

# **TELECONFERENCIA 10/03/2020 UCI de Lombardia (Milan,Monza,Bergamo,Pavia,Lecco) area de máxima difusión de COVID 19 en Italia desde febrero 2020.**

Datos clinicos que NO estan publicados todavia

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INTENSIVOS**

- Edad del paciente intensivo entre 65 y 75, edad más frecuente 70
- comorbilidad con mayor riesgo de fallecimiento es OBESIDAD
- Prevalencia muy fuerte de varones
- Al ingreso en UCI generalmente P/F < 100
- Patrón radiológico más frecuente es: Placa de tórax de Neumonía intersticial bilateral (frecuentes también los casos de asimetría con sobreinfección bacteriana ya presente al ingreso en UCI)
- Pacientes jóvenes con fiebre muy elevada, los más mayores menos
- muestra nasal es la que puede dar mas falsos negativos
- Si hay fuerte sospecha clínica la mejor muestra es un BAL (BAL puede ser positivo tras dos muestras nasales negativas)

## **MONITORIZACION**

- Placa de tórax al ingreso en la unidad, las placas repetidas se han hecho al principio de la epidemia y luego se han dejado de hacer de forma sistemática porque la evolución de la placa NO está estrictamente relacionada con la evolución clínica
- TAC de tórax NO está indicada (alto riesgo de difusión con el transporte y transporte difícil)
- ECO de tórax, es la técnica más indicada para la monitorización del día a día (requiere solo el médico y no expone a más profesionales al contagio)
  - Patrón 1 = Líneas B difusas = PEEP responder
  - Patrón 2 = anterior con aire (líneas A o B) posterior con consolidaciones = RESPONDE A PRONACIÓN
  - Valoración de respuesta ecográfica a aumento de PEEP
- ECO de corazón = alteraciones de funcionalidad cardiaca son frecuentes (miocarditis por COVID?)

## **PATRONES DE LABORATORIO MÁS FRECUENTES**

- PCT = 0 (a parte los casos que ingresan ya con sobreinfección bacteriana)
- PCR ↑↑↑↑↑
- LDH ↑↑↑↑↑ sobretodo en pacientes más jóvenes
- CPK ↑↑ sobretodo en pacientes más jóvenes y en los que hacen más fiebre

- Bilirubina ↑ +/- asociada a alteración de transaminasas (aquí todavía no queda claro si esto es secundario al tratamiento farmacológico (kaletra + hidroxicloroquina) o si hay clara afectación hepática por el SARS COV 2
- Alteraciones de glucemia de muy difícil control, algunos pacientes desarrollan ketoacidosis (estos trastornos también se pueden asociar a la terapia con antirretrovirales)
- Albumina ↓↓↓
- Linfopenia con especial afectación de los CD4 si se estudian la subpoblaciones
- BNP normal

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESPECIFICO

- KALETRA = Lopinavir/ritonavir 200/50 2cp /12h
- Cloroquina 500mg /12h o idrossicloroquina 200mg /12h
- Profilaxis antibiótica en los intubados, esta es muy variable en todos los centros que han participado a la conferencia: la mayoría usa pipe/tazo o ceftriaxona
- TODOS usan Acetilcisteina 300 mg/6h, describen que no todos los enfermos desarrollan muchas secreciones, pero los que hacen secreciones hacen muchísimas y muy muy densas y que tapan los tubos
- Corticoides, NUNCA en fase aguda, solo en algunos casos seleccionados en fase tardía y con signos de desarrollo de fibrosis pulmonar
- Tocilizumab (inhibidor de receptor de IL-6). Se esta desarrollando un ensayo a este propósito, pero se utiliza de forma experimental y NO tiene indicación rutinaria ni precoz.

## TRATAMIENTO INTENSIVO

- Sedación profunda
- Generalmente pacientes relajados cuando en prono, con ventana de relajación cuando están supinos
- balance hidrico negativo
- VENTILACION:
  - ❖ PEEP elevadas normalmente >15
  - ❖ pH tolerado hasta 7,3
  - ❖ Generalmente pulmones compliantes (en esto bastante diferente del SDRA por otras causas), generalmente ventilados con PEEP elevadas y driving pressures protectoras, responden muy bien a la PEEP
  - ❖ **PRONACION!!!!**
    - ciclos de 18 y hasta 24 horas
    - **ES CON DIFERENCIA LA TERAPIA MÁS EFICAZ PARA ESTOS ENFERMOS**
    - GENERALMENTE MUCHOS CICLOS DE PRONACIÓN, **en media 6 o 7**

- CUIDADO!!! no fiarse de la primera mejoría clínica tras pronación, CONTINUAR con los ciclos de pronación hasta alcanzar verdaderos signos de respuesta al tratamiento
  - Valorar crear un equipo dedicado a la pronación dado el alto número de pronaciones en las unidades (todas estas unidades habían llegado a tener un equipo para esto)
  - ❖ TRAQUEOTOMIA generalmente dentro de los primeros 7 días (el destete respiratorio se ha conseguido antes en algunos casos pero el riesgo de reintubación es muy elevado (también hay que destacar que a los italianos nos encanta hacer traqueos y hacerlas precozmente, y hay escuelas de medicina intensiva de otros países que no las hacen tan precozmente, y no está demostrado que sea mejor la traqueo precoz en pacientes con enfermedad respiratoria))
- TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO: no han dado porcentaje de cuántos enfermos han tenido que filtrar. Si que han estresado el hecho que reservan este tratamiento SOLO a pacientes muy seleccionados y que tengan salida, porque:
    - aumenta mucho la carga de trabajo de los enfermeros dentro de un box aislado
    - hace la pronación mas difícil
  - ÓXIDO NÍTRICO = se ha utilizado en casos difíciles pero la opinión de todos es que no ha dado resultados importantes, es para ganar tiempo
  - ECMO = En la gran mayoría de los casos NO es necesaria porque los pacientes responden al tratamiento ventilatorio y sobretodo a la pronación prolongada y repetida. Además son pacientes en los que prevalece mucho la componente hipóxica y normalmente tienen pulmones compliantes que es posible ventilar de manera protectora sin dificultad. De todas las UCIs que han participado a esta teleconferencia, una es la de Monza (prof Pesenti) y una otra es la de Milan Policlinico (Prof Gattinoni y luego Pesenti) que son dos de los centros ECMO más grandes de europa, así que tienen experiencia y ganas de poner ECMOS, y ellos mismos no lo han visto indicado en estos enfermos. De todas las UCIs que han participado solo Pavia tenía en el momento actual dos pacientes COVID 19 en ECMO, y los dos pacientes han sido **ECMO VA**, uno por fallo hemodinámico debido a miocarditis por COVID y el otro por parada cardiaca hipoxica.

## DESTETE RESPIRATORIO

- INDICADORES ÚTILES PARA PLANTEARSE DESTETE
  - NO FIEBRE
  - PEEP < 12
  - P/F > 150
  - FIO<sub>2</sub> < 50%

- NO FIARSE DE LA PRIMERA MEJORÍA CLÍNICA, estos pacientes tienen recaídas y nuevos empeoramientos frecuentes, sobretodo en la primera semana de enfermedad.

## **ORGANIZACION HOSPITALARIA**

- Importante tener estos pacientes separados
- organización ideal (a la que todos estos hospitales al final han tenido que llegar tras el elevado número de pacientes, algunos han acabado abriendo UCIs nuevas):
  1. UCI de ingreso de pacientes hasta confirmación de diagnostico COVID
  2. UCI COVID 19 con SOLO pacientes COVID
  3. UCI “limpia” con todos los otros pacientes y los post operados, en un ambiente distinto y con personal distinto
- Establecer claros recorridos de movilización de los pacientes
- idealmente no utilizar los mismos pasillos para trasladar pacientes con y sin COVID
- El personal de la UCI entra a la unidad de un ingreso distinto al de los pacientes COVID
- Claros recorridos para poder tirar las basuras COVID (organicas y no)