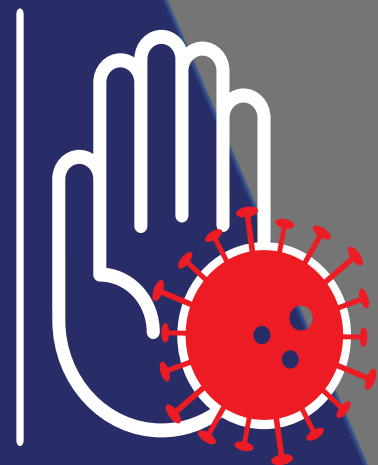


Guía Rápida para la Atención de pacientes embarazadas con Infección de **SARS-CoV2 (COVID-19)**



Urgencias, hospitalización y cuidado crítico Julio / 2021

Embarazo e Infección por Coronavirus COVID 19

Información para Profesionales de la salud
Guía para Manejo Ambulatorio y
Hospitalario

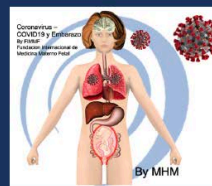
Update V : Julio 7 2021

Por Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal

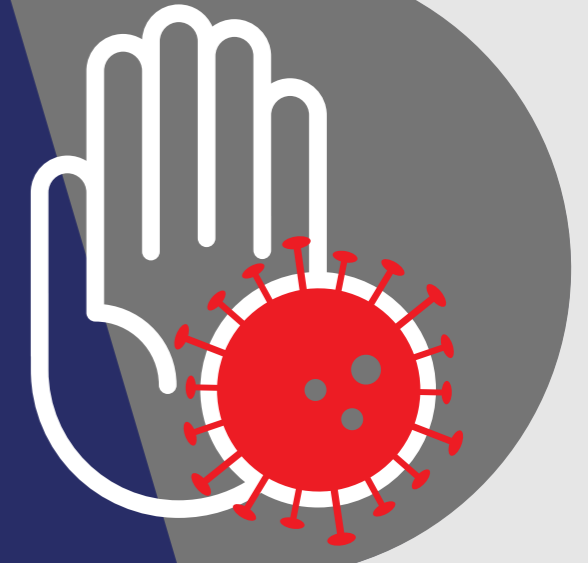
By Mauricio Herrera, Jaime Arenas
Contacto: mauricioherreram@gmail.com

Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal

www.mmfetal.com



Guía Clínica Rápida para Atención de Infección por SARS-CoV2 (COVID-19)



Pacientes Embarzadas
Urgencias, hospitalización y cuidado crítico

Recomendaciones a seguir en cada uno de los momentos de atención para las pacientes embarazadas con sospecha o confirmados por SARS-CoV2 (COVID-19):

1 Primer contacto

- Chatbot
- Callcenter
- Centros médicos o profesionales de salud (Consulta externa)
- Atención domiciliaria
- Atención de urgencias

Definir:

- Riesgo vital
- Posible COVID

- Identifica síntomas Covid [Ver AQUÍ](#)
- Indaga nexos y/o condiciones específicas [Ver AQUÍ](#)
- Evalúa signos de alarma [Ver AQUÍ](#)

2 Destino inicial

- [Ver AQUÍ](#) Evalúa síntomas respiratorios
- [Ver AQUÍ](#) Clasifique la enfermedad

Área COVID / No COVID

3 Clasificación

Clasificación clínica y de riesgo.

- Define categoría clínica con HC completa. [Ver AQUÍ](#)
- Realizar la definición operativa para vigilancia epidemiológica. [Ver AQUÍ](#)

¿Requiere hospitalización?

4 Estudio

Paraclínicos

- Realiza estudios según clasificación por severidad y riesgo. [Ver AQUÍ](#)
- Aplica el algoritmo para pruebas Covid-19 para pacientes ámbito Hospitalario y Urgencias. [Ver AQUÍ](#)

5 Destino

Hospitalización Gral
Hospitalización UCI
Hospice (equivalente)
Domicilio

- [Ver AQUÍ](#) Clasifica según hallazgos clínicos y según riesgo.
- [Ver AQUÍ](#) Realiza escalas predictivas y de riesgo: q-SOFA modificado
- [Ver AQUÍ](#) Revisa los criterios ATS / IDSA
- [Ver AQUÍ](#) Calcula la escala NEWS (predicción de peligro)

6 Manejo terapéutico

- [Ver AQUÍ](#) OXÍGENOTERAPIA
- [Ver AQUÍ](#) ANTIBIÓTICOS
- [Ver AQUÍ](#) TROMBOPROFILAXIS
- [Ver AQUÍ](#) MANEJO DE VOLEMIA
- [Ver AQUÍ](#) CORTICOIDES
- [Ver AQUÍ](#) ANTI-COVID
- [Ver AQUÍ](#) MANEJO DE SÍNTOMAS

7 Cuidado crítico

- [Ver AQUÍ](#) MANEJO S.D.R.A.
- [Ver AQUÍ](#) VENTILACIÓN /PROTECCIÓN PULMONAR
- [Ver AQUÍ](#) POSICIÓN PRONO
- [Ver AQUÍ](#) RELAJANTES NEUROMUSCULARES
- [Ver AQUÍ](#) SEDOANALGESIA EN PACIENTE CON VMI

8 Egreso

Condiciones de egreso hospitalario

9 Signos de alarma

Signos de alarma para acudir por urgencias



1 PRIMER CONTACTO

Signos y síntomas clave

- Cefalea
- Fiebre cuantificada $\geq 38^\circ\text{C}$
- Tos
- Fatiga
- Dificultad respiratoria
- Falta de apetito
- Pérdida de olfato o gusto

- Síntomas Obstetricos**
- Sangrado
 - Salida líquido por vagina
 - Contracciones
 - Disminución de movimientos fetales.
 - Cefalea - Fosfenos - Tinnitus

Otros hallazgos importantes

Frecuentes en Embarazo

- Tos 52%
- Cefalea 41%
- Escalofríos 38%
- Fiebre 34%
- Falta de Aliento 30%
- Diarrea 14 %
- Anosmia
- Ageusia
- Síntomas neurológicos: problemas para hablar, ver, pérdida de la fuerza, alteraciones en la sensibilidad, NO puede mover un brazo y/o pierna

Poco frecuentes

- Goteo nasal
- Dolor en el pecho
- Brote en la piel
- Sangrado nasal
- Respiración ruidosa (silba el pecho)
- Respiración rápida / palpitaciones
- Labios o uñas morados

Síntomas atípicos

- Agitación
- Exceso de sueño
- Aturdimiento
- Confusión
- Irritabilidad
- Menos activo de lo normal

Preguntas para identificar nexo epidemiológico

¿Tiene al menos una de las siguientes condiciones?

- Trabajador de la salud o de la protección social
- Antecedentes de contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable.
- Miembro de población especial (policía, fuerzas militares, cárceles, situación de calle, migrantes, indígenas)
- Personas en alta movilidad por su ocupación laboral.

- alguna comorbilidad: diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores.

Preguntar antecedentes

- Indagar si el paciente tiene resultados de pruebas COVID-19
- Preguntar por antecedente de vacunación

Evalúa signos de alarma

Valoración No Presencial

- ¿Ha presentado ahogo, respiración rápida, dificultad al respirar, dolor u opresión persistente en el pecho?
- ¿Al recibir alimentos presenta vómito persistente y/o no recibe líquidos?
- ¿La persona está somnolienta, irritable y/o menos activa de lo normal?
- Si tiene tensiómetro y tiene debilidad marcada, ¿tiene la primera cifra (sistólica) $< 100\text{mmHg}$ si su tensión habitual es $> 100\text{mmHg}$?
- Si tiene pulsóximetro, ¿tiene un valor más bajo de lo habitual, $< 94\%$?

Si



Direccione al paciente a un servicio de urgencias

No



Paso 2

Aislamiento y Valoración médica

Valoración Presencial

Explore lo mencionado en Valoración No Presencial; además, busque los siguientes signos: $\text{SpO}_2 < 94\%$; FR alta para la edad (> 20 en adultos); presencia de signos de emergencia (dificultad respiratoria, confusión, alteración de la conciencia, cianosis)

Si



Embarazada con sospecha de COVID-19?

No hay signos, no síntomas, no contacto



Pida atención médica usual

Si hay signos, síntomas, o contacto sin signos de alarma



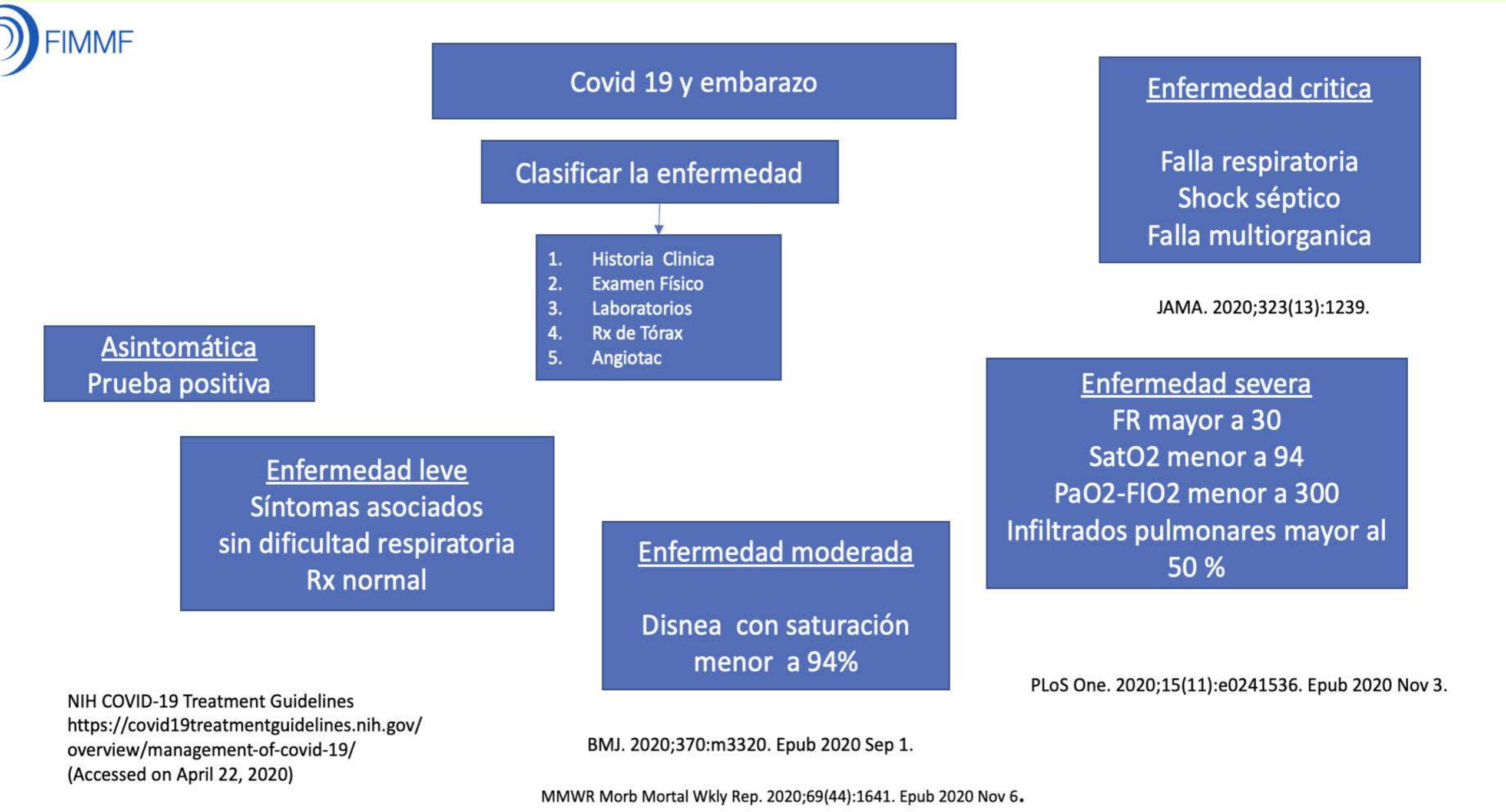
- Informe signos de alarma y aislamiento
- Cita prioritaria o valoración domiciliaria





2 DESTINO INICIAL

Evalúa síntomas respiratorios





3 CLASIFICACIÓN

Define categoría de severidad con historia y evaluación clínica

Frecuencia respiratoria tomada mínimo en 30 segundos

SINTOMÁTICO SIN DISNEA, RX NORMAL

SÍNTOMAS Y SIGNOS CON DISNEA, RX ANORMAL SatO2 ≥ 94%

SÍNTOMAS Y SIGNOS (SatO2 <94% y/o FR > 30 x min y/o PaFi <300)

Falla respiratoria, Choque séptico, Disfunción orgánica, Soporte ventilatorio

*Saturación BAJA según condiciones:

Primera Evaluación: SpO2 <92% a nivel del mar o 94% con tendencia progresiva a la baja en personas sin patología pulmonar

ENF. LEVE

ENF. MODERADA

ENF. GRAVE

ENF. CRITICA

Enf. LEVE SIN Factores de Riesgo

Enf. LEVE CON Factores de Riesgo **

Atención domiciliaria

Atención hospitalaria

Autocuidado en casa



** FACTORES DE RIESGO

Embarazo Tercer Trimestre	Fumadores
Diabetes	Enfermedad Renal Crónica
Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV)	Enfermedades autoinmunes
Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma)	Mal nutrición (obesidad y desnutrición)
VIH u otra inmunodeficiencia	Gestantes: Edad materna avanzada, IMC alto, etnia no blanca, enfermedades crónicas diabetes gestacional y preeclampsia
Cáncer	Enfermedad huérfana
Uso de corticoides o inmunosupresores	

Realiza la definición operativa para vigilancia epidemiológica.

¿Presenta 1 o más de estos síntomas?

Ver AQUÍ



¿Con al menos una de las siguientes condiciones?

Ver AQUÍ

¿Requiere hospitalización?

SI

CASO 1

NO

CASO 2

***CONTACTO ESTRECHO:

Exposición no protegida, < 2 metros - > 15 minutos O Contacto sin protección adecuada con secreciones infecciosas O Comparten el mismo lugar por más de 120 minutos

MUERTE PROBABLE POR COVID CASO 4

Todas las muertes por IRAG con etiología desconocida CUALQUIER AMBITO (consulta, admisión, observación, hospitalización o en domicilio) y que cumpla con alguna de las condiciones:

CASOS ASINTOMÁTICOS CASO 5

Contacto estrecho*** de caso CONFIRMADO de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los 7 días posteriores a la última exposición no protegida. Asintomáticos a quien realizaron tamizaje el último mes por cualquier razón.

TODOS: Notificación al Sistema de Vigilancia – Ficha epidemiológica 346/348 + Medidas de aislamiento estrictas

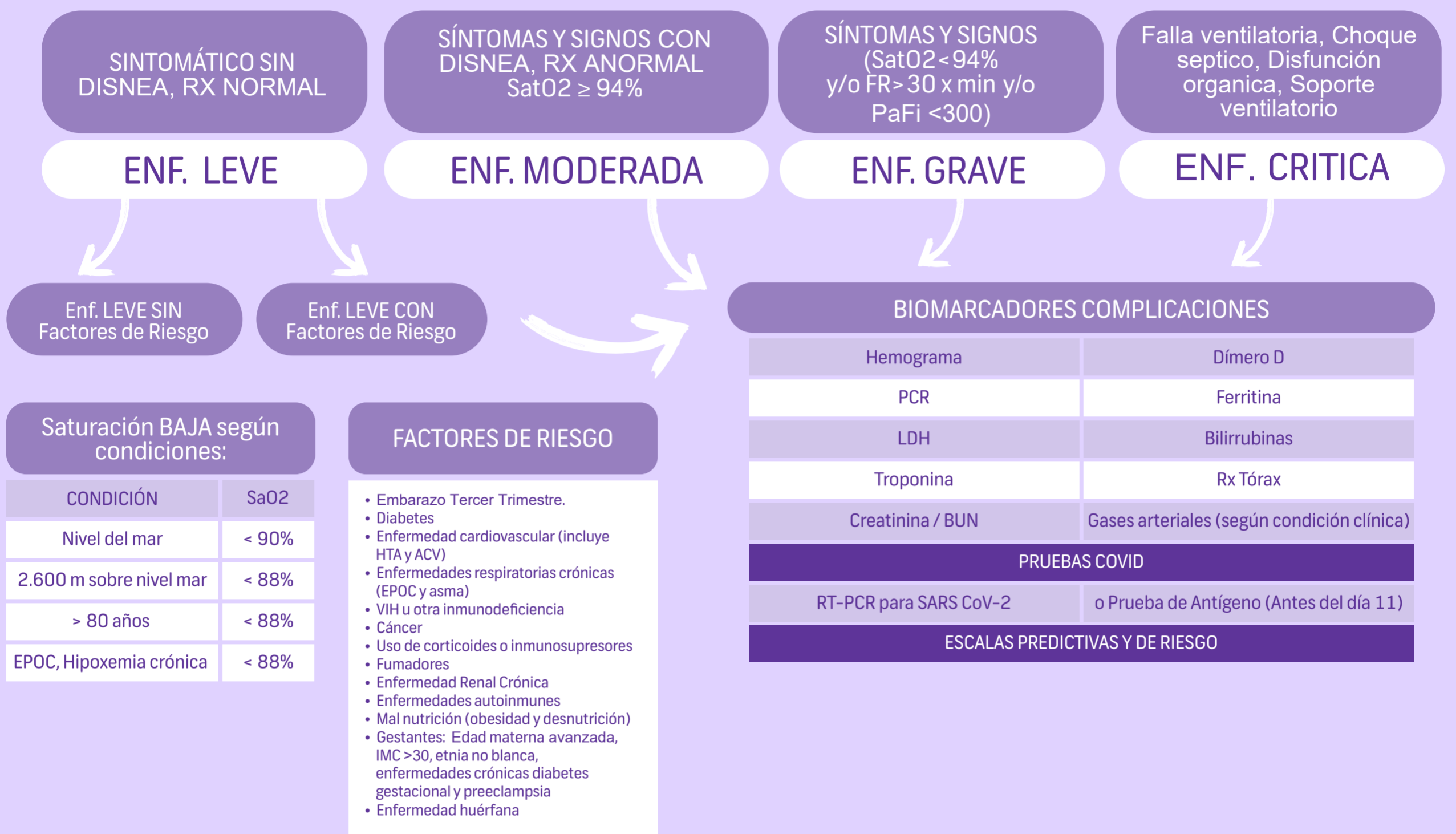
Adaptado de: ORIENTACIONES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA COVID-19 INS - Versión 02. 23 de julio de 2020





4 ESTUDIO

Realiza estudios según clasificación por severidad y riesgo.

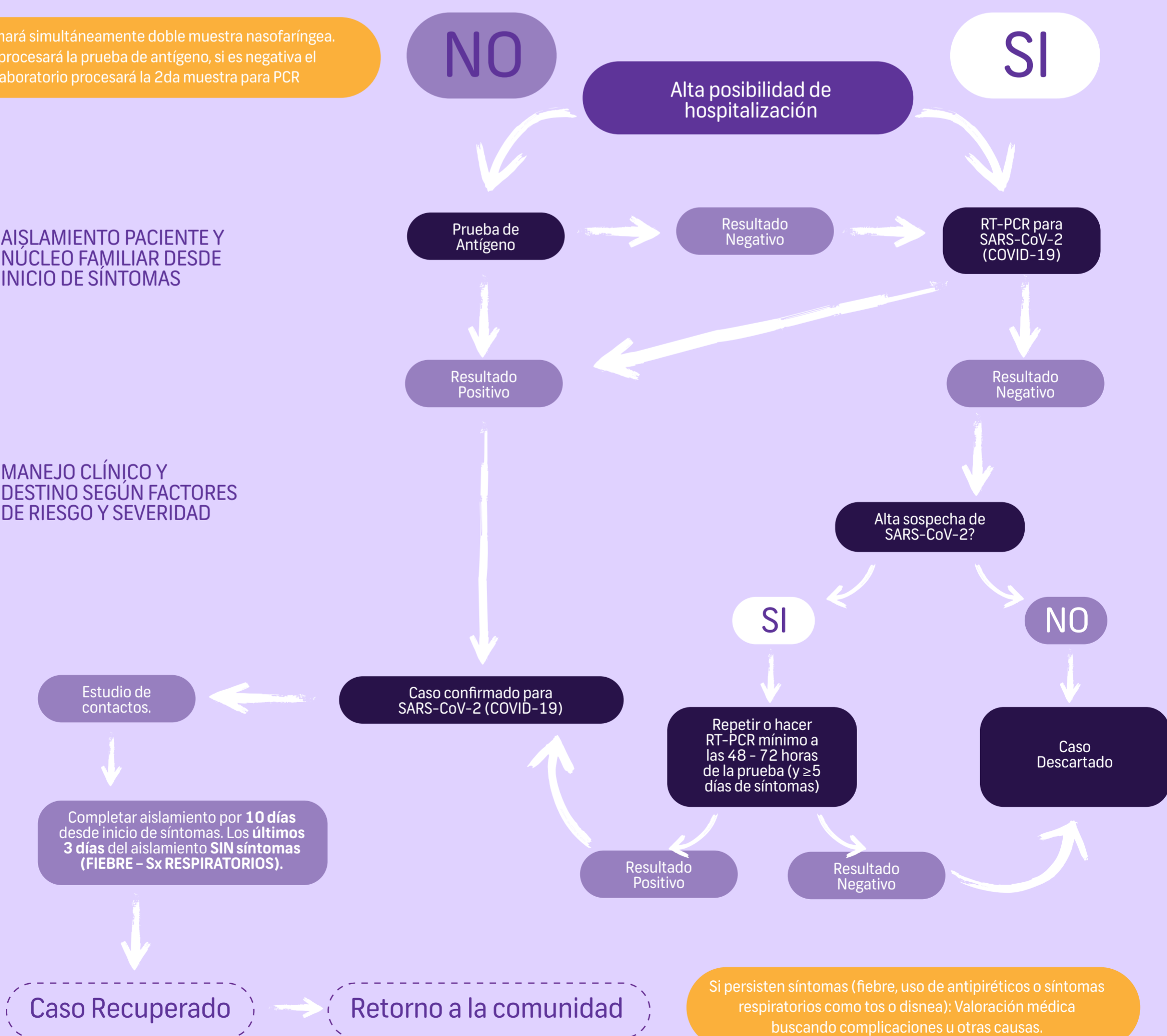


Aplica el algoritmo para pruebas Covid-19 para pacientes ámbito Hospitalario y Urgencias.

Se tomará simultáneamente doble muestra nasofaríngea. Se procesará la prueba de antígeno, si es negativa el laboratorio procesará la 2da muestra para PCR

➤ AISLAMIENTO PACIENTE Y NÚCLEO FAMILIAR DESDE INICIO DE SÍNTOMAS

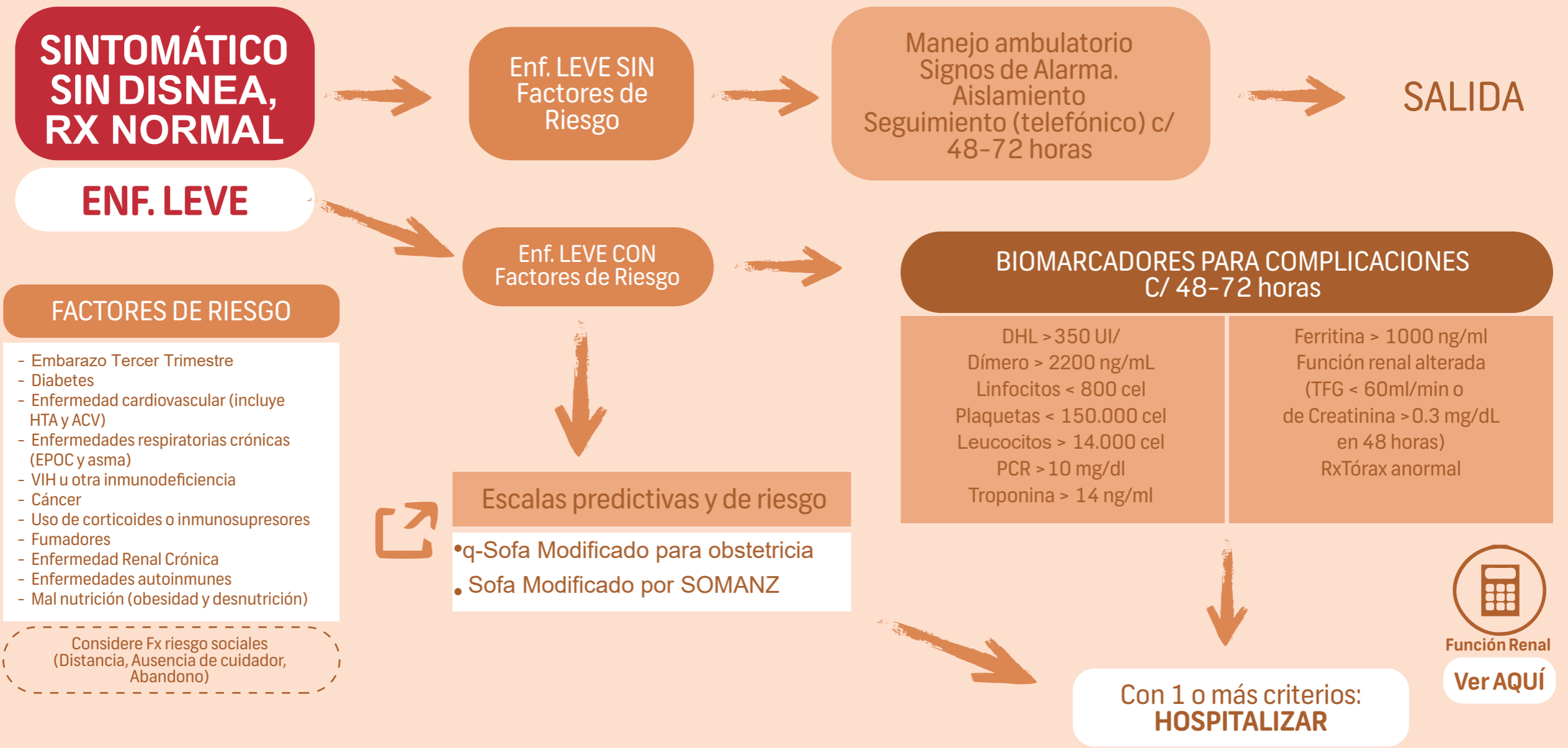
➤ MANEJO CLÍNICO Y DESTINO SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y SEVERIDAD





5 DESTINO

Clasifica según hallazgos clínicos y riesgo.



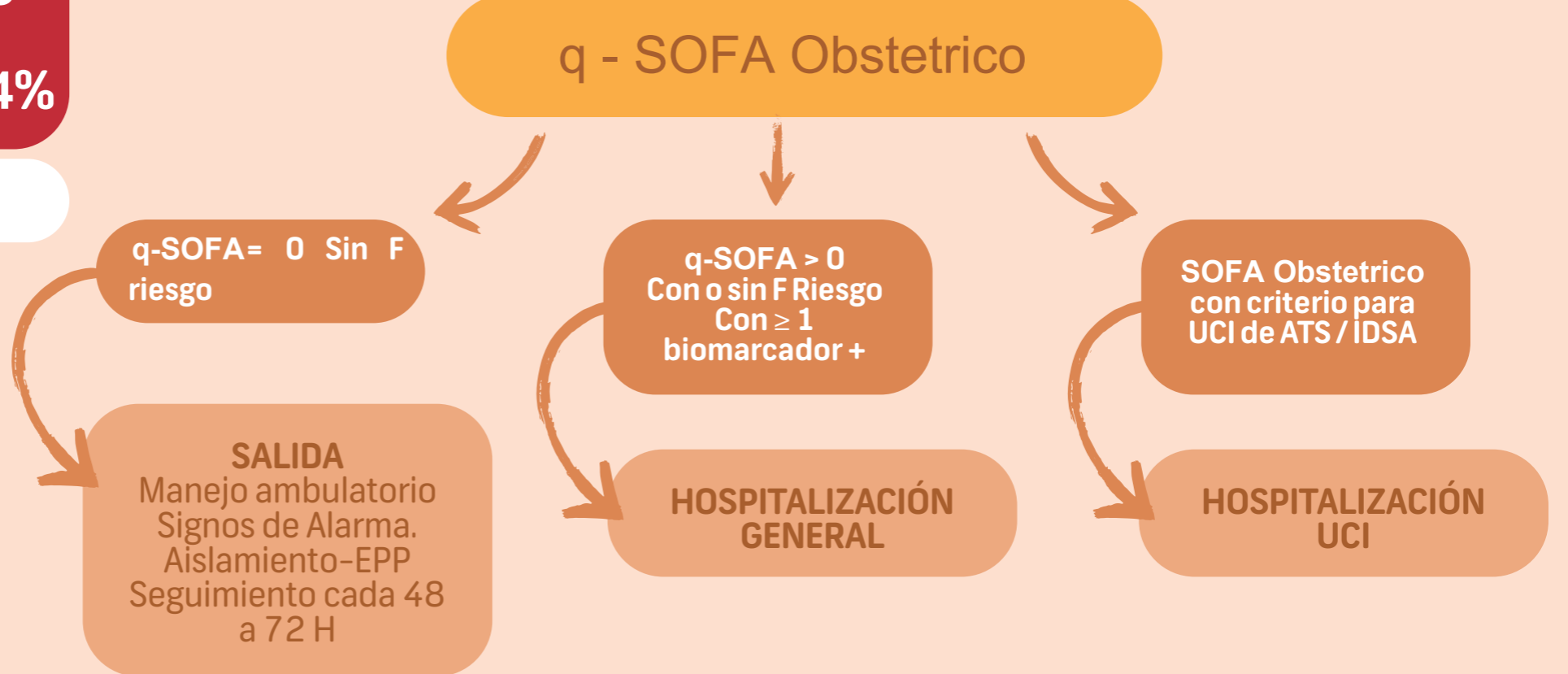
Escalas predictivas y de riesgo: q-SOFA y SOFA

q – SOFA modificado para obstetricia por SOMANZ		
Parámetro	Score	
	0	1
Tensión Arterial Sistólica	>90 mmHg	<90 mmHg
Frecuencia Respiratoria	<25 rpm	>25 rpm
Estado mental	Alerta	Alterado

Parámetro	Score		
	0	1	2
Respiratorio (PaO2/FiO2)	>400	300 - <400	<300
Coagulación (plaquetas)	>150	100 - 150	<100
Hígado (Bilirrubinas)	<1.2	1.2 – 1.9	>2.0
Cardiovascular (TAM)	>70	<70	Requerimiento de vasopresores
SNC (Glasgow)	Alerta	Responde al llamado	Responde al dolor
Renal (Creatinina)	<1.2	1.2 – 1.9	>2.0

SINTOMAS Y SIGNOS CON DISNEA, RX ANORMAL SpO2 ≥ 94%

ENF. MODERADA



BIOMARCADORES PARA COMPLICACIONES C/ 48-72 horas

DHL > 350 UI/ Dímero > 2200 ng/mL Linfocitos < 800 cel Plaquetas < 150.000 cel Leucocitos > 14.000 cel PCR > 10 mg/dl Troponina > 14 ng/ml	Ferritina > 1000 ng/ml Función renal alterada (TFG < 60ml/min o de Creatinina > 0.3 mg/dL en 48 horas) RxTórax anormal
--	--

Considere:

- Hemocultivos
- Transaminasas
- Pruebas de coagulación
- EKG

Quando TACAR de Tórax?

- Alta sospecha de neumonía y Rx normal
- Rx tórax anormal pero hallazgos no conclusivos de COVID

Escalas predictivas y de riesgo

- NEWS (modificado)
- Q-SOFA / SOFA - Modificado
- ATS / IDSA

SINTOMAS Y SIGNOS (SpO2 < 94% y/o FR30 min y/o PaFi < 300)

ENF. GRAVE

Falla ventilatoria, Choque septico, Disfunción organica, Soporte ventilatorio

ENF. CRITICA

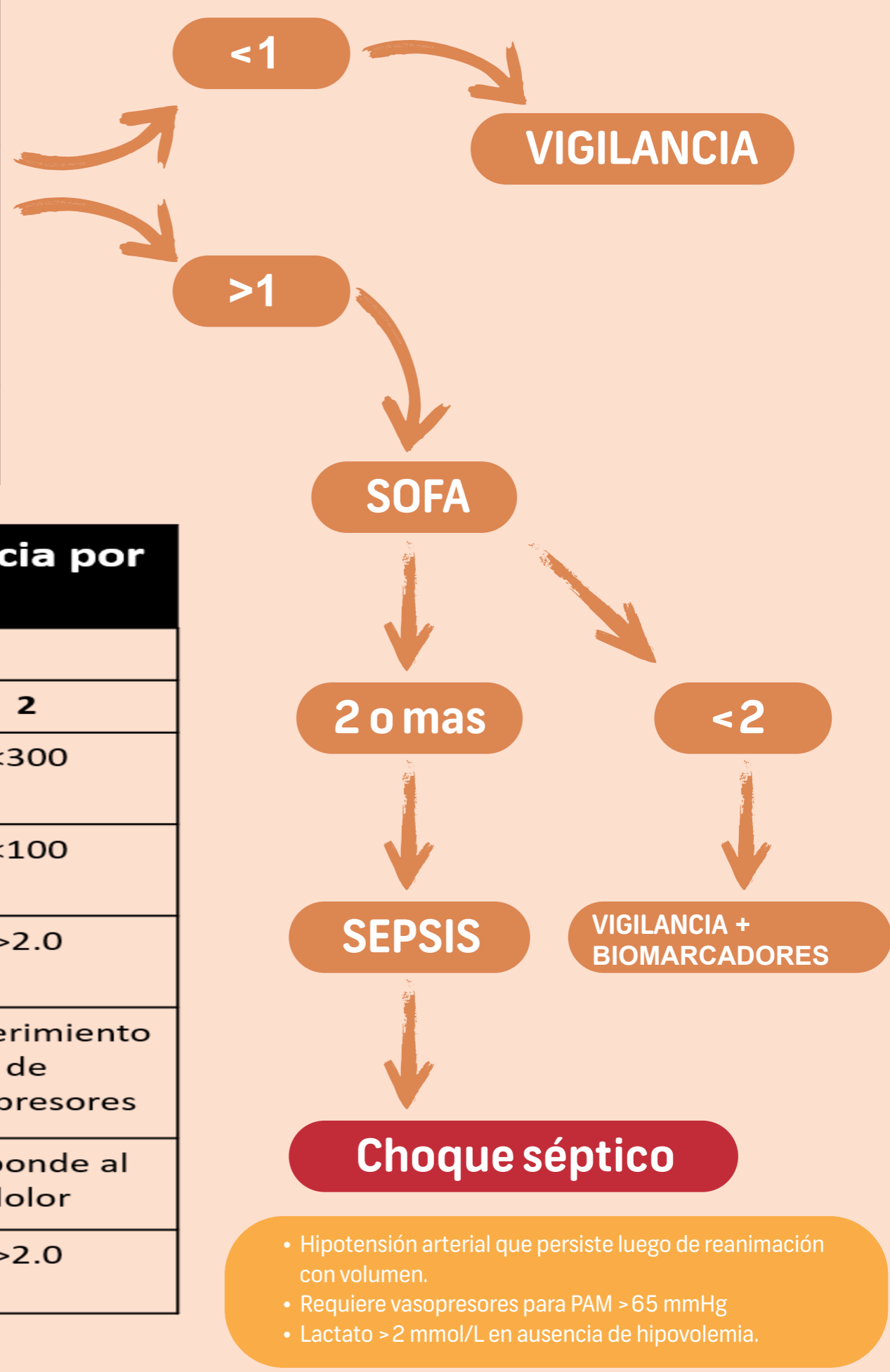
Plan monitoreo según NEWS

ATS/IDSA (+) SOFA ≥ 2

INDICACIÓN DE UCI

Criterios de ingreso en UCI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores	
Criterios mayores	
Necesidad de ventilación mecánica invasiva	
Shock con necesidad de vasopresores	
Criterios menores:	
Frecuencia respiratoria >30RPM	
PaO2/FiO2 <250	
Infiltrados multilobares	
Confusión/desorientación	
Uremia (BUN >20mg/dl)	
Leucopenia <4000 cel/mm3	
Trombocitopenia: Plaquetas <100.000 cel/mm3	
Hipotermia (°t central <36.8)	
Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos	

q – SOFA modificado para obstetricia por SOMANZ		
	Score	
Parámetro	0	1
Tensión Arterial Sistólica	>90 mmHg	<90 mmHg
Frecuencia Respiratoria	<25 rpm	>25 rpm
Estado mental	Alerta	Alterado



SOFA Score modificado para obstetricia por SOMANZ			
Parámetro	Score		
	0	1	2
Respiratorio (PaO2/FiO2)	>400	300 - <400	<300
Coagulación (plaquetas)	>150	100 - 150	<100
Hígado (Bilirrubinas)	<1.2	1.2 – 1.9	>2.0
Cardiovascular (TAM)	>70	<70	Requerimiento de vasopresores
SNC (Glasgow)	Alerta	Responde al llamado	Responde al dolor
Renal (Creatinina)	<1.2	1.2 – 1.9	>2.0

Calcula la escala NEWS predicción de peligro.

Reglas de predicción de peligro para pacientes con Covid-2019 – NEWS							
Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Edad				<65			>65
Frecuencia respiratoria	<8		9 - 11				> 25
Saturación de oxígeno	< 91	92 - 93	94 - 95	>96			
Cualquier suplenca de oxígeno		Sí		No			
Presión arterial sistólica	<90	91 - 100	101- 100	111 - 219			> 220
Frecuencia cardíaca	< 40		41 - 50	51 - 90	91-110	111-130	> 131
Estado de conciencia				Alerta	3	3	Letargia, coma o confusión
Temperatura	< 35.0		35.1 - 36	36.1 - 38	38 - 39	> 39	

Puntuación	Riesgo	Nivel de advertencia	frecuencia de monitoria	Respuesta clinica	Solucion
0			Cada 12 horas	Monitoría rutinaria	
1-4	Bajo	Amarillo	Cada 6 horas	Evaluación a la cabecera por enfermería	Monitoria habitual / aumentar la frecuencia de la monitoria e informar al médico tratante.
5-6	Mediano	Naranja	Cada 1-2 horas	Enfermería y médico tratante	Mantener el tratamiento existente / ajustar el plan de tratamiento / consulta con el equipo de respuesta rápida de cuidado crítico
>7	Alto	Rojo	Continua	Enfermería, evaluación urgente por médico tratante, consulta al equipo de respuesta rápida de cuidado crítico	Equipo de respuesta rápida de cuidado crítico
>7	Alto	Negro	Continua	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con cuadros severos, con lesión de órgano irreversible como lesión cerebral severa, fallo multiorgánico, enfermedad hepática avanzada o enfermedad pulmonar, tumor metastásico, etc. Se debería discutir urgentemente con el grupo de expertos acerca de la admisión del paciente 	





6 MANEJO TERAPÉUTICO

MANEJO TERAPÉUTICO – Panorama General

GRAVEDAD COVID-19

Asintomática

- **Aislamiento:** 10 días a partir de la prueba COVID-19 positiva
- **Con factores de riesgo:** seguimiento virtual
- **Sin factores de riesgo:** autoreporte de síntomas

No hospitalizada
Leve a Moderado
Sin factores de riesgo Sin dificultad respiratoria Rx normal

- **Aislamiento:** por 10 días a partir del inicio de síntomas más 3 días sin fiebre (sin antipiréticos) o disnea.
- **Autoreporte** de síntomas y seguimiento telefónico.
- **Tratamiento de soporte:** trate los síntomas con acetaminofén*, miel (una cucharadita si no hay contraindicación) en mayores de 1 año para aliviar la tos.
- **No hay evidencia** científica para recomendar terapia antiviral o con anticuerpos en esta población.
- **No se recomienda el uso de Dexametasona.**

No hospitalizada
Moderado Con factores de riesgo
Disnea con Saturación <94%

- **Aislamiento:** por 10 días a partir del inicio de síntomas más 3 días sin fiebre (sin antipiréticos) o disnea.
- Seguimiento telefónico o virtual diario: síntomas, control de temperatura y saturación de oxígeno.
- **Biomarcadores:** con evaluación inicial y luego de acuerdo a resultados y evaluación clínica.
- **Suplencia de oxígeno** domiciliario por cánula nasal (1-4 litros) si hay trastorno de la oxigenación documentado.
- **Tratamiento de soporte:** trate los síntomas con acetaminofén*, miel (una cucharadita si no hay contraindicación) en mayores de 1 año para aliviar la tos.
- **No hay evidencia** científica para recomendar terapia antiviral o con anticuerpos en esta población.
- **No se recomienda el uso de Dexametasona.**
- **Si hay factores de riesgo** indique tromboprofilaxis (ver Algoritmo).

Hospitalizada
Sin suplencia de oxígeno (O₂)

- **No se recomienda el uso de Dexametasona en esta población.**
- El uso de anticuerpos neutralizantes para SARS-CoV-2 no están aprobados en pacientes hospitalizados.
- **Tratamiento de soporte:** acetaminofén*, tromboprofilaxis (ver Algoritmo), terapia antimicrobiana SOLO si hay sospecha de coinfección o sobreinfección bacteriana: si deterioro < 7 días de síntomas, consolidación segmentaria o leucocitosis o Procalcitonina >0.25 (guías locales de neumonía)
- **Controlar y mantener euvolemia**

Hospitalizada
Con suplencia de oxígeno (O₂) (pero que no requiere entrega de O₂ a alto flujo, ventilación no invasiva, ventilación mecánica o ECMO)

- Administre **Dexametasona** (previa desparasitación con ivermectina una gota por kilo, dosis única por el riesgo de Estrongiloidiasis). La dosis de la dexametasona es de 6mg IV/día por 10 días (En gestantes con embarazo mayor a 26 semanas aplicar 6mg IV c/12h por 48 horas (Como esquema de maduración fetal) y luego continuar 6mg IV/día hasta completar 10 días) o hasta el egreso hospitalario.
- **Tratamiento de soporte:** acetaminofén*, tromboprofilaxis (ver Algoritmo), terapia antimicrobiana SOLO si hay sospecha de coinfección o sobreinfección bacteriana: deterioro < 7 días de síntomas, consolidación segmentaria o leucocitosis o procalcitonina >0.25 (guías locales de neumonía).
- **Controlar y mantener euvolemia.**
- Considere **pronación vigil.**

Hospitalizada Con oxígeno a alto flujo o ventilación no invasiva

- Administre **Dexametasona** (previa desparasitación con ivermectina una gota por kilo, dosis única por el riesgo de Estrongiloidiasis). La dosis de la dexametasona es de 6mg IV/día por 10 días (En gestantes con embarazo mayor a 26 semanas aplicar 6mg IV c/12h por 48 horas (Como esquema de maduración fetal) y luego continuar 6mg IV/día hasta completar 10 días) o hasta el egreso hospitalario.
- **Tratamiento de soporte:** acetaminofén*, tromboprofilaxis (ver Algoritmo), terapia antimicrobiana si hay sospecha de coinfección bacteriana si deterioro < 7 días de síntomas, consolidación segmentaria o leucocitosis o procalcitonina >0.25 (guías locales de neumonía).
- **Controlar y mantener euvolemia.**
- Considere **pronación.**
- Soporte vasopresor en paciente en UCI con choque séptico (de elección Noradrenalina). y Soporte inotrópico si se requiere.

Hospitalizada Con ventilación mecánica o ECMO

- Administre **Dexametasona** (previa desparasitación con ivermectina una gota por kilo, dosis única por el riesgo de Estrongiloidiasis). La dosis de la dexametasona es de 6mg IV/día por 10 días (En gestantes con embarazo mayor a 26 semanas aplicar 6mg IV c/12h por 48 horas (Como esquema de maduración fetal) y luego continuar 6mg IV/día hasta completar 10 días) o hasta el egreso hospitalario.
- **Tratamiento de soporte:** acetaminofén*, tromboprofilaxis (ver Algoritmo), soporte inotrópico, morfina o hidromorfona, ansiolíticos si se requiere (guías UCI).
- Terapia antimicrobiana si hay sospecha de coinfección bacteriana si deterioro < 7 días de síntomas, consolidación segmentaria o leucocitosis o procalcitonina >0.25 (guías locales de neumonía).
- **Controlar y mantener euvolemia** (guías UCI).
- En SDRA grave (PaO₂/FiO₂ menor de 150 por al menos 18 horas continuas: **pronación temprana** en las primeras 24-36 horas.

Aconseje a la paciente y sus cuidadores sobre:

- Uso de tapabocas
- Higiene de manos
- Limpieza de superficies
- Distancia social > 2m
- Ventilación (ventanas y puertas abiertas)
- Pasar tiempo al aire libre manteniendo distancia social
- Nutrición e hidratación adecuada
- Salud mental y soporte psicosocial
- Evitar acostarse boca arriba, ya que esto hace que toser sea ineficaz.

Signos de alarma en el embarazo

*Acetaminofén: antes de prescribirlo descarte compromiso hepático, no indique dosis mayores de 750 mg y tenga en cuenta que la dosis máxima es de 3 gramos/día.

OXIGENOTERAPIA

CORTICOIDES

ANTIBIÓTICOS

TROMBOPROFILAXIS

VOLEMIA

MANEJO DE SÍNTOMAS

ANTI-COVID



OXIGENOTERAPIA

Oxigenoterapia en embarazadas con infección SARS-CoV2 /COVID-19 ABORDAJE RÁPIDO EN URGENCIAS

EMBARAZADA CON DX COVID CON Sat < 94%

- Taquipnea
- Uso músculos accesorios
- Alteración estado conciencia
- Hipoxemia

SI

NO

Inminencia de Falla Respiratoria?

Intubación traqueal

Cánula Nasal 1-4 L

Traslado U.C.I.

Sat < 94% PaO2 ≤ 60

Máscara no reinhalación 5-15 L

Titulación cada 10-20 minutos

Sat < 94% PaO2 ≤ 60 PCO2 ≥ 40

Intubación traqueal

OPCIÓN: Cánula Alto Flujo en áreas con condiciones especiales

Traslado U.C.I.

Flujograma Manejo Embarazada IRA Grave

Flujograma de Manejo: COVID 19 y Embarazo de la FIMMF
M. Herrera, J. Arenas, M. Rebolledo, J. Baron, J. de Leon, H. Severiche, Y. Castaño, N. Yomayusa, C. Alvarez-Moreno, L. Correa, G. Malinger

Embarazada sintomática + Prueba de laboratorio positiva – COVID 19



IRA Leve

IRA Moderada/Severa

Manejo ambulatorio Aislamiento en casa

Hospitalizar - Habitación aislamiento respiratorio – COVID 19 EPP para paciente. EPP para personal de salud +

< 38 6/7 semanas

> 39 semanas

Vigilancia materna

Vigilancia fetal

Manejo expectante – con Bienestar fetal

- Considerar finalizar la gestación.
- Riesgo de complicación, según historia natural de enfermedad. (7mo – 10 mo día)

Monitoreo hemodinámico - UCI (q-SOFA obstetrico) Oxigenación- Meta SatO2 >= 95% - pO2 >= 70 mmHg Laboratorios Rx de tórax – Ecografía Pulmonar - TAC de Tórax

Frecuencia cardiaca fetal (FCF), Monitoreo fetal, ecografía obstétrica, Doppler AU, cervicometría. Considerar maduración pulmonar si el caso lo requiere.

- Recomendaciones por síntomas frecuentes.
- Vigilancia del crecimiento fetal al cumplir el periodo de aislamiento
- Ecografía Obstétrica - Doppler AU.

IRA severa

< 25 6/7 semanas

26 – 36 6/7 semanas

> 37 0/7 semanas

Manejo expectante Priorización de salud materna Desembarazar sino cumple con metas de reanimación, y si se considera que el embarazo empeora el pronostico de vida materno o disminuye las probabilidades de vida.

Manejo expectante Estabilización de cuadro clínico Esquema madurez pulmonar Neuroproteccion – Smg (definición de manejo multidisciplinario – Medicina Materno Fetal - UCI)

Finalizar la gestación en coordinación con UCI

Finalización de la gestación: Shock septico sin mejoría Paro Cardio Respiratorio Falla organica aguda sin mejoría Estado fetal no satisfactorio No lograr sostenidamente metas en UCI

Desembarazar por Cesarea: Si no cumple metas de UCI o cumple algún criterio de finalizar la gestación

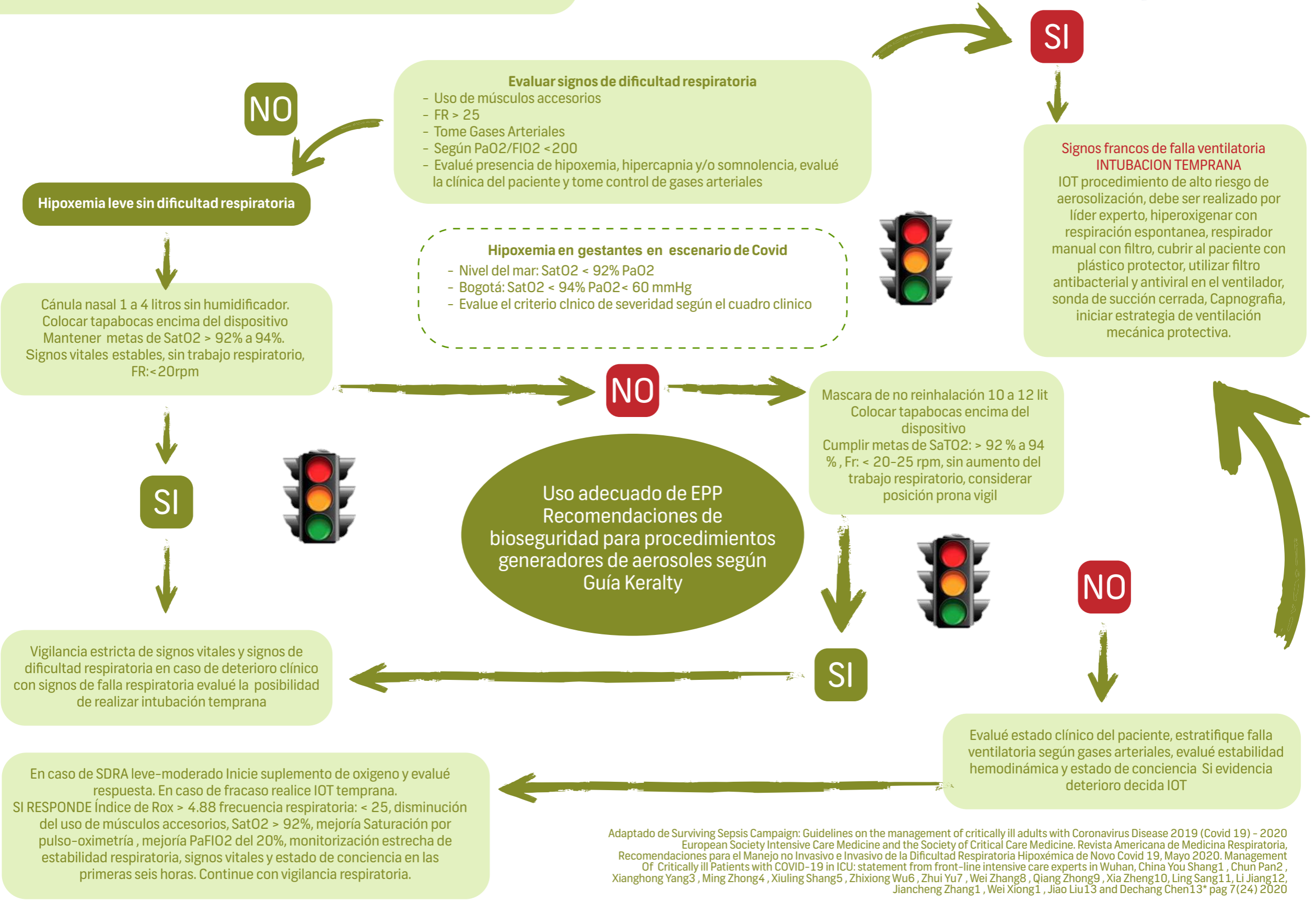
Metas en UCI en embarazo PaCO2 entre 30 – 35 mmHg PaO2 > 70mm Hg Pao2/FiO2 > 150 mmHg SatO2 >= 94%

Criterios Ingreso UCI (q-SOFA obstetrico) > 1 PAS < 90 mmHg FR > 25 Alteración estado de conciencia

* Parto vaginal: No hay contraindicación de parto vaginal, se aconseja acortamiento de la fase del expulsivo.
 ** Pinzamiento del cordón: Se recomienda pinzamiento habitual, cambios por indicación obstétrica.
 ***Lactancia: Individualizar cada caso, Riesgo/beneficio de la lactancia materna.
 + EPP (elementos de protección personal): Recomendados por variables de riesgo por la FIMMF.
 † Laboratorios: Hemograma, Bun, Creatinina, Sodio, Potasio, PT, PTT, Transaminasas, DHL, Bilirrubinas, CPK, Troponina, Dimer D, EKG, PCR, Saturación O2

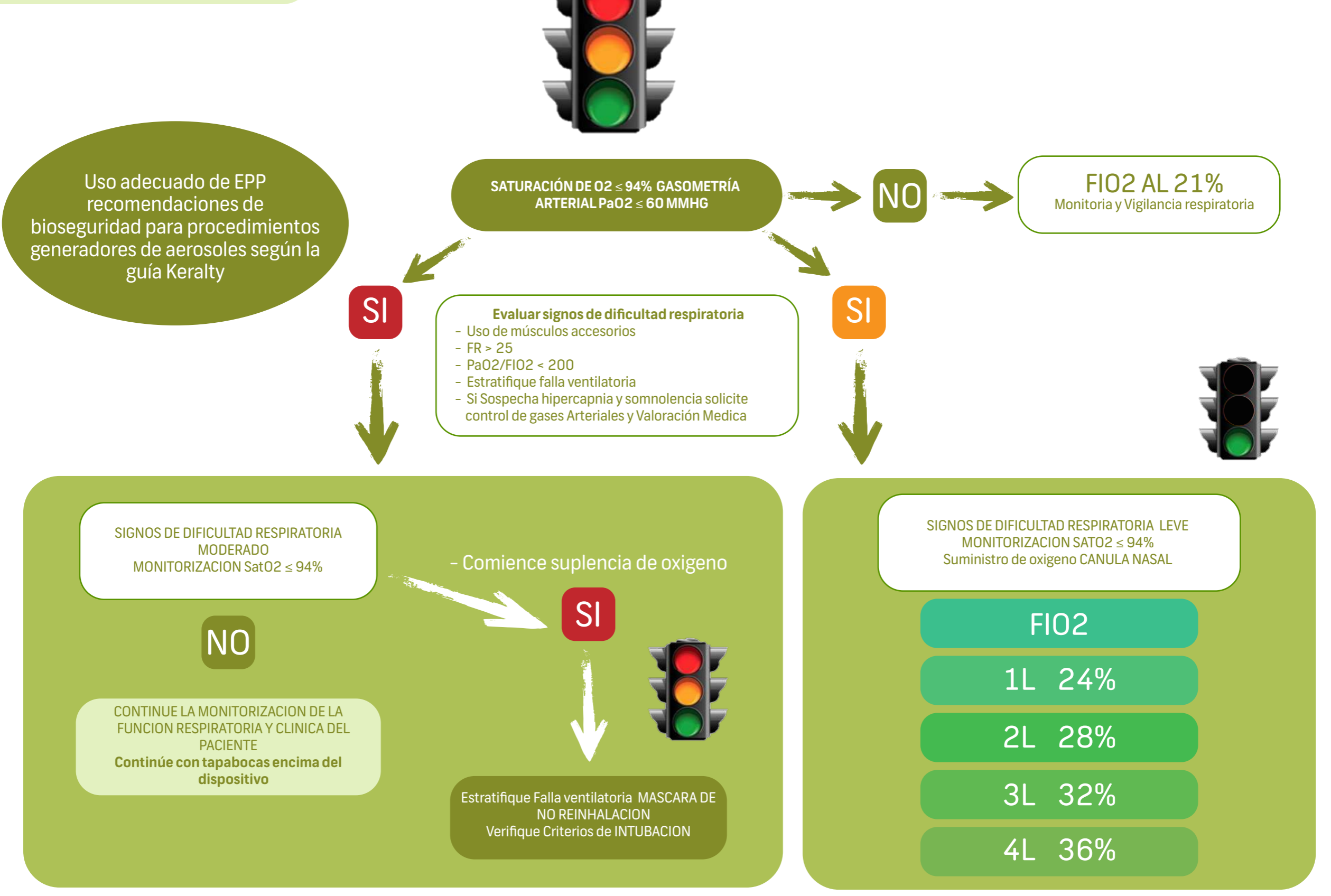


FLUJOGRAMA OXIGENOTERAPIA



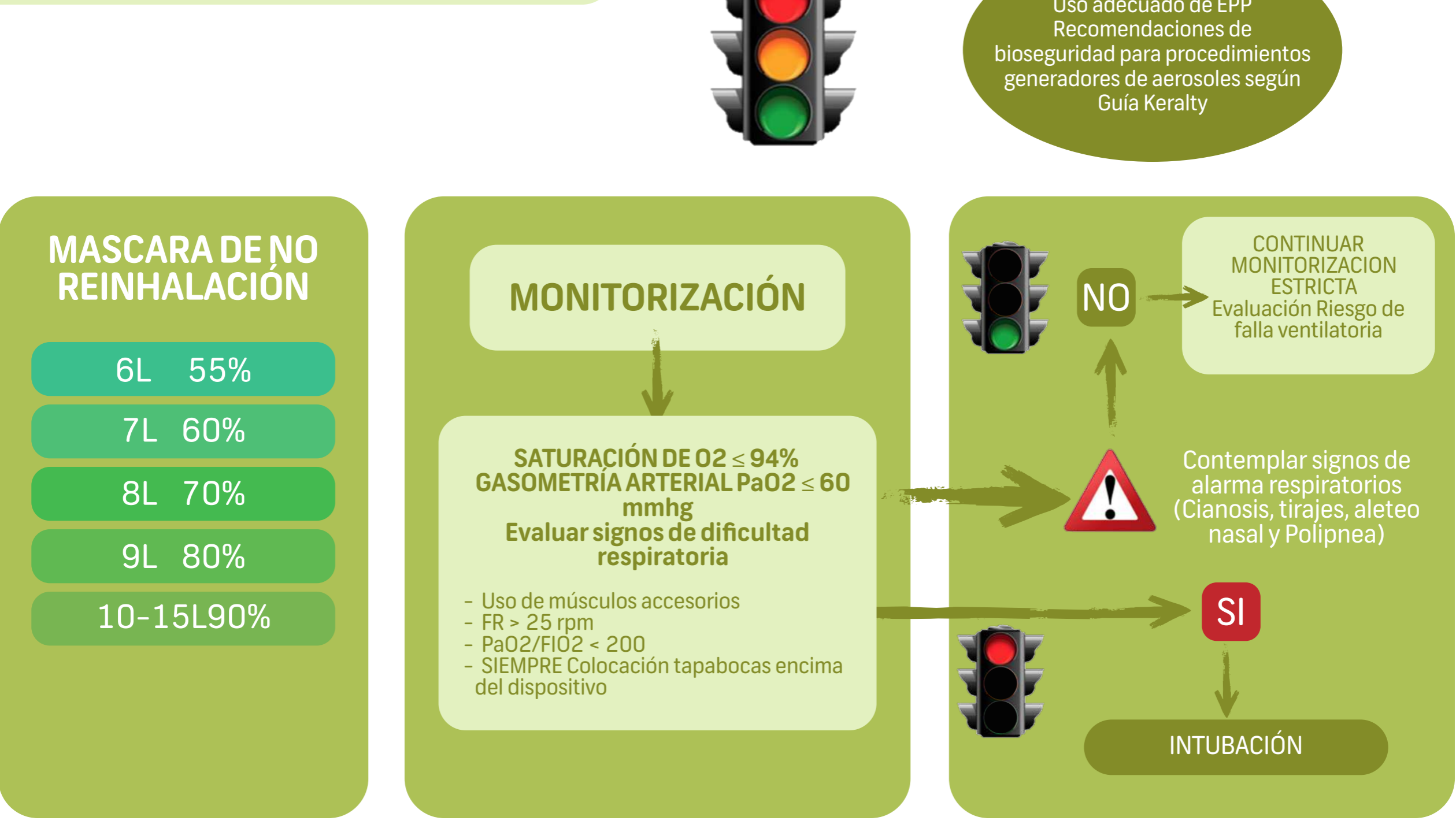
Adaptado de Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (Covid 19). 2020 European Society Intensive Care Medicine and the Society of Critical Care Medicine. Revista Americana de Medicina Respiratoria. Recomendaciones para el Manejo no Invasivo e Invasivo de la Dificultad Respiratoria Hipoxémica de Novo Covid 19, Mayo 2020. Management Of Critically ill Patients with COVID-19 in ICU: statement from front-line intensive care experts in Wuhan, China You Shang1, Chun Pan2, Xianghong Yang3, Ming Zhong4, Xiuling Shang5, Zhixiong Wu6, Zhui Yu7, Wei Zhang8, Qiang Zhong9, Xia Zheng10, Ling Sang11, Li Jiang12, Jiancheng Zhang1, Wei Xiong1, Jiao Liu13 and Dechang Chen13* pag 7(24) 2020

CÁNULA NASAL



Fuente: Adaptado de Recomendaciones para Kinesiólogo/as en Atención Primaria de Salud contexto Covid-19, Chile

MASCARA DE NO REINHALACIÓN



⚠️ Altos niveles de oxígeno por tiempo prolongado son perjudiciales para la salud

Fuente: Adaptado de Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (Covid 19). 2020 European Society Intensive Care Medicine and the Society of Critical Care Medicine. Revista Americana de Medicina Respiratoria. Recomendaciones para el Manejo no Invasivo e Invasivo de la Dificultad Respiratoria Hipoxémica de Novo Covid 19, Mayo 2020.

CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO



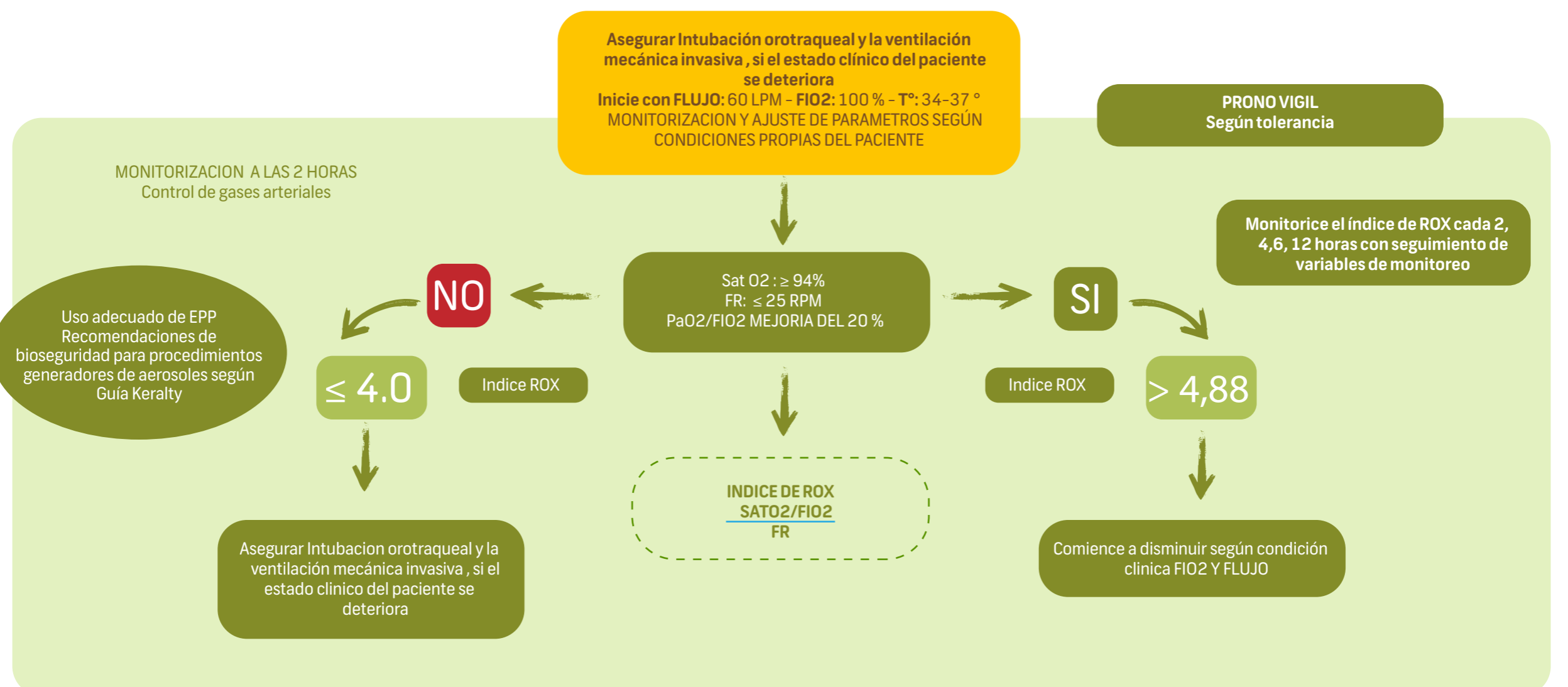
SI UTILIZA SUMINISTRO DE OXÍGENO CON CÁNULA DE ALTO FLUJO (CNAF): TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES ..



ESCENARIO DE USO

No existe una recomendación que avale o contraindique el uso de la CNAF, quedará a decisión del equipo clínico su utilización y será una decisión individualizada, teniendo en cuenta la experiencia del equipo, las condiciones de bioseguridad del sitio, (presión negativa, recambios horarios de aire...) y las condiciones clínicas propias del paciente.

SI Seleccione al paciente con falla respiratoria hipoxémica leve Colocación tapabocas encima del dispositivo



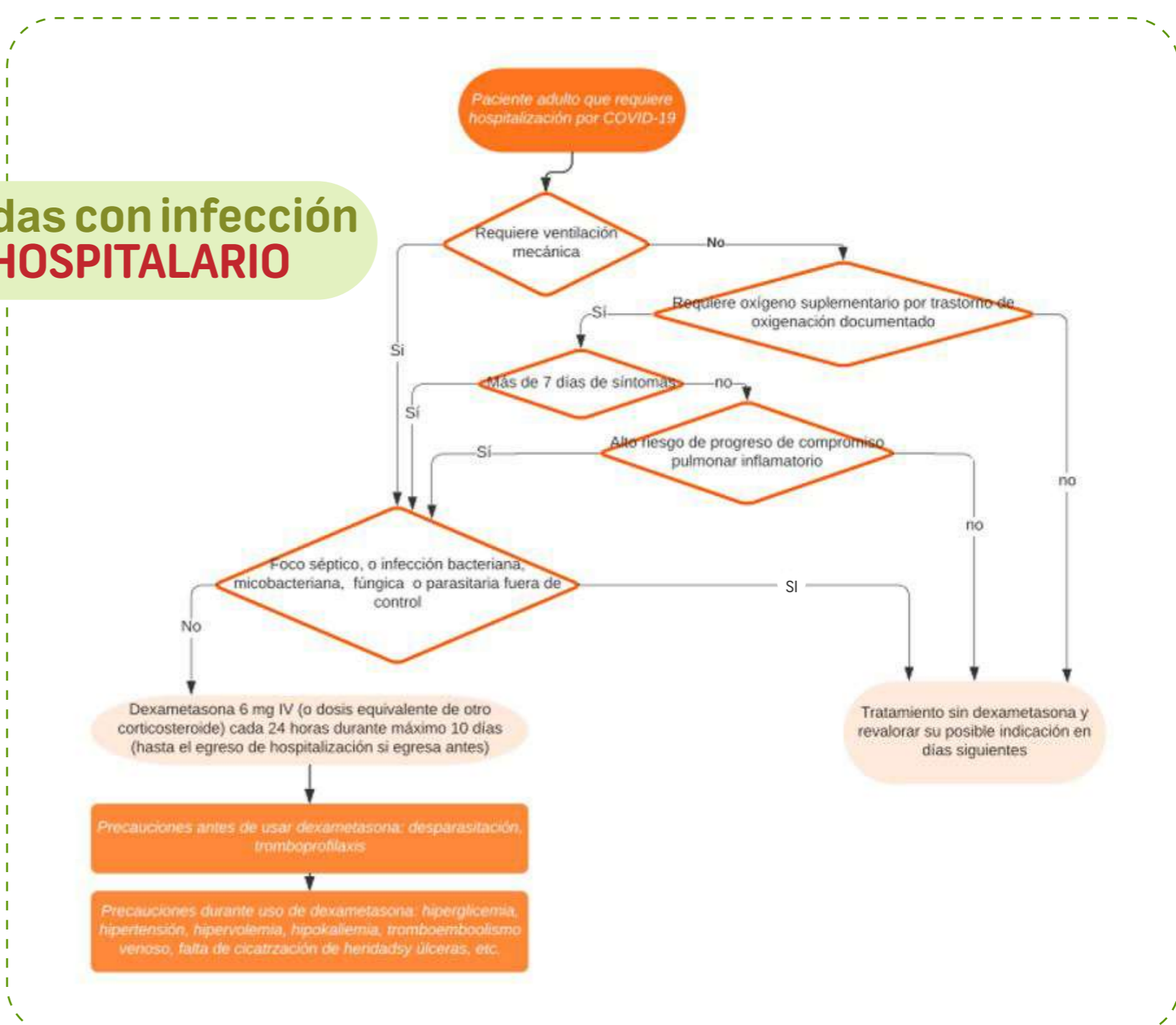
Fuente: GUIA DE PRACTICA CLINICA MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO DE PACIENTES AFECTADOS POR SARS2COVID-19 keralty

Adaptado de: COVID-19 PRACTICE MANAGEMENT GUIDE clinical Management of COVID-19 Leads: Lt Col René I. Matos and COL Kevin K. Chung 5-14-2020. Anales Of Intensive Care. Management of critically ill patients with COVID-19 in ICU: statement from front-line intensive care experts in Wuhan, China You Shang1, Chun Pan2, Xianghong Yang3, Ming Zhong4, Xiuling Shang5, Zhixiong Wu6, Zhui Yu7, Wei Zhang8, Qiang Zhong9, Xia Zheng10, Ling Sang11, Li Jiang12, Jiancheng Zhang1, Wei Xiong1, Jiao Liu13 and Dechang Chen13* pag 7 (24) 2020

CORTICOIDES

Corticoides en embarazadas con infección SARS-CoV2 /COVID-19 - HOSPITALARIO

DEXAMETASONA 6mg IV c/24h por 10 días (En gestantes con embarazo mayor a 26 semanas, aplicar 6mg IV c/12h por 48 horas y continuar 6mg IV c/24h hasta completar 10 días)
 Uso hospitalario
 - **Previamente:** desparasitación con Ivermectina (1 gota/Kg), dosis única)

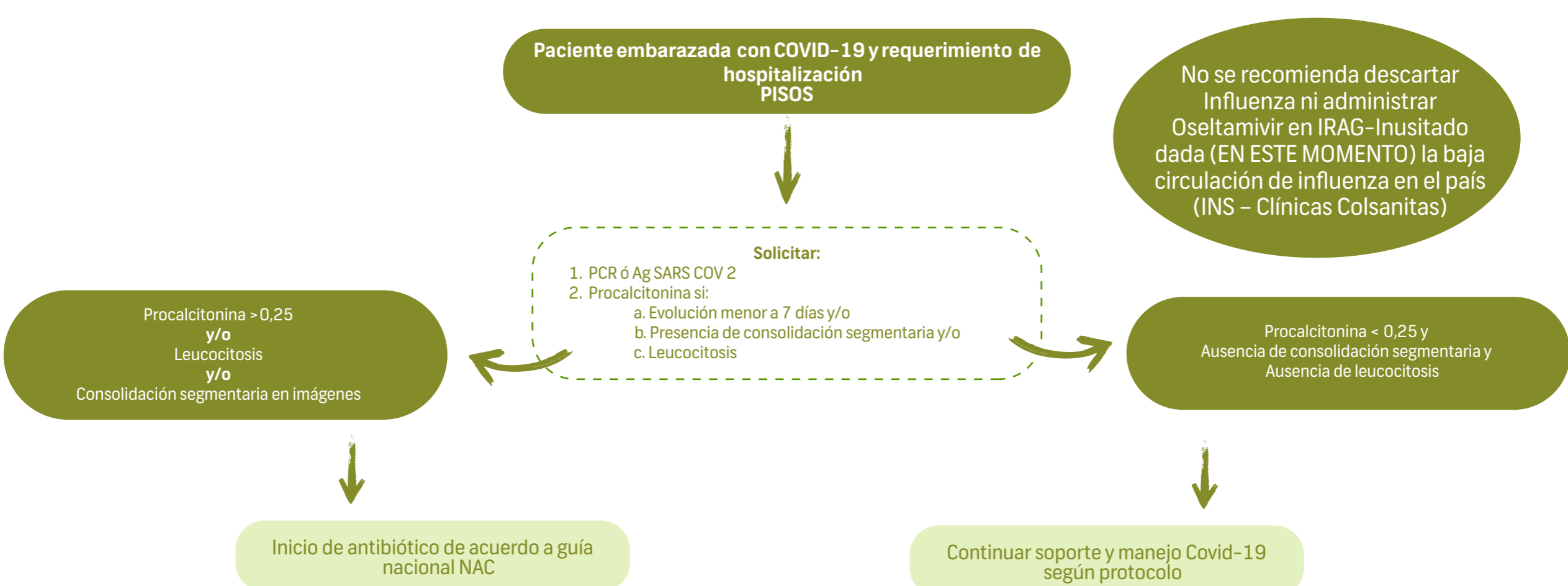


ANTIBIÓTICOS

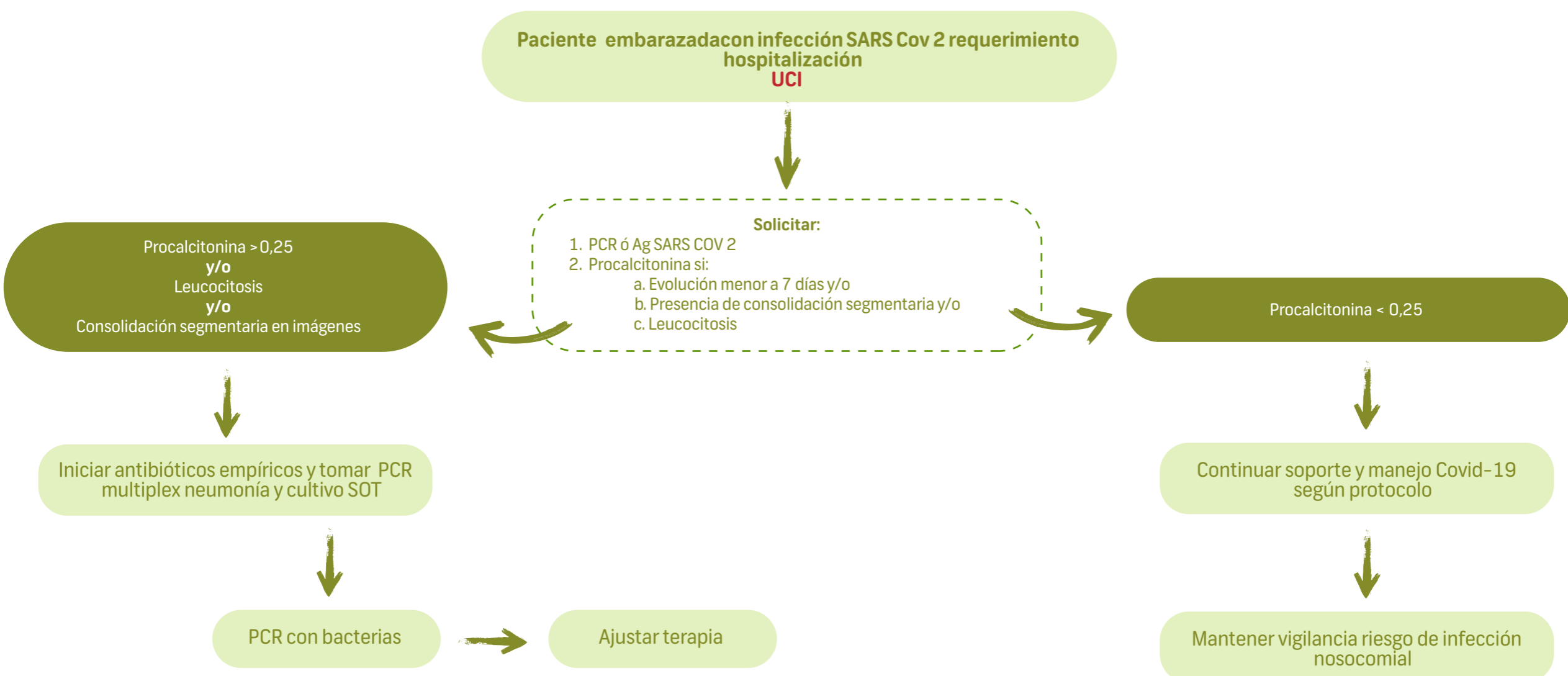
Antibióticos en embarazadas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 AMBULATORIO

En pacientes embarazadas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 leve o moderado, **NO** se recomienda el uso de profilaxis o terapia antibiótica

Antibióticos en embarazadas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 HOSPITALIZADAS



Antibióticos en embarazadas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 en UCI

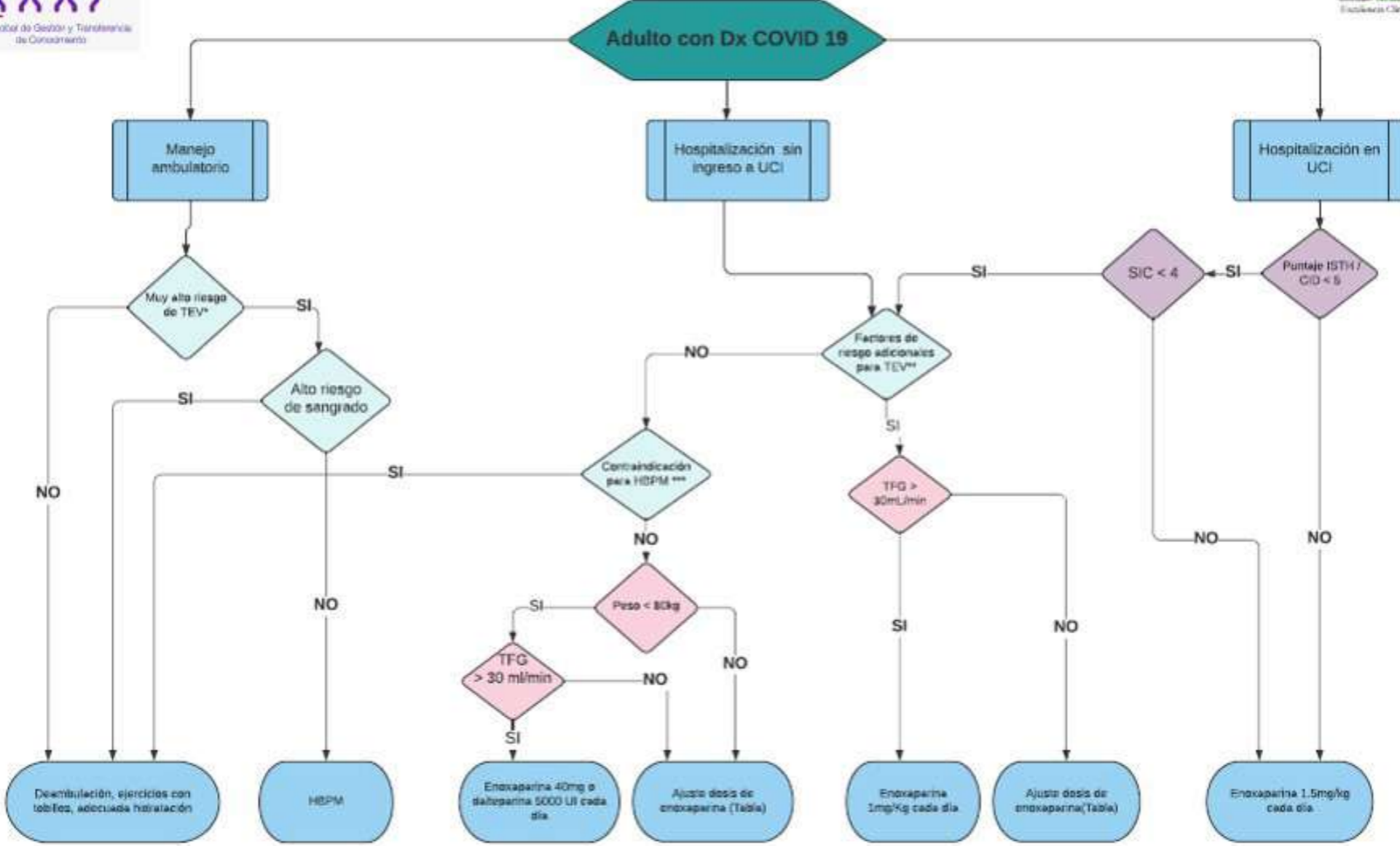


Uso de antibióticos en embarazadas con diagnóstico o sospecha de COVID-19

	QUIÉN		ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN	DÓNDE
	CRB-65	Factores de Riesgo y/o Enfermedades concomitantes		
NAC GRUPO I	0 - 1	NO	Amoxicilina o Clarithromicina o Azitromicina	AMBULATORIO
		SI	Amoxicilina clavulanato + Claritromicina (o Azitromicina)	
NAC GRUPO II	2	NO	Penicilina Cristalina + Claritromicina IV o Ampicilina + Claritromicina IV	HOSPITALARIO
		FRx para bacilos Gram(-): Hogar geriátrico, enf cardiopulmonar, Uso reciente AB, Disfagia, Aspiración	Ampicilina- Sulbactam + Claritromicina IV o Cefuroxima + Claritromicina IV	HOSPITALARIO
		FRx para Neumococo Resistente a PNC: > 65 años, Uso betalactámicos < 3 meses, Alcoholismo, Inmunosupresión, Exposición a niños institucionalizados	Ceftriazona + Claritromicina IV o Moxifloxacina o Levofloxacina	HOSPITALARIO
NAC GRUPO III	≥ 3	Sin FRx para Pseudomonas aeruginosa: Bronquiectasias o EPOC Grave, Terapia con Corticoides sistémicos, Terapia con AB amplio espectro < 1 mes, Malnutrición	Ampicilina- Sulbactam + Claritromicina IV + Vancomicina o Linezolid o Piperacilina-tazobactam + Claritromicina	UCI
		Con FRx para Pseudomonas aeruginosa	Piperacilina-tazobactam + Claritromicina o Cefepima + Claritromicina	UCI
		FRx para Staphylococcus aureus meticilino resistente: ERC en hemodiálisis, Drogas IV, Infección por influenza, Uso fluoro-quinolonas, Neumonía necrosante	Ampicilina- Sulbactam + Claritromicina IV + Vancomicina o Linezolid o Piperacilina-tazobactam + Claritromicina + Vancomicina o Linezolid	UCI



Tromboprofilaxis en pacientes con COVID 19



*** Factores de muy alto riesgo para tromboembolismo venoso (TEV) en manejo ambulatorio**
 Cualquiera de los siguientes:
 Gran compromiso de la movilidad
 Antecedente de TEV
 Cáncer activo

**** Factores de riesgo adicionales para TEV en pacientes hospitalizados**
 Formas de COVID-19 grave con alteraciones de laboratorio:
 - Proteína C Reactiva >150mg/L
 - Dímero D >1500 ng/ml
 - Ferritina >1000 ng/ml
 - Linfocitopenia: <0.8x10⁹/L
 - IL-6 >40 pg/ml
 Dímero D >3000 ng/ml.
 Antecedentes personales o familiares de enfermedad trombotica venosa
 Antecedentes personales de enfermedad trombotica arterial
 Trombofilia biológica conocida
 Cirugía reciente
 Gestación
 Terapia hormonal sustitutiva

***** Contraindicación de uso de heparina de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes hospitalizados por COVID-19**
 Contraindicación para usar anticoagulantes
 * Sangrado activo
 * Recuento de plaquetas menor de 25x10⁹/L
 * Fibrinógeno menor de 100mg/dL
 (La prolongación del TP o el TPT no contraindica la profilaxis con anticoagulantes)
 Otras precauciones de uso de HBPM
 Para pacientes con tasa de filtración glomerular (TFG) menor de 30mL/min y cuando no se dispone de HBPM, considere dosis profilácticas de heparina no fraccionada.
 Para pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta de trombocitopenia inducida por heparina, según puntaje 4T, usar dosis profiláctica de fondaparinux

MANEJO DE SÍNTOMAS

COVID-19
(Control de síntomas)

Acetaminofén 1g VO o IV cada 6 a 8 horas
 El uso de AINEs está contraindicado
 Considerar dipirona 1g/8 horas IV.
 Si el paciente está en fin de vida considerar Parecoxib 40 mg/24 h IV.

Butilbromuro de hioscina 20 a 40 mg c/8h o infusión de 80mg/24h IV ó SC.
 Ipratropium Butilbromuro Inhalador 2 puff cada 6 horas
 Náuseas: metoclopramida 20 mg IV ó SC cada 8 horas
 Emesis: ondansetron 4mg IV c/12h

Manejo no farmacológico:
 Incluye posición semisentado, técnicas de relajación y aumento de la ventilación.
Manejo farmacológico:
 Los opioides son el medicamento de elección
Morfina: Dosis de Inicio Adulto mayor 0.5 mg / 4 horas con máximo 6 rescates de 0.5 mg en 24 h. Ajuste de dosis con base en el número de rescates en 24 horas. (>3 rescates día se hace sumatoria a la dosis y se redistribuye nuevamente.
Hidromorfona: Dosis inicio 0,1 - 0,2 mg / 4 horas, con máximo 6 rescates de la misma dosis. Infusión continua. Ante refractariedad iniciar sedación paliativa

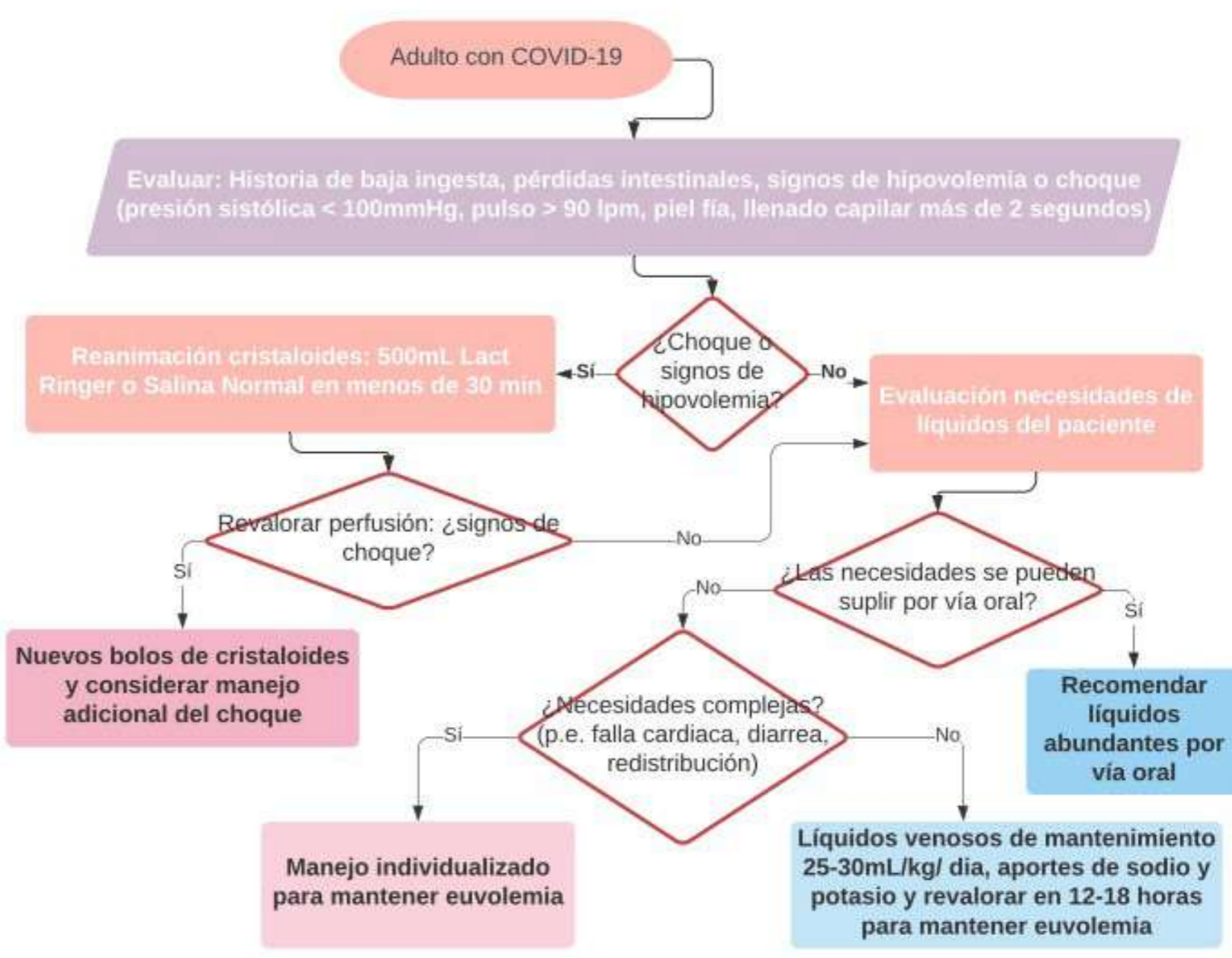


Astenia, Ansiedad, Insomnio
 Benzodiacepinas:
 Ansiolítica: Alprazolam 0.25 a 0.5mg/noche.
 Midazolam intravenoso o subcutáneo cada 6 horas cuando las dosis de opioide se han ajustado de forma rápida y no hay mejoría, con rescates de la misma dosis

Si no presenta disnea se puede iniciar paracodina 5 - 10 ml/ 8 horas
 Si presenta disnea utilizar morfina (ver manejo disnea)
Hemoptisis
 Revisar si el paciente este anticoagulado, definir retiro de anticoagulante

VOLEMIA

Normalización de volemia en adultos con COVID-19





RECOMENDACIONES DE MANEJO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS CON COVID-19

Para los tratamientos descritos en la siguiente sección, no hay evidencia de buena calidad para concluir un beneficio en los resultados clínicos de la paciente embarazada con COVID-19. Todos estos tratamientos tienen el potencial de producir efectos adversos. Por tanto, consideramos que la posición más prudente es evitar su uso como tratamiento de rutina. Siempre que sea posible, se puede recomendar la participación de pacientes embarazadas en estudios de investigación. La investigación sobre el tratamiento COVID-19 es un campo en rápido desarrollo y las recomendaciones de hoy pueden ser diferentes en unas pocas semanas, por lo que actualizaremos esta información de manera oportuna.

Recomendado

Más beneficios que daños, pero aún están en estudio

No recomendado

Corticosteroides

- Se recomienda el uso de corticosteroides en pacientes con COVID-19 grave y crítico que requieren oxígeno suplementario.
- Cuando se trata a pacientes con una enfermedad no grave, incluso después de 7 días de síntomas, es preferible optar por no prescribir corticosteroides.

Remdesivir

- En este momento, existen datos limitados para respaldar el uso de Remdesivir para el tratamiento de rutina de pacientes con saturación de oxígeno > 94% y sin oxígeno suplementario.

Colchicina

- No existe evidencia sólida basada en estudios de seguridad y eficacia sobre los beneficios clínicos de la colchicina para prevenir la enfermedad, disminuir la gravedad o la efectividad en el tratamiento de pacientes con COVID-19.

Anticuerpos monoclonales: (Casirivimab + Imdevimab (Regeneron); Bamlanivimab)

- En este momento, no hay datos suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de anticuerpos monoclonales para el tratamiento de pacientes ambulatorios con COVID-19 leve a moderado.

Tocilizumab

- No hay evidencia de calidad suficiente para recomendar el uso de tocilizumab, excepto en el contexto de ensayos clínicos aprobados por los comités de investigación y de ética.

Hidroxicloroquina

- Recomendación en contra de la administración de hidroxicloroquina o cloroquina.
- Probablemente no reduce la mortalidad, ni la ventilación mecánica
- Efecto incierto en el ingreso hospitalario, tiempo de mejoría clínica y aclaramiento viral.
- Riesgo de toxicidad cardíaca, delirio.

Ropinavir/litonavir

- No reduce la mortalidad, ventilación mecánica
- Efecto incierto en la eliminación del virus, lesión renal aguda, tiempo hasta la mejoría clínica.
- Puede aumentar el riesgo de diarrea y vómitos.

Ivermectina

- Actualmente, no hay datos suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de ivermectina para el tratamiento de COVID-19.
- Se ha demostrado que la ivermectina inhibe la replicación del SARS-CoV-2 en cultivos celulares. Sin embargo, los estudios farmacocinéticos y farmacodinámicos sugieren que se necesitarían dosis de ivermectina hasta 100 veces más altas que las aprobadas para su uso en humanos para alcanzar las concentraciones plasmáticas necesarias para duplicar la eficacia antiviral del fármaco in vitro.

Azitromicina

- No hay diferencias significativas en la tasa de mortalidad entre los grupos de pacientes comparados.
- Los pacientes tienen tasas de mortalidad y duración de la estancia más bajas con HCQ solo en comparación con el tratamiento combinado con azitromicina, y los efectos secundarios cardíacos de la terapia combinada pueden contribuir a una mayor morbilidad y mortalidad.

AINES

- Se sugiere no usar AINE debido a efectos secundarios renales y gastrointestinales, particularmente en personas con factores de riesgo (hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular).

Aspirina

- Aún se requieren tratamientos específicos con seguridad y eficacia indiscutibles para controlar la replicación viral, la inflamación y el riesgo trombótico durante el COVID-19.
- El ácido acetilsalicílico podría ser un candidato terapéutico seguro y razonable para ser probado en ensayos clínicos con adultos con COVID-19, pero merece más atención.
- Los pacientes que ya vienen con tratamiento con ASA, deben continuarlo.

Zinc

- Los niveles de zinc son difíciles de medir con precisión, ya que el zinc se distribuye como componente de varias proteínas y ácidos nucleicos.
- Se recomienda no usar suplementos de zinc por encima de la cantidad diaria recomendada para la prevención de COVID-19, excepto en un ensayo clínico.



7 CUIDADO CRÍTICO

MANEJO S.D.R.A.

VENTILACIÓN /PROTECCIÓN PULMONAR

POSICIÓN PRONO

SEDOANALGESIA EN PACIENTE CON VMI

RELAJANTES NEUROMUSCULARES

MANEJO S.D.R.A.

Definición SDRA de Berlín Opcional < recursos: Def. Kigali Ecografía reemplaza TAC – Oximetría reemplaza gases arteriales – SAFI reemplaza PAFI

Definición de Berlín

Temporalidad	Aparición del cuadro clínico o de nuevos síntomas respiratorios o empeoramiento, menor a 1 semana.
Radiografía	Opacidades bilaterales no totalmente explicadas por derrames, colapso lobar o pulmonar, o nódulos.
Origen de edema	Insuficiencia respiratoria que no es totalmente explicada por una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de fluidos. Necesita evaluación objetiva (p.e. ecocardiografía) para excluir edema hidrostático si no existe ningún factor de riesgo presente.
Oxigenación	Leve: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$, con $\text{PEEP}/\text{CPAP} \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ Moderado: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$, con $\text{PEEP} \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ Severo: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$, con $\text{PEEP} \geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$

La VMI es el tratamiento indicado en los pacientes con SDRA moderado – severo.

Es recomendable, no retrasar la IOT

No se recomienda el uso de Ventilación mecánica No Invasiva previa a IOT e inicio de VMI

La IOT debe ser realizada por la persona más experta del equipo y la secuencia rápida e invertida será preferible en el caso del paciente con insuficiencia respiratoria severa

Debe existir una evaluación de la vía aérea para determinar posibles rutas de acción en caso de una vía aérea difícil predicha

Inicio temprano de la sedoanalgesia según protocolos institucionales (Garantizar control del dolor, confort del paciente y acople a la ventilación mecánica)

CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO



La CNAF no es un sistema de ventilación mecánica. NO sustituye un ventilador mecánico y/o la necesidad de IOT

La cánula nasal de alto flujo (CNAF) es un nuevo sistema que puede proporcionar hasta 100% de oxígeno calentado y humidificado a un flujo máximo de 60 L/min; obteniendo una rápida mejoría de los síntomas



En hipoxemias leves a moderadas, quedará a decisión del equipo clínico su uso (decisión individualizada) según experticia del equipo, condiciones de bioseguridad, EPP completo para aerolización, condiciones locativas (presión negativa, recambios horarios de aire, esclusas) y las condiciones clínicas paciente, **sin retardar la IOT y el soporte ventilatorio invasivo que este claramente indicado.**

Pero



El uso de cánulas de alto flujo y las nebulizaciones pueden aumentar el riesgo de transmisión del virus



En **Período postextubación y retiro de VMI**, y con avance de la enfermedad a mas de 14 días de inicio de síntomas, se puede utilizar CNAF como interface a la readaptación de la ventilación espontánea, para alcanzar metas de oxigenación, con mayor tranquilidad.



El uso de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) no se recomienda como manejo de primera línea en los pacientes con SDRA por infección viral grave, excepto en las pandemias virales, **SI el sistema ESTÁ EN RIESGO DE SER SOBREPASADO** con la demanda de camas en UCI y de equipos de VMI.

VENTILACIÓN /PROTECCIÓN PULMONAR

Volumen corriente 6-7 ml/kg peso predicho

Presión meseta (plateau) < 30 cm H2O

PEEP > 8 cm H2O

Mechanical Power < 13 Joules

Hipercapnia permisiva

Driving pressure (presión de conducción alveolar) < 15 cmH2O. (Driving pressure = Presión meseta - PEEP)

FiO2 mínima necesaria con un objetivo de saturación de 88 - 92%.

La ventilación mecánica invasiva debe ser administrada con circuitos cerrados para disminuir el intercambio de aerosoles y el riesgo de contaminación en el personal asistencial.

POSICIÓN PRONO EN PACIENTE CON VMI:

- En SDRA severo (Pa/FiO2 menor a 150 por al menos 18 horas continuas): Pronación temprana en las 1ras 24-36 horas
- Primeras 24/36 horas de iniciada la VM
- Ciclos de pronación mínimo de 18 horas y en paciente hemodinámicamente estabilizado.
- El protocolo debe garantizar medidas de seguridad para:
 - Evitar lesiones de piel
 - Evitar riesgo de contaminación del personal de salud
 - Evitar complicaciones hemodinámicas mayores
 - Evitar infecciones nosocomiales

PRONACIÓN PACIENTE DESPIERTO:

- Herramienta útil para mejorar la oxigenación y disminuir el esfuerzo respiratorio en pacientes con COVID-19 moderado o severo.
- Cualquier paciente con COVID-19 con dificultad respiratoria lo suficientemente grave como para ser ingresado en el hospital debe ser considerado para rotación y pronación.
- Independientemente de la modalidad de oxigenación pero vigilando que no se interrumpa el flujo de oxígeno durante la rotación del paciente.
- Duración: 30-120 minutos en decúbito prono, seguidos de 30-120 minutos en decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho y posición sentada vertical.
- Considerar los deseos del paciente. El beneficio se percibe dentro de los 5-10 minutos en una nueva posición; no mantenga una posición que no mejore la respiración y la comodidad del paciente.

SEDOANALGESIA EN PACIENTE CON VMI

Establecer sedoanalgesia basada en estrategia multimodal, centrada en analgesia

ANALGESIA EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO -			SARS CoV-2	
ANALGESICOS OPIOIDES			COADYUVANTES	
1ª Línea	2ª Línea	3ª Línea	AINES	otros
Fentanilo	Hidromorfona	Oxicodona	Diclofenac	Paracetamol
Morfina	tramadol	Metadona	Ketorolaco	Dipirona
Remifentanilo			Ibuprofeno	
			Naproxeno	

Medir el dolor mediante escalas:

- Paciente despierto y comunicativo: Escala verbal numérica (0 a 10)
- Paciente inconciente: Escala de Campbell (0 a 10)

SEDACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO			SARS CoV-2	
ANSIOLITICOS -HIPNOTICOS -AMNESICOS			COADYUVANTES	
1ª Línea	2ª Línea	3ª Línea		Antipsicóticos
Propofol	Lorazepam	Dexmedetomidina	Nefopam	Haloperidol
Midazolam	Diazepa	Tiopental	Lidocaina	Quetiapina
	Ketamina	Agentes Inhalados		

Medir sedación con escala de RASS

Establecer la rotación de sedoanalgesia, según protocolo institucional

RELAJANTES NEUROMUSCULARES

INDICACIÓN

- casos de **asincronía ventilatoria** a pesar de sedación adecuada
- Imposibilidad de ventilar bajo parámetros protectores
- Hipoxemia refractaria.

TIEMPO DE USO:

- **menor tiempo posible**, según control de la asincronía con el ventilador

NO EXCEDERSE CON BLOQUEO NM:

- deficiencias en sedoanalgesia?
- Como manejo de dolor, hipertensión?
- Uso para prevenir o tratar delirium?

¿CUÁL RELAJANTE?

- Recomendado: **Cisatracurio**
- COMO: Bolo inicial de 0,2 mg/kg de peso IV - Continuar en infusión a dosis máxima de 0,3 -0,4 mg/kg/h o 3-5 mcg/Kg/min
- DOSIS MÁXIMA: 37 mg/H

SI DESABASTECIMIENTO DEL CISATRACURIO:

- Otros RNM **no despolarizantes** como Rocuronio o Vecuronio (ultima instancia).

RELAJACION NEURO MUSCULAR EN UCI -SARS CoV-2		
RELAJANTES NEUROMUSCULARES		
1ª Línea	2ª Línea	3ª Línea
Cisatracurio	Rocuronio	Vecuronio
Succinil colina (IOT)		Pancuronio



CrITERIOS Epidemiológicos para caso, según FIMMF, tabla criterios.



Embarazo – Sospecha de COVID-19

Triaje Obstétrico: Examen físico + Pruebas rápidas (según disponibilidad) (Resultado + confirma diagnóstico) (Si hay sospecha clínica de infección por SARS COV-2 con prueba rápida negativa realizar + PCR (SARS-CoV-2) en secreción nasofaríngea)

Sintomas mas frecuentes:
 - Fiebre, temperatura bucal o axilar + 37.3 grados.
 - Tos seca.
 - Fatiga
 - Dificultad respiratoria.
 - Perdida del olfato y del gusto.
 - Sintomas gastrointestinales.

Asintomática

Aislamiento en casa con medidas básicas de protección personal

Manejo ambulatorio
 Aislamiento preventivo obligatorio
 - Control de Temperatura
 - Vigilancia de síntomas frecuentes

Resultados de laboratorio - SARS-CoV-2

Negativo

Se descarta, continuar control obstétrico recomendado en pandemia

Positivo

Aislar en casa por 10 días

En gestación

- Recomendaciones por síntomas frecuentes.
- Vigilancia del crecimiento fetal al cumplir el periodo de aislamiento
- Ecografía Obstétrica - Doppler AU.

Infección Respiratoria Aguda (IRA) :
IRA Leve: Síntomas gripales sin dificultad respiratoria.
IRA Moderada: Síntomas gripales con dificultad respiratoria sin hipoxemia y/o patrones en imágenes pulmonares sugestivas de neumonía.
IRA Severa: Síntomas gripales con dificultad respiratoria con hipoxemia.

Comorbilidades y Embarazo:
 • EVHC
 • Diabetes pregestacional
 • ERC
 • EPOC
 • Obesidad: IMC > 30
 • Inmunocomprometidas
 • Embarazo tercer trimestre

- Aislamiento respiratorio COVID 19
- Mascara facial N95, para paciente.
- EPP para personal de salud.
- Laboratorios: DHL >350 UI, Dímero > 2200mg/ml, Linfocitos < 800 cel, Plaquetas < 150.000 cel, Leucocitos > 14.000 cel, PCR >10 mg/dl, Troponina > 14 ng/ml, Ferritina > 1000 ng/ml, Función renal alterada (TFG < 60ml/min o de Creatinina >0.3 mg/dL en 48 horas)
- Saturación O2 < 94
- Estudio de Imágenes: Rx Tórax, Ecografía Pulmonar o TAC Tórax, Eco Obstétrica y/o Doppler.

IRA Leve

- Manejo ambulatorio
- Aislamiento en casa
- Seguimiento con teleconsulta, Videconsulta, cada 48h.
- Énfasis en síntomas como: Fiebre que no mejora y dificultad respiratoria

IRA Leve + Comorbilidades

- Manejo ambulatorio
- Aislamiento en casa
- Seguimiento con teleconsulta, Videconsulta, cada 24h.
- Énfasis en síntomas como: Fiebre que no mejora y dificultad respiratoria
- Tromboprofilaxis

IRA Moderada

Hospitalizar
 Aislamiento respiratorio específico COVID 19.

IRA Severa

Flujograma de Manejo: COVID 19 y Embarazo de la FIMMF
 M. Herrera, J. Arenas, M. Rebolledo, J. Baron, J. de Leon, H. Severiche, Y. Castaño, N. Yomayusa, C. Alvarez-Moreno, L. Correa, G. Malingier
 Fundación Internacional de Medicina Materno Fetal – Keralty. Julio 2021



Flujograma de Manejo: COVID 19 y Embarazo de la FIMMF
 M. Herrera, J. Arenas, M. Rebolledo, J. Baron, J. de Leon, H. Severiche, Y. Castaño, N. Yomayusa, C. Alvarez-Moreno, L. Correa, G. Malingier

Embarazada sintomática + Prueba de laboratorio positiva – COVID 19



IRA Leve

Manejo ambulatorio
 Aislamiento en casa

< 38 6/7 semanas

Manejo expectante – con Bienestar fetal

- Recomendaciones por síntomas frecuentes.
- Vigilancia del crecimiento fetal al cumplir el periodo de aislamiento
- Ecografía Obstétrica - Doppler AU.

> 39 semanas

- Considerar finalizar la gestación.
- Riesgo de complicación, según historia natural de enfermedad. (7mo – 10 mo día)

Metas en UCI en embarazo
 PaCO2 entre 30 – 35 mmHg
 PaO2 > 70mm Hg
 Pao2/FiO2 > 150 mmHg
 SatO2 >= 94%

Criterios Ingreso UCI (q-SOFA obstetrico) > 1
 PAS < 90 mmHg
 FR > 25
 Alteración estado de conciencia

Finalización de la gestación:
 Shock séptico sin mejoría
 Paro Cardio Respiratorio
 Falla orgánica aguda sin mejoría
 Estado fetal no satisfactorio
 No lograr sostenidamente metas en UCI

IRA Moderada/Severa

Hospitalizar - Habitación aislamiento respiratorio – COVID 19
 EPP para paciente.
 EPP para personal de salud +

Vigilancia materna

Monitoreo hemodinámico - UCI (q-SOFA obstetrico)
 Oxigenación- Meta SatO2 >= 95% - pO2 >= 70 mmHg)
 Laboratorios
 Rx de tórax – Ecografía Pulmonar - TAC de Tórax

Vigilancia fetal

Frecuencia cardíaca fetal (FCF), Monitoreo fetal, ecografía obstétrica, Doppler AU, cervicometría. Considerar maduración pulmonar si el caso lo requiere.

IRA severa

< 25 6/7 semanas

Manejo expectante
 Priorización de salud materna
 Desembarazar sino cumple con metas de reanimación, y si se considera que el embarazo empeora el pronóstico de vida materno o disminuye las probabilidades de vida.

26 – 36 6/7 semanas

Manejo expectante
 Estabilización de cuadro clínico
 Esquema madurez pulmonar
 Neuroprotección – Smg (definición de manejo multidisciplinario – Medicina Materno Fetal - UCI)

> 37 0/7 semanas

Finalizar la gestación en coordinación con UCI

Desembarazar por Cesarea:
 Si no cumple metas de UCI o cumple algún criterio de finalizar la gestación

* **Parto vaginal:** No hay contraindicación de parto vaginal, se aconseja acortamiento de la fase del expulsivo.
 ** **Pinzamiento del cordón:** Se recomienda pinzamiento habitual, cambios por indicación obstétrica.
 *****Lactancia:** Individualizar cada caso, Riesgo/beneficio de la lactancia materna.
 + **EPP (elementos de protección personal):** Recomendados por variables de riesgo por la FIMMF.
 J **Laboratorios:** Hemograma, Bun, Creatinina, Sodio, Potasio, PT, PTT, Transaminasas, DHL, Bilirrubinas, CPK, Troponina, Dímero D, EKG, PCR, Saturación O2





8 EGRESO

- Ausencia de fiebre >48 horas sin antipiréticos
- Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y la hipoxemia
- No requiere hospitalización por otras patologías
 - Tolerancia a la vía oral
- Considerar condiciones sociales para definir egreso (cuidador y domicilio disponibles, apropiados)
 - Vigilar manifestaciones posteriores (secuelas)
- Evalúe intervenciones de rehabilitación necesarias así como soporte emocional para el paciente y su familia.
- Ecografía a los 14 días para evaluar ILA y a los 21 días para evaluar crecimiento fetal



9 SIGNOS DE ALARMA

Indique a la paciente embarazada y el cuidador, que ante la presencia de al menos uno de los siguientes signos de alarma debe acudir por urgencias:

- Pulsoximetría < 94%
- Cianosis (labios morados)
- Dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Presión en el pecho
- Alteración de conciencia o pérdida del conocimiento
- Sangrado
- Salida de líquido por vagina
- Fosfenos, tinnitus
- Contracciones uterinas
- Hablar entrecortado por ahogo al hablar
- Dificultad para la ingesta de alimentos porque le falta el aire
- Otros signos de alarma: sangrado abundante si está con anticoagulantes, hiperglicemia (por uso de corticoides), fiebre cuantificada > 38°C, problemas para hablar, ver o moverse.



REFERENCIAS

1. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed [260121]
2. BMJ Best Practice. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Treatment algorithm. Available by: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/treatment-algorithm#patientGroup-0-0>
3. WHO. COVID-19 Clinical Management. Living guidance. 25 January 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
4. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Available by: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>
5. Acevedo-Peña J, Yomayusa-González N, Cantor-Cruz F, Pinzón-Flórez C, Barrero-Garzón L, De-La-Hoz-Siegler I, et al. Consenso colombiano para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de condiciones trombóticas en adultos con COVID-19: aplicando el Marco de la Evidencia a la Decisión (EtD) GRADE. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2020;27(5):446-60. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-consenso-colombiano-prevencion-el-diagnostico-S0120563320301303>
6. EPS Sanitas. Dirección de Planeación, Evaluación y Gestión del Conocimiento. Modelo de atención domiciliaria prioritaria y hospitalización en casa, para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. Versión 0.2. 07/10/2020. Colombia.
7. ACIN. Sección V. Manejo del paciente con infección por SARS-CoV-2/COVID-19. Infectio. Vol24 (3), suplemento 2, 2020. Available by: <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/891>
8. IDSA. Monoclonal antibodies. Available by: <https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/therapeutics-and-interventions/monoclonal-antibodies/#Guidelines>
9. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Colombia. V2. Julio 23 de 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%2023072020.pdf>
10. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community. April 2020. Available by: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/chapter/4-Managing-cough>
11. Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, et al. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2017;57(5):540-551. doi: 10.1111/ajo.12646
12. Society for Maternal-Fetal Medicine Management Considerations for Pregnant Patients With COVID-19 Developed with guidance from Torre Halscott, MD, MS; Jason Vaught, MD; and the SMFM COVID-19 Task Force 2.2.21 (update of the draft originally posted on 1.7.21)

Trabajo colaborativo:

Alberto Lineros Montañez
Clínica Colsanitas – Urgencias

Andrés Santiago Caballero Arteaga
Medico Neumólogo

Carlos Ocampo Botero
Clínica Sebastián de Belalcazar

Erika Yama Mosquera
Medica Nefróloga

Gabriela Sarmiento Brecher
Clínica Colsanitas – Cuidados Paliativos

Ilich Herbert De La Hoz Siegler
Instituto Global de Excelencia Clínica

Laura Marcela Horlandy Gómez
Clínica Universitaria Colombia – Urgencias

Liliana Isabel Barrero Garzón
Instituto Global de Excelencia Clínica

Nancy Yomayusa González
Instituto Global de Excelencia Clínica

Victoria Eugenia López Paz
Colsanitas

Diana Alba
Medicina Interna – Cuidado Critico

Jaime Arenas Gamboa.
Departamento Medicina Materno Fetal Clinica Colombia

Yaisa Castaño Toro
Fellow de Medicina Materno Fetal.

Ana María Castillo Gutiérrez
Instituto Global de Excelencia Clínica

Camilo González González
Unidad Renal Sanitas

Diego Alejandro Pinto Pinzón
Fundación Universitaria Sanitas

Liliana Correa Pérez
Clínica Colsanitas – Cuidado Critico

Gonzalo Prada Martínez
Medico Neumólogo

Jorge Alberto Ordoñez Cardales
Clínica Colsanitas – Neumología

Marcela Erazo Muñoz
Colsanitas – Cuidados Paliativos

León Jairo Suaza Calderón
EPS Sanitas – Urgencias

María Victoria Mera Gamboa
Clínica Colsanitas – Cuidados Paliativos

Olga Victoria Gómez Gómez
Instituto Global de Excelencia Clínica

Viviana Cubillos
Clínica Colsanitas – Servicio de Terapias

Mario Rebolledo Ardila
Especialista en Medicina Materno Fetal Clinica Colombia.

Hernando Severiche Salazar
Fellow de Medicina Materno Fetal

Andrés Mantilla Reinaud
EPS Sanitas

Carlos Eduardo Pinzón Flórez
EPS Sanitas

Eduardo La Rotta Caballero
Medico Neumólogo

Fredy Orlando Guevara Pulido
Clínica Colsanitas – Enfermedades Infecciosas

Héctor Mauricio Cárdenas
Clínica Universitaria Colombia – Geriatría

José Antonio Rojas Gambasica
Clínica Colsanitas – Cuidado Critico

Kelly Rocio Chacón Acevedo
Instituto Global de Excelencia Clínica

Lidia Patricia Reyes Pabón
Clínica Universitaria Colombia – Enfermedades Infecciosas

Rubén Darío Contreras Páez
Medico Neumólogo

Albert Valencia
Cuidado Critico

Mauricio Herrera Méndez
Jefe Nacional Medicina Materno Fetal - Keralty Colombia

Juan Carlos de León Carbajal
Especialista en Medicina Materno Fetal.



Comisión Global de Calidad y seguridad
Comisión Global de Cuidado Crítico
Comisión Global de Cuidado Paliativo
Comisión Global de Ética

Comisión Global de Infectología
Comisión Global de Medicina Interna
Comisión Global de Terapia
Comisión Global de Urgencias



Instituto Global de Excelencia Clínica
Presidencia global de salud e Innovación



Fundación
Universitaria Sanitas