Med Int Méx. 2021; 37 (2): 306-309.

Un paciente con COVID-19 grave atendido a domicilio y por vía remota

A patient with severe COVID-19 attended at home and remotely.

Manuel Ramiro H

Soy médico de AGA desde hace cerca de 40 años, lo he atendido y acompañado en sus padecimientos durante este tiempo, tiene 74 años, ha tenido sobrepeso desde hace mucho tiempo, es hipertenso que se controla adecuadamente con telmisartán, hace unos diez años se le diagnosticó cáncer de próstata, durante los estudios de estadificación se demostró un carcinoma renal izquierdo, se le realizó simultáneamente prostatectomía radical y nefrectomía parcial izquierda; desde entonces ha evolucionado bien, sin evidencia de recaída de ninguna de las dos neoplasias.

A mediados de diciembre se trasladó, en compañía de su familia, a pasar las fiestas de fin de año a una casa que tiene a las afueras de Cuernavaca. El día 31 de diciembre notó anosmia, ageusia, malestar general y temperatura de 37.9ºC, por lo que de *motu proprio* se realizó una prueba de PCR buscando SARS-CoV-2, que fue positiva la mañana del día 2 de enero, para entonces, además tenía dificultad respiratoria, discreta cianosis distal y la saturación de O_2 era de 75, medida con un oxímetro de pulso; me llamó y le recomendé buscar ayuda hospitalaria, a lo que se negó; por ello recomendé iniciar ivermectina, rivaroxabán, dexametasona, vitamina D, un antiinflamatorio no esteroide y fluticasona inhalada, además de suplemento de oxígeno nasal, sus hijos rápidamente se hicieron de un concentrador. Persistió con los síntomas, con temperatura de 37.8 a 38ºC; disminuyó la cianosis pero las concentraciones de SaO_2 no subieron de 82 con suplemento de 6 L por minuto, insistí en la necesidad de internarlo, lo que aceptaron sus

División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México.

Recibido: 25 de febrero 2021

Aceptado: 28 de febrero 2021

Correspondencia
Manuel Ramiro H
manuel.ramiroh@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Ramiro HM. Un paciente con COVID-19 grave atendido a domicilio y por vía remota. Med Int Méx. 2021; 37 (2): 306-309. https://doi.org/10.24245/mim.v37i2.5514

hijos y su familia, pero no el paciente. Debido a ello me di a la tarea de conseguir un sistema de administración de oxígeno de alto flujo, que pudo ser colocado el día 5 de enero con el que en unas horas logramos saturaciones de 80. Se tomó una placa portátil de tórax el día 8 de enero que mostró una infiltración amplia basal bilateral y parahiliar, una biometría hemática demostró leucocitosis de 16,000 con 85% de neutrófilos y bandas; las pruebas de función renal y hepática resultaron normales. Se inició la administración de una quinolona. El paciente ya estaba cuidado y atendido por personal de enfermería, lo manteníamos en decúbito prono, se administraban líquidos de sostén y podía ingerir una dieta oral básica, mantenía flujos urinarios normales; mostró cifras de presión arterial normales bajas, por lo que se le dejó de administrar el antihipertensivo. El día 7 de enero el paciente tuvo disminución del estado de alerta, por lo que, a consejo mío, la familia buscó la posibilidad de internarlo; sin embargo, no se encontró ningún sitio en Cuernavaca; unas horas después el paciente recuperó plenamente su estado de alerta y se negó a ser trasladado. El día 8 **(Figura 1)** se tomaron una nueva placa y nuevos exámenes que demostraron poco o ningún cambio en los infiltrados basales, incremento en el número de leucocitos (20,000) y sin modificaciones en las pruebas de función renal. Habíamos iniciado enoxaparina el día 5 y suspendido el rivaroxabán, el 8 iniciamos ceftriaxona y continuábamos con ivermectina y dexametasona, a partir del día 10 de enero el paciente mejoró, no tenía fiebre, el malestar general desapareció, aunque, aun con el sistema de alto flujo, solo obteníamos saturaciones de 86. A partir del día 12 de enero se consiguieron saturaciones de 94-96, persistiendo en buenas condiciones generales, alerta, orientado, con flujos urinarios normales, con discreto edema de pies y tobillos, con cifras tensionales normales sin necesidad de antihipertensivo. La placa del 13 de enero **(Figura 2)** mostró alguna mejoría en los infiltrados, especialmente en los basales,

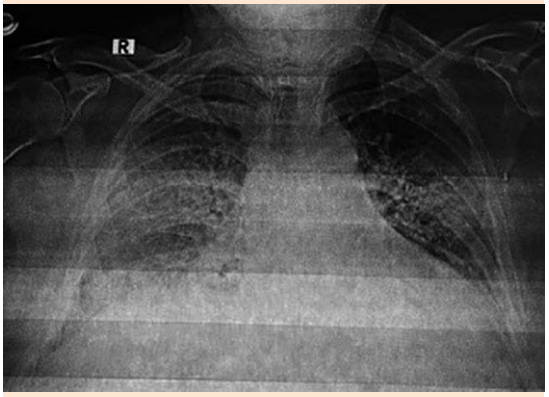

Figura 1. Placa de tórax del 8 de enero con infiltrados profusos basales y parahiliares bilaterales.

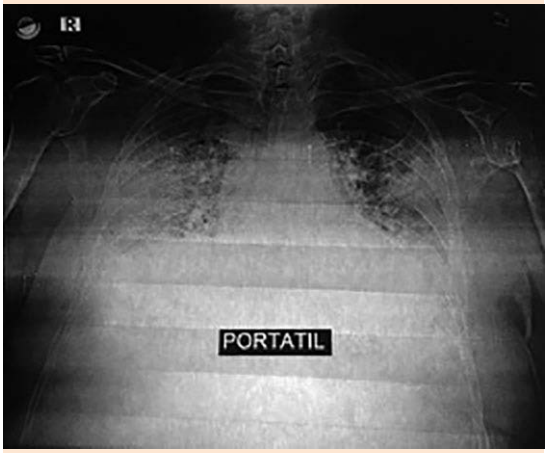

Figura 2. Placa de tórax del 13 de enero con pocas modificaciones en cuanto a los infiltrados.

pero al ser portátil la conclusión no es sencilla de establecer; el día 20 la nueva biometría hemática mostró 12,000 leucocitos con neutrofilia, ante esto y la ausencia de fiebre y otros datos de infección, pasamos nuevamente a otra quinolona oral, como se mantenían saturaciones de 96-98,

decidimos empezar a desescalar el sistema de alto flujo de oxígeno, lo que se consiguió sin alteraciones clínicas ni en la saturación que se mantuvo en 90 o mayor, hasta que en tres días estaba con el concentrador a 4 L por minuto. La placa tomada el día 27 de enero **(Figuras 3 y 4)**

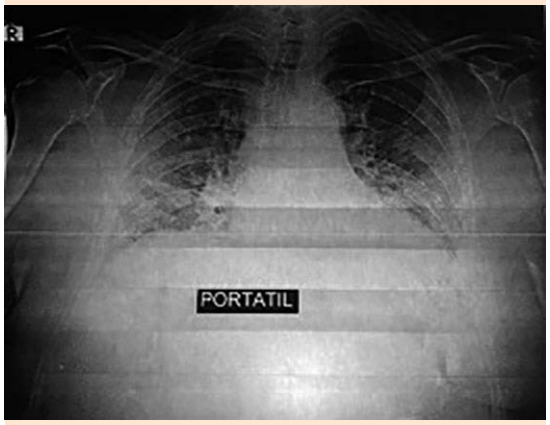

Figura 3. Placa de tórax del 27 de enero con ligera disminución de los infiltrados aunque con persistencia de ellos.

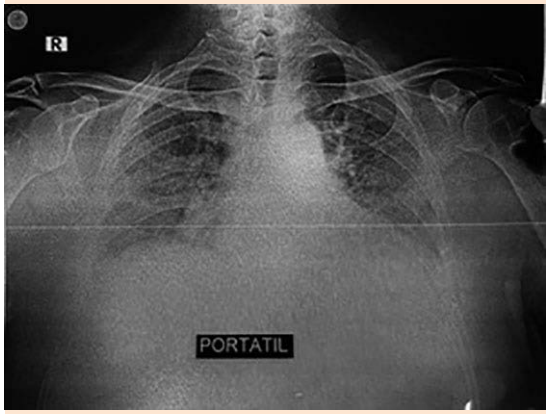

Figura 4. Placa de tórax del 4 de febrero con disminución bilateral de los infiltrados.

no mostró todavía desaparición de los infiltrados, pero el paciente manifestaba mejoría notable. Actualmente (14 de febrero) el paciente está asintomático, no depende del oxígeno suplementario, perdió 10 kg de peso y las pruebas de función renal y hepática son normales; el electrocardiograma no mostró alteraciones del ritmo ni de la conducción. Una nueva prueba de PCR resultó negativa. Acompaño esta nota además de las radiografías de tórax tomadas de una tomografía **(Figura 5)** efectuada el día 10 de febrero en la que se observa que los infiltrados que se habían visto ya han desaparecido.

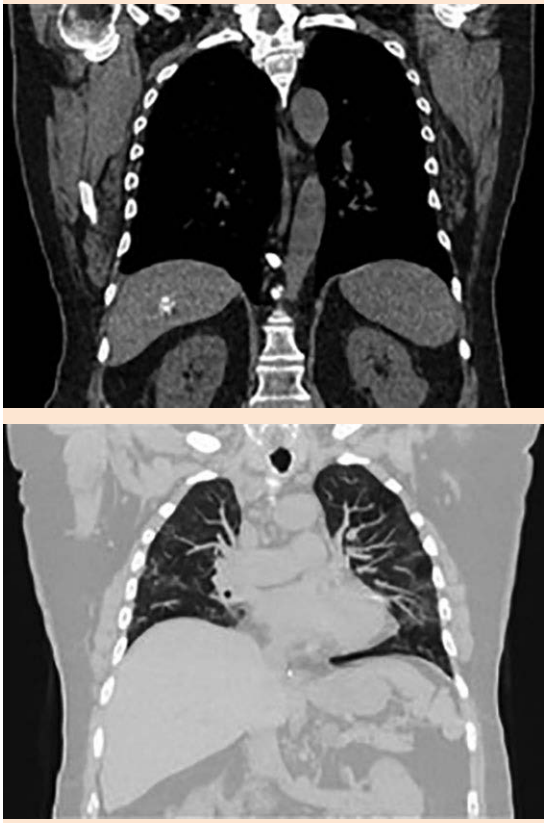

Figura 5. Tomografía axial computada del 10 de febrero que muestra mejoría considerable aunque persisten infiltrados basales en el pulmón izquierdo.

https://doi.org/10.24245/mim.v37i2.5514

COMENTARIOS

Es un caso en que, ante el deseo claro y firme del paciente de no ser internado, nos vimos en la necesidad de tratar en su casa. Decidimos administrar corticosteroides a dosis altas, que después se suspendieron de manera paulatina, anticoagularlo con heparina y administrar ivermectina. Como no estaba en un ambiente hospitalario, decidimos dar tratamiento conservador en la administración de antibióticos. Pudimos contar, más o menos rápidamente, con un equipo de administración de alto flujo de oxígeno. El equipo de enfermería funcionó muy bien, el paciente fue cuidado y atendido espléndidamente. Decidimos no realizar pruebas de gases arteriales y guiarnos con otros datos, ante la posibilidad de tener más complicaciones que beneficios. El inhaloterapeuta funcionó con gran profesionalismo y mantuvo el equipo funcionando a plenitud.

Las familias de los hijos salieron de la casa donde permanecía el paciente, quedando solo la esposa y los tres hijos. No se infectó por SARS-CoV-2 ningún integrante del personal de enfermería ni el inhaloterapeuta. Solo uno de los hijos tuvo PCR positivo (se mantuvo siempre asintomático), los otros dos y la esposa han dado la prueba negativa.

Enormes dificultades fueron surgiendo, siempre acompañadas de una gran tensión, pero el optimismo del paciente y el entusiasmo de sus hijos las fueron superando. Destaco la dificultad para obtener el oxígeno en grandes cantidades para mantener activo el sistema de alto flujo.

En este caso la voluntad del paciente obligó a su familia y a mí a tratarlo en su casa, con las enormes dificultades que acarreó, las enormes tensiones que ocasionó y en mí la duda constante que surgía por no internarlo. Afortunadamente AGA mejoró y quedó sin secuelas, cuando menos evidentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomazini BM, Mala IS, Cavalcanti AB, Berwanger O, et al. Effect of dexamethasone on days alive and ventilator-free in patients with moderate or severe acute respiratory distress syndrome and COVID-19: The CoDEX randomized clinical trial. JAMA 2020; 324 (13): 1307-1316. doi. 10.1001/jama.2020.17021.
2. RECOVERY Collaborative Group. Hotby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19 - Preliminary report. N Engl J Med 2020. doi. 10.1056/NEJMoa2021436.
3. Billet HH, Reyes-Gil M, Szymanski J, Ikemura K, et al. Anticoagulation in COVID-19: Effect of enoxaparin, heparin, and apixaban on mortality. Tromb Haemost 2020; 120 (12): 1691-1699. doi. 10.1055/s-0040-1720978.
4. Atalla HB, Mallah SI, Al-Mahmeed W. Anticoagulation in COVID-19. Eur Heart J Cardiovasc 2020; 6 (4): 260261. doi. 10.1093/ehjcvp/pvaa036.
5. Rajter JC, Sherman MS, Fatteh N, Vogel F, et al. Use of ivermectin is associated with lower mortality in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: The Ivermectin in COVID Nineteen Study. Chest 2021; 159 (1): 85-92. doi. 10.1016/j.chest.2020.10.009.
6. Padhy BM, Mohanty RR, Das S, Meher BR. Therapeutic potential of ivermectin as add on treatment in COVID 19: A systematic review and meta-analysis. J Pharm Pharm Sci 2020; 23: 462-469. doi. 10.18433/jpps31457.