permanecerá en la habitación el tiempo mínimo necesario para realizar las tareas que requieran entrar en la estancia.

- Se ingresará al paciente en una habitación individual aislada con presión negativa, si es posible y se dispone de ella. De no estar disponible este tipo de estancia, se le atenderá en una habitación de uso individual, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.
- El equipo de protección mínimo recomendado para realizar la atención si no se realizan procedimientos que generen aerosoles, está formado por bata, mascarilla (quirúrgica o FFP2 según el tipo de procedimiento a realizar y siempre asegurando las existencias suficientes para las situaciones en las que su uso esté expresamente indicado), guantes y protección ocular.
- Es previsible que los pacientes pediátricos requieran de acompañamiento, habitualmente padre o madre, al que se debe instruir en las medidas de prevención de diseminación de la infección: higiene de manos, higiene respiratoria, uso del equipo de protección, pautas de conducta, restricción de movimientos, restricción estricta de visitas, etc. El acompañante será considerado un contacto estrecho. Cuando las circunstancias lo permitan, es recomendable que dicho acompañante sea siempre la misma persona durante todo el proceso asistencial.
- El equipo asistencial y/o de apoyo realizará la asistencia con los equipos de protección recomendados, siguiendo las normas de colocación y retirada establecidas, de forma supervisada y ha-

biendo recibido formación sobre estos procedimientos.

- Se extremará la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del equipo de protección.
- Se realizará un registro de cada uno de los profesionales que han entrado en contacto con el paciente, a efectos de control y seguimiento. (Ministerio de Salud del Gobierno de España, 2020, págs. 4, 5)

Sedoanalgesia, bloqueo neuromuscular y delirio en paciente crítico COVID-19

La neumonía asociada a COVID-19 se complica en hasta un 15-40% de los casos desarrollando un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Los pacientes con SDRA, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad, pueden necesitar niveles de sedoanalgesia moderada-profunda para optimizar su estado respiratorio, permitiendo una buena adaptación a la ventilación mecánica. (Ammar et al., 2021)

Serrano, Simic, Suárez, & Álvarez, (2021) en su actualización del manejo del paciente crítico con Covid-19 en UCI basadas en el Protocolo de actuación ante el paciente con infección por SARS-CoV2 en situación crítica de los servicios de Medicina Intensiva de la Comunidad de Madrid elaborado por el Grupo Coordinador de los Servicios de Medicina Intensiva de la Comunidad de Madrid y en el Protocolo de manejo clínico de los pacientes con COVID-19 del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, presentan las siguientes recomendaciones generales para la sedoanalgesia, bloqueo neuromuscular y delirio en paciente crítico COVID-19:

1. Se intentará mantener el NIVEL Y TIEMPO MÍNIMO DE SEDOANALGESIA necesario para el estado clínico del paciente.

- En fases iniciales se necesitará un nivel de sedoanalgesia profunda y un bloqueo neuromuscular (puntual o continuo) que

permita a los pacientes una correcta adaptación a la ventilación mecánica.

- Conforme los pacientes mejoren, se progresará hacia estados de sedoanalgesia más superficial que permitan al paciente colaborar en los procesos de destete respiratorio.

2. Se utilizarán herramientas para MONITORIZAR los correctos niveles de sedoanalgesia y relajación neuromuscular.

En fases iniciales, de sedoanalgesia profunda:

Sedación:

- Índice Biespectral (BIS) con valores entre 40-60. (Valorar bolo puntual de relajante neuromuscular si existe actividad en el electromiograma para correcta valoración)

Analgesia:

- Analgesia Nociception Index (ANI) con valores entre 50-70
- Nociception Level (NOL)

Bloqueo neuromuscular:

- Train of Four (TOF). (buscar bloqueo mínimo que permita correcta adaptación a la ventilación mecánica)
- En fases posteriores donde se precisa de la cooperación del paciente

Sedación:

- Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) con valores entre -2 y 0.
- Sedation Agitation Scale (SAS) con valores entre 3 y 4.

Analgesia:

- Escala Verbal Numérica (EVN)
- Behavioral Pain Scale (BPS)

Si no se dispusiera de suficiente número de monitores para tener una monitorización

continua por paciente, se intentará hacer una medición/valoración por turno.

Será primordial un correcto control del nivel de analgesia, siendo los OPIÁCEOS por vía intravenosa los fármacos más comúnmente utilizados. Se emplearán estrategias de ANALGESIA MULTIMODAL para reducir el consumo de opioides.

Dentro de los hipnóticos, se preferirá el uso de PROPOFOL Y DEXMEDETOMIDINA frente a las benzodiazepinas por su metabolismo más rápido y menor acumulación permitiendo así una sedación más cooperativa; y por su menor relación con la aparición de cuadros de agitación y delirio.

Se identificarán factores de riesgo de DELIRIO y se intentará trabajar para minimizarlos. Se emplearán herramientas que permitan la detección precoz de delirio (ver Anexos 5 y 6) como:

- Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)
- Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

Se implantarán programas en las unidades para promover la OPTIMIZACIÓN FUNCIONAL de los pacientes; soportándose ésta en tres pilares:

- Rehabilitación respiratoria
- Activación cardio-circulatoria
- Mantenimiento de estructuras del aparato-locomotor
- Soporte respiratorio en UCI de pacientes con infección por SARS-CoV-2. (p. 5, 6)

Por otra parte, Vidal et al., (2022) en sus recomendaciones para el manejo de los pacientes críticos con COVID-19 en las UCI, en lo referente al manejo de la sedación y del delirium recomiendan lo siguiente:

En cuanto a la estrategia de sedoanalgesia, se recomienda el uso de estrategias de sedación secuenciales que faciliten la adapta-

ción a la ventilación mecánica, garantizando una adecuada analgesia y evitando la sobredosificación. En pacientes críticos con COVID-19, se sugiere que la mejor estrategia para controlar el delirium en pacientes críticos con COVID-19 es su prevención con el paquete de medidas ABCDEF-R adaptado a pacientes con COVID-19 y la detección precoz con escalas validadas tales como el CAM-ICU y el ICDSC. Asimismo, se sugiere el tratamiento con medidas no farmacológicas y dexmedetomidina i.v., especialmente en pacientes con delirium hiperactivo que dificulta el destete de la ventilación mecánica. (p. 86)

Soporte respiratorio en UCI de pacientes con infección por SARS-CoV-2

La oxigenación con cánula nasal de alto flujo (CNAF) puede por lo tanto ser utilizada como una alternativa terapéutica en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (IRAH) quienes no tienen indicación absoluta de ventilación mecánica invasiva (VMI). Sin embargo, todas las formas de oxigenación suplementaria pueden potencialmente aerosolizar patógenos respiratorios. Por esta razón la escogencia del soporte respiratorio para pacientes con covid-19 debe tener una adecuada valoración de la relación de riesgo/beneficio de diseminación nosocomial del virus, pero en fase de mitigación realizar intubación orotraqueal en forma temprana implica la utilización de una cama de UCI y de un ventilador mecánico, que pueden desabastecerse durante el pico de la pandemia. Por esto, la terapia alternativa que se escoja debe cumplir con el requisito de ser efectiva para mejorar la hipoxemia, el trabajo respiratorio y ser segura para el personal de salud. (Whittle, Pavlov, Sacchetti, Atwood, & Rosenberg, 2020)

Las diferentes sociedades científicas tienen opiniones opuestas acerca de su uso. La AARC (American Association for Respiratory Care) y la campaña de supervivencia de sepsis para el tratamiento de los pa-

cientes críticamente enfermos de covid-19 recomiendan en pacientes con hipoxemia temprana el uso con precaución de CNAF, incluso sobre la oxigenoterapia convencional (recomendación débil) y preferirla sobre la ventilación mecánica no invasiva (recomendación débil). El paciente en tratamiento con VMNI o CNAF, se debe tener en estricta monitorización de deterioro respiratorio y ofrecer intubación temprana (declaración como la mejor práctica clínica). El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (National Health Service, NHS) en un documento guía del uso de soporte no invasivo en pacientes con covid-19 desaconsejan la utilización de la CNAF por falta de eficacia y riesgo de diseminación de partículas infecciosas; sin embargo, no hacen referencia a las fuentes de dicha información y no amplían los argumentos para divulgar esta recomendación. No hace parte de estrategias de ventilación, dado que es solo una forma más de suministrar oxígeno con alto flujo. En todas las publicaciones aclara que es para minimizar los riesgos de contaminación nosocomial y se aconseja tener cámara de presión negativa con al menos 10 ciclos/hora de intercambio de aire y elementos de protección personal. La OMS en su documento dice que la CNAF no crea dispersión del aire exhalado y por lo tanto el riesgo de dispersión de partículas es bajo, sin embargo, recomienda que el personal de salud debe permanecer a 2 metros de distancia, de acuerdo con el manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave cuando se sospecha una nueva infección por coronavirus, la cual es una orientación provisional. (Hincapié Díaz, Echeverría González, & Enciso Bahamón, 2020, pág. 29)

Por otra parte, la indicación de intubación orotraqueal (IOT) fue tema de controversia al comienzo de esta pandemia. Mientras algunos sugerían intubar precozmente para proteger el pulmón y disminuir la dispersión de aerosoles, otros sugerían mantener los criterios clásicos de aumento del trabajo respiratorio, utilizando el posicionamiento

en prono y métodos no invasivos para sostener la oxigenación. La indicación para determinar la IOT y conexión al ventilador son clínicas (ver Tabla 1). Criterios aislados en base a la oxigenación o la taquipnea, sin acompañarse de signos de mala tolerancia al aumento del trabajo ventilatorio, podrían llevar a intubaciones innecesarias. Sin

embargo, la preservación de la ventilación espontánea en un paciente con gran demanda ventilatoria pasa a representar más un daño en comparación con la ventilación controlada del paciente sedado está lejos de estar bien definido. (Ulloa, Born, Kattan, & Buggedo, 2021, pág. 807)

Tabla 1. Criterios para intubación orotraqueal en Covid-19.

Criterios justificados	Criterios NO justificados
Uso persistente de musculatura accesoria	Por alto requerimiento de FiO2 o relación Pa:FiO2 baja
Respiración paradojal persistente	Por polipnea 25-40/min
Agitación o compromiso de conciencia	Para permitir traslado “seguro”
Inestabilidad hemodinámica asociada a dificultad respiratoria	Por imagen pulmonar que muestre neumonía extensa

Nota: Tomado de: Ulloa, Born, Kattan, & Buggedo, (2021).

Vidal et al., (2022) en caso de ventilación mecánica invasiva (VMI), recomiendan lo siguiente:

...seguir una estrategia de ventilación protectora similar a SDRA de otras causas con volumen corriente entre 4-8 mL/kg/peso predicho en caso de síndrome de distrés respiratorio secundario a neumonía por COVID-19. C-II Una vez ajustado el volumen corriente entre 4-8 mL/kg/peso predicho recomendamos monitorizar la presión meseta, que no debe exceder los 30 cm H2O. C-II Recomendamos mantener una presión de distensibilidad (driving pressure) < 15 cm H2O.

Asimismo, estos autores con respecto a la ventilación en decúbito prono en pacientes con SDRA secundaria a COVID19 exponen las siguientes recomendaciones:

- La maniobra de decúbito prono en todos los pacientes intubados con criterios de SDRA moderado o severo, que no presenten contraindicación para ello.
- Mantener a los pacientes en posición de prono al menos 16 h consecutivas, pudiendo ser prolongado según la tolerancia y la respuesta del paciente.

- No existe evidencia para establecer una recomendación sobre el empleo del decúbito prono en paciente despierto con insuficiencia respiratoria en ventilación espontánea. (p. 86)

Recomendaciones de la terapia con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) en pacientes COVID-19

Según la poca información publicada hasta la fecha, el 26% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 requiere ingreso en UCI, de los cuales un 47% requerirán ventilación mecánica y el 11% requerirán soporte con ECMO, es decir, podría ser en torno a un 4% del total de pacientes hospitalizados. En pacientes con SDRA en los que a pesar de haber seguido el protocolo anterior persisten con insuficiencia respiratoria grave e importantes dificultades de ventilación, se aconseja, en los centros que dispongan de ello, aplicar ECMO generalmente veno-venosa a excepción que exista fallo cardiaco asociado valorándose entonces utilizar la técnica veno-arterial. Aunque no existen estudios aleatorizados en el SDRA de causa viral se han observado porcentajes de supervivencia de hasta el 50% en el SDRA causado por influenza. En caso de que el centro no disponga de tratamiento

con ECMO debe valorarse su traslado a un centro de referencia. (Araque & Velásquez, 2020, pág. 10)

Por su parte, la OPS, (2020) sugiere con relación al uso de ECMO en los pacientes con Covid-19, con una calidad de evidencia muy baja, aplicar oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), si se encuentra disponible, o remitir al paciente a un centro de ECMO en los siguientes casos críticos con COVID-19 y SIRA grave:

- Pacientes bajo ventilación mecánica e hipoxemia refractaria, quienes no responden a las alternativas terapéuticas recomendadas (optimización de la ventilación, el uso de tratamientos de rescate y la ventilación mecánica en posición prono)

Se excluyen de utilizar ECMO los siguientes pacientes:

- Pacientes con enfermedad terminal, daño al sistema nervioso central, declaran no ser resucitados o recibir ECMO
- Pacientes con importantes comorbilidades
- Pacientes mayores de 65 años
- Pacientes que han estado en ventilación mecánica por más de 7 días. (p. 11)

Conclusión

Resulta difícil compendiar el manejo clínico de los pacientes con Covid-19 ingresados a UCI, inclusive temas de relevancia como la sedoanalgesia y el soporte ventilatorio son amplios y su conocimiento integral es fundamental para el profesional de la salud que atiende a esta población. No obstante, es de suma importancia el conocimiento de las actualizaciones constantes que se hacen en esta área con el propósito de brindar la mejor atención y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

El COVID-19 es una enfermedad novedosa aún para los miembros de la comunidad

científica, con un curso clínico incompleto. Es mucho todavía lo que queda por aprender de esta enfermedad. Resulta fundamental la incorporación de medidas claras de la gravedad de la enfermedad crítica que permitan que los resultados se ajusten al riesgo, así como el uso de medidas de resultados frecuentes que combinen y validen datos entre distintas regiones. Las unidades de cuidados intensivos tienen una vasta experiencia en el manejo de infecciones respiratorias agudas graves, así como la experiencia específica con pacientes con Covid-19, las cuales pueden usar como base de la atención de pacientes gravemente enfermos. Esto aunado a la evidencia científica disponible.

Por último, es importante destacar que las indicaciones de los diferentes protocolos de actuación se deben interpretar de forma individualizada para cada paciente y sobre estas debe primar el juicio clínico. Asimismo, se deben considerar que las recomendaciones dadas pueden variar en base a la evolución del conocimiento que se tenga (especialmente en el caso del Covid-19 del que tanto se desconoce aún) y de la epidemiología específica de cada país.

Bibliografía

- Ammar, M. A., Sacha, G. L., Welch, S. C., Bass, S. N., Kane-Gill, L., Duggal, A., & Ammar, A. (2021). Sedation, Analgesia, and Paralysis in COVID-19 Patients in the Setting of Drug Shortages. *Journal of Intensive Care Medicine*, 36(22), 157-174. doi:<https://doi.org/10.1177/0885066620951426>
- Araque, M. d., & Velásquez, J. (2020). Guía simplificada para la atención clínica y manejo de la infección por SARS-CoV-2 (Coronavirus COVID-19). Guía de atención clínica, Universidad de los Andes. Recuperado el 25 de abril de 2022, de http://www.ula.ve/images/2020/GUIA_ATENCION_CLINICA_SARS.pdf
- Hincapié Díaz, G. A., Echeverría González, C. L., & Enciso Bahamón, L. (2020). Usos de la cánula nasal de alto flujo para pacientes con covid-19. ¿Cómo funciona, cuáles son sus indicaciones? ¿Es segura en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica? *Revista Médica*, 28(2), 25-34. doi:<https://doi.org/10.18359/rmed.5101>

Ministerio de Salud del Gobierno de España. (18 de junio de 2020). Ministerio de Salud del Gobierno de España. Recuperado el 27 de abril de 2022, de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo_manejo_clinico_uci_COVID-19.pdf

OMS. (06 de mayo de 2022). Organización Mundial de la Salud - OMS. Recuperado el 07 de mayo de 2022, de <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>

OPS. (abril de 2020). Organización Panamericana de la Salud - OPS. Recuperado el 28 de abril de 2022, de <https://www.paho.org/col/dmdocuments/documentos-2020/covid-19/Guias%20COVID-19%20cuidado%20critico%20abril%202020%20abril%20version%20larga%20V1.pdf>

OPS. (2021). Síntesis de evidencia y recomendaciones: Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 45, 1-16. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.128>

Organización Panamericana de la Salud - OPS. (04 de mayo de 2022). Organización Panamericana de la Salud - OPS. Recuperado el 06 de mayo de 2022, de <https://www.paho.org/es/documentos/rueda-prensa-semanal-sobre-covid-19-palabras-apertura-directora-4-mayo-2022>

Serrano, C., Simic, D., Suárez, J., & Álvarez, A. (2021). Sedoanalgesia, bloqueo neuromuscular y delirio en paciente crítico COVID-19. En R. Siljeström, *Manejo del paciente crítico con covid-19 en UCI* (pág. 130). Madrid, España: Servicio de Anestesiología y Cuidados Críticos Postquirúrgicos. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid). Recuperado el 28 de abril de 2022, de https://saluddigital.com/wp-content/uploads/2021/02/MANEJO_DEL_PACIENTE_COVID-19_EN_UCI._Actualizaci%C3%B3n_2021.pdf

Tesini, B. L. (febrero de 2022). Manuales MSD. Recuperado el 15 de abril de 2022, de <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/infecciones/covid-19/covid-19>

Ulloa, R., Born, P., Kattan, E., & Bugeo, G. (2021). Soporte ventilatorio en pacientes críticos con Covid-19: a 18 meses de la pandemia en Chile. *Revista Chilena de Anestesia*, 806-815. doi:10.25237/revchilanestv5001101606

Vidal, P., Díaz, E., Aguilar, E., Amezaga, R., Ballesteros, M., Bodí, M., . . . Martín, I. (2022). Recomendaciones para el manejo de los pacientes críticos con COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina intensiva*, 46, 81-89. Recuperado el 05 de mayo de 2022, de <https://www.medicinaintensiva.org/es-pdf-S0210569121001935>

Whittle, J., Pavlov, I., Sacchetti, A. D., Atwood, C., & Rosenberg, M. S. (2020). Respiratory support for adult patients with COVID-19. *JACEP Open*. 2020;1(2):95-101, 1(2), 95-101. Recuperado el 27 de abril de 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228246/>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Vásquez Álvarez, J. F., Riofrío Guevara, O. M., & Álvarez Martínez, P. C. (2022). Manejo clínico de pacientes COVID en la unidad de cuidados intensivos. *RECIAMUC*, 6(2), 133-142. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.133-142](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.133-142)