

Indicaciones para realización de PCR SARS-CoV-2

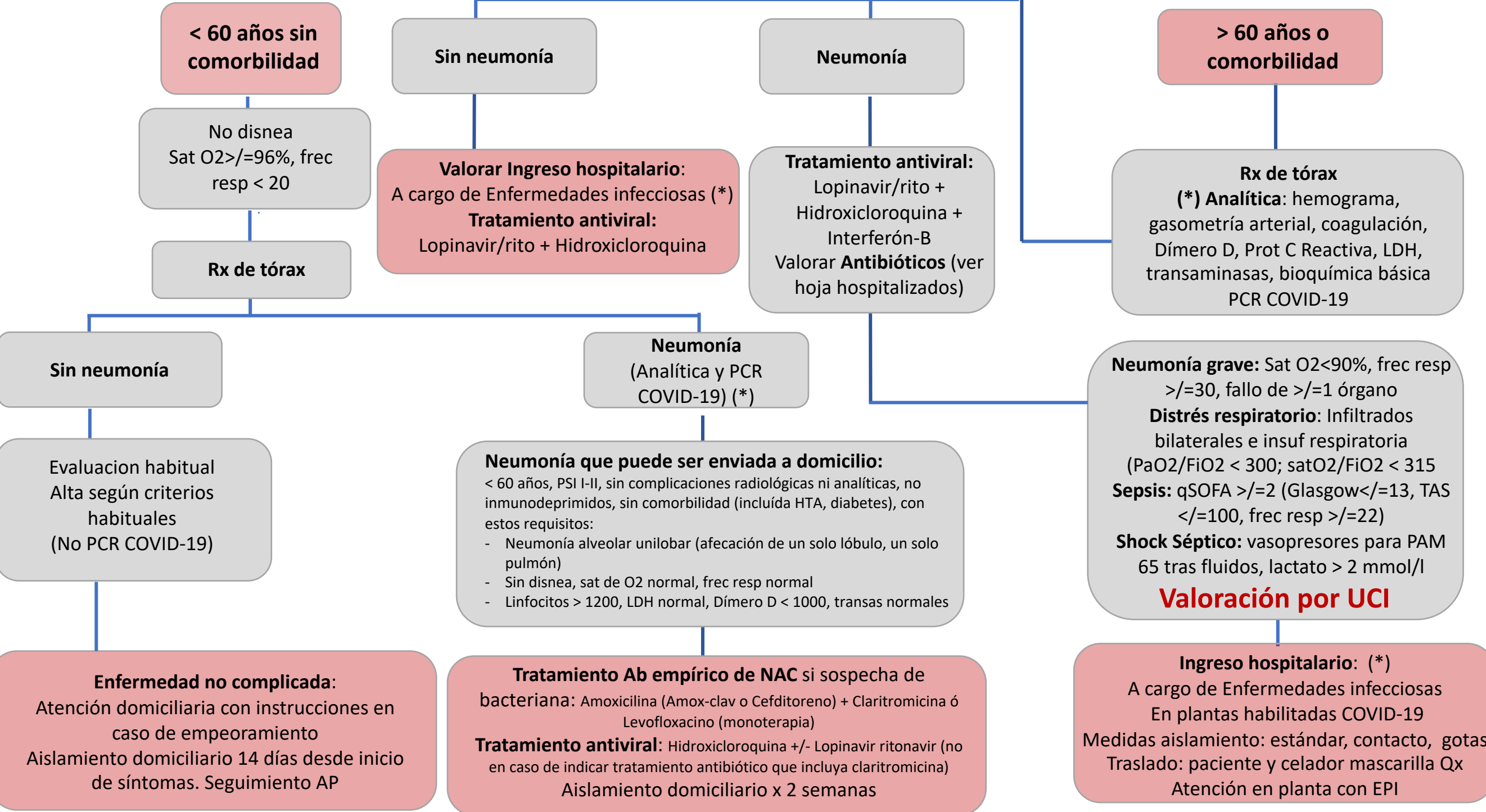
- Infección respiratoria aguda en paciente hospitalizado o con criterios de ingreso hospitalario
- Infección respiratoria aguda de cualquier gravedad en personal sanitario y sociosanitario
- Considerar en personas vulnerables con infección respiratoria aguda independientemente de su gravedad, de forma individualizada.
- No se realizará en Infección respiratoria aguda leve no incluida en supuestos anteriores

Manejo en Urgencias: valoración de ingreso hospitalario

Infección respiratoria aguda

Clasificación de los casos

- Caso confirmado:** cumple el criterio de laboratorio
- Caso probable:** criterio de laboratorio no concluyente o positivo solo para una de las PCR de laboratorio
- Caso descartado:** PCR para SARS-CoV-2 negativa
- Caso posible:** caso con infección respiratoria aguda leve sin criterio para realizar test diagnóstico
- Criterio de laboratorio: PCR para SARS-CoV-2 screening y confirmación positivas.



Manejo de pacientes hospitalizados en planta

Clasificación de los casos

Caso confirmado: cumple el criterio de laboratorio

Caso probable: criterio de laboratorio no concluyente o positivo solo para una de las PCR de laboratorio

Caso descartado: PCR para SARS-CoV-2 negativa

Caso posible: caso con infección respiratoria aguda leve sin criterio para realizar test diagnóstico

Criterio de laboratorio: PCR para SARS-CoV-2 screening y confirmación positivas.

Medidas generales

Constantes por turnos (**con pulsioximetría**)

Fluidoterapia: conservadora (empeora hipoxemia)

Oxigenoterapia (saturación O2 adecuada)
Si requiere **broncodilatadores:** con cámara espaciadora

No corticoides de forma rutinaria

Tratamiento sintomático y de comorbilidad
Si se puede **medicación oral**, coincidiendo con horario de las comidas

Monitorización clínica y de signos de gravedad

Insuficiencia respiratoria suele aparecer **días 7-12** de inicio de síntomas

Señalar en la HC la fecha de inicio de los síntomas

Pruebas complementarias

Análítica inicial: hemograma, coagulación, Dímero D, bioquímica: glucemia, función renal, Na, K, albúmina, ALT, FA, GGT, CK, LDH, ferritina; serología VIH (primera analítica). Se repetirá en función de la situación clínica, en general a las 48-72 h.

Rx de tórax (portátil): si falta de respuesta o deterioro.

TAC de tórax: individualizado

COVID-19
Enfermedad complicada
Neumonía

Tratamiento antiviral

No se conoce un tratamiento eficaz y seguro, bajo nivel de evidencia, hay ensayos clínicos en marcha

Infección leve, Rx normal, sin comorbilidad, no disnea ni hipoxemia

Tratamiento sintomático, vigilancia, manejo ambulatorio

Infección leve, Rx normal, no disnea ni hipoxemia; con comorbilidad (EPOC, asma, grave, enfermedad CV, diabetes, HTA inmunosupresión, > 60 años)

Tratamiento sintomático, valorar ingreso. Tratamiento antiviral: Lopinavir/ritonavir + Hidroxicloroquina (*)

Infección moderada: hipoxemia y/o dificultad respiratoria moderada y/o Comorbilidad (> 60 años, HTA, diabetes, EPOC, asma severo, enfermedad CV, Inmunodepresión)

Rx normal: Ingreso, tratamiento sintomático, antivirales: Lopinavir/ritonavir + Hidroxicloroquina; si empeoramiento valorar interferón-B

Rx cualquier infiltrado: Ingreso, tratamiento antiviral: Lopinavir/ritonavir + Hidroxicloroquina + Interferón-B (*)

Infección grave: hipoxemia severa, dificultad respiratoria grave

Rx cualquier infiltrado: Ingreso valoración UCI; tratamiento antiviral: Lopinavir/ritonavir + Hidroxicloroquina + Interferón-B-1b; solicitar Remdesivir, Tocilizumab

Tratamiento Ab empírico de NAC si sospecha de infección bacteriana:

- **Ambulatorio:** Amoxicilina (Amox-clav o Cefditoreno) + Claritromicina; ó Levofloxacino monoterapia
- Hospitalizado: Ceftriaxona (o Cefotaxima) + Azitromicina o Claritromicina (si alergia Levofloxacino monoterapia); alternativa: Ceftazolidim + Azitromicina o Claritromicina.
- UCI: Ceftriaxona, Cefotaxima o Ceftazolidim + Azitromicina o Claritromicina; o bien Ceftriaxona, Cefotaxima o Ceftazolidim + Levofloxacino

Manejo de pacientes hospitalizados en planta

COVID-19 Tratamientos recomendados

Duración de tratamiento

Debe ser individualizada; entre 7-14 días (como guía la desaparición de la fiebre)
Remdesivir: 10 días
Tocilizumab: máximo tres administraciones

Dosis y forma de utilización

Lopinavir / ritonavir: cápsulas 200/50 mg: 2 cápsulas / 12 h; solución oral 80/20 mg/ml: 5 ml/12 horas; diarrea, náuseas, alargamiento QT; interacciones farmacológicas (www.hivdruginteractions.org/checker)

Hidroxicloroquina: 200 mg / 12 h (primer día 2 comp de 200 mg / 12 horas) durante 5 días.

Interferón B-1 (Extavia): 0.25 mg sc / 48 h x 14 días; fiebre, cefalea, rash, síndrome pseudogripal, miastenia, náuseas, diarrea, linfopenia, leucopenia; evitar su uso en pacientes psiquiátricos o depresión grave.

Remdesivir: solicitar a la AEMPS a través del S. de Farmacia, como uso compasivo (tarda 24-48 h). Primer día 200 mg IV, seguido de 100 mg/día IV, días 2-10. Hipotensión infusional. Contraindicado si enfermedad hepática grave Child Pugh > C, AST > 5 veces, filtrado glomerular < 30 ml/min.

Tocilizumab: máximo tres administraciones: en pacientes graves (SDRA):
- > 80 Kg: primera dosis 600 mg, segunda dosis 600 mg
- < 80 Kg: primera dosis 600 mg, segunda dosis 400 mg;
Intervalo 12 horas, tercera dosis a las 26-24 horas si persiste la fiebre o empeoramiento de parámetros analíticos (PCR, dímero D)

Factores pronósticos

Edad: la mortalidad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60 años
Comorbilidad: HTA, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica, cáncer, inmunosupresión

Marcadores de mal pronóstico: Dímero D > 1000, Ferritina > 1000, LDH > 300; Linfocitos < 1000 que no se recuperan.

Insuficiencia respiratoria parece producirse en torno al octavo día del inicio de los síntomas

(*) En infección moderada o grave en caso de intolerancia o contraindicación de Lopinavir/ritonavir: se recomendaría Hidroxicloroquina + Azitromicina (nivel de evidencia bajo).