

	Manejo de pacientes con COVID19	
	V4. 30 marzo 2020	Página 1 de 21

Atención en el servicio de Urgencias y criterios de ingreso. Anexo 1.

1. ENFOQUE GENERAL DEL TRATAMIENTO

- Incluir en la Historia Clínica la valoración funcional en todos los pacientes, especialmente en >75 años, y el Índice ROX
- Tratamiento sintomático: analgesia, antitérmicos. Priorizar cuando sea posible paracetamol.
- Aislamiento gotas – contacto. Generar alerta de estudio/confirmado COVID19
- Prohibición de visitas salvo situación de últimas horas (1 familiar)
- Manejo conservador de la fluidoterapia si no existe shock, evitando soluciones hipotónicas y gelatinas.
- Administrar broncodilatadores en cartucho presurizado en cámara, evitando su administración en forma de nebulizaciones.
- Si el paciente utiliza habitualmente ventilación mecánica no invasiva, contactar con el servicio de Neumología.
- Iniciar oxigenoterapia cuando es preciso con gafas nasales e ir aumentando los lpm según necesidades. El siguiente paso sería utilizar ventimax y mascarillas con reservorio con flujos mínimos de 10-15 lpm. Si con ello no se mantiene una buena ventilación y el paciente es candidato, solicitar valoración por Neumología/UCI.
- No está indicado el uso rutinario de esteroides sistémicos durante la fase inicial de la infección. Si existe indicación de su uso utilizar prednisona en hiperractividad bronquial y metilprednisolona en el distress respiratorio, a partir del 6-7 día (consultar punto 2.3.1). Si se necesita corticoides inhalados se debe utilizar beclometasona.
- Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) según criterios Berlín: insuficiencia respiratoria, con opacidades bilaterales e hipoxemia ($PaO_2/FiO_2 < 300$ mmHg o $SpO_2/FiO_2 < 300$ mmHg)
- No es necesario utilizar cobertura antibiótica. Si se sospecha sobreinfección bacteriana (leucocitosis con neutrofilia, incremento de procalcitonina, expectoración purulenta), utilizar cefalosporina de 3ª (ceftriaxona/cefotaxima). En alérgicos a b-lactámicos: azitromicina y sólo cuando sea estrictamente necesario fluoroquinolonas (vigilar

intervalo QT). Al alta utilizar cefixima.

- No es preciso retirar ni sustituir IECA o ARA-II (nota AEMPS MUH (FV) 05/2020 del 16/3/2020). Actualmente no está justificada la modificación del tratamiento, salvo en condiciones en las que la situación hemodinámica del paciente lo requiera
- Realizar EKG a todos los pacientes en urgencias y describir el QT. En la unidad de hospitalización se solicitará EKG cada 48h. Consultar anexo 5 (FARMACOS Y QT LARGO EN LA INFECCION POR COVID 19) y anexo 6 (QT LARGO ADQUIRIDO: TORSADE DE POINTES Y SU TRATAMIENTO-COVID)
- Solicitar serología VIH en aquellos pacientes en los que se va a instaurar tratamiento con lopinavir/ritonavir.

2. **TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS** (ver anexo 3 para más información)

2.1 **Normas generales**

- Se trata de un tratamiento de uso compasivo/fuera de indicación por lo que se necesita consentimiento informado del paciente y autorización.
- El Consentimiento informado se puede recabar de forma oral, pero así tiene que quedar reflejado en la historia del paciente. En el caso de que se recoja de un familiar registrar nombre, DNI y parentesco en la historia clínica.
- Vigilar interacciones, recomendable uso de <http://www.covid19-druginteractions.org/>
- Para pacientes con dificultades de la deglución consultar: <http://www.covid19-druginteractions.org/>

2.2. **Valoración para indicación del tratamiento**

o Presencia de neumonía en la Radiografía de tórax

o Existencia de insuficiencia respiratoria (Sat O₂ < 90%; FR>20 rpm)

o Comorbilidad: obesidad; EPOC; diabetes mellitus; HTA; cardiopatía; inmunodepresión; cáncer; hepatopatía crónica.

o Factores de riesgo de mala evolución:

- CURB-65 \geq 1
- Linfocitos <1200/mcL.
- Elevación de transaminasas.
- Elevación de LDH.
- Elevación Dímero-D
- Neumonía en más de 1 lóbulo.

o Gravedad de la neumonía. Escala CURB-65 (a mayor puntuación, mayor mortalidad: 0-1 puntos: <3% ; 2 puntos: 9% ; 3-5 puntos 15-40%)

C	Confusión		1 punto
U	Urea*	> 40 mg/dL	1 punto
R	Respiración	Frecuencia respiratoria > 30 rpm	1 punto
B	Blood Pressure	TA sistólica ≤ de 90 mmHg o diastólica ≤ 60 mmHg	1 punto
65	Edad	Edad ≥ 65 años	1 punto

*Utilizar creatinina alterada como alternativa

A continuación, se exponen las distintas líneas de tratamiento, acordes a la escasa evidencia clínica disponible y siempre sujetos a la disponibilidad del fármaco, teniendo en cuenta la situación actual de desabastecimiento de IFN β-1b y las condiciones establecidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios(AEMPS).

2.3. Pautas de tratamiento y ubicación del paciente

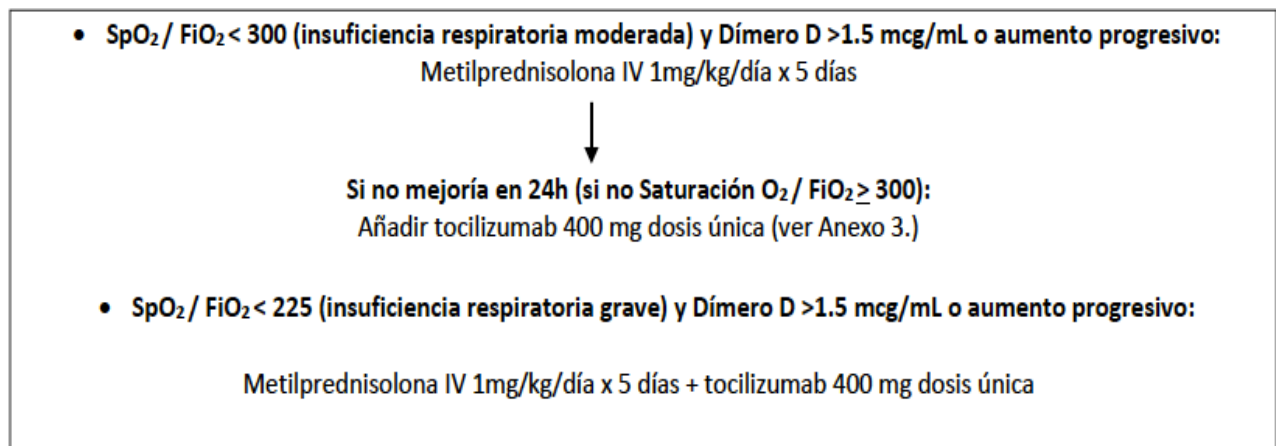
SIN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (Sat O2 >95% o FR <20 rpm)

Infiltrado Rx Torax	Edad/comorbilidades/factores de riesgo de mala evolución	Pauta tratamiento	Duración (días)	Ubicación
NO	Paciente con CRITERIOS DE ALTA SEGURA DESDE URGENCIAS (anexo 1)	Tratamiento sintomático	-	Domicilio
- Infiltrado unilobar - Sutil infiltrado intersticial bilateral	Paciente con CRITERIOS DE ALTA SEGURA DESDE URGENCIAS (anexo 1)	Hidroxicloroquina 400 mg/12h (1er día) Seguido de 200mg/12h x 4 días + Azitromicina 500mg/24h x 3días* *Si QT>500ms: sólo hidroxicloroquina	5 (3 días de azitro)	Domicilio con Vigilancia Estrecha Domiciliaria
	Paciente SIN criterios de alta segura desde Urgencias (anexo 1)	Hidroxicloroquina 400 mg/12h (1er día) Seguido de 200mg/12h x 4 días + Lopinavir/ritonavir 200mg/50 mg 2 comp/12h x 7 días** **Si intolerancia sustituir por azitromicina 500mg/24h x 3 días	7 (5 días de hidroxicloroquina)	Hospitalización

CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (Sat O2 < 95% o FR >20 rpm)

INFILTRADO BILATERAL	Todos los casos	Hidroxiclороquina 400 mg/12h (1er día) Seguido de 200mg/12h x 4 días + Lopinavir/ritonavir 200mg/50 mg 2 comp/12h x 7 días** **Si intolerancia sustituir por azitromicina 500mg/24h x 3 días	7 (5 días de hidroxiclороquina)	Hospitalización
	Pacientes de UCI Priorizar siempre remdesivir excepto: - <i>Fallo multiorgánico</i> - <i>Necesidad de vasopresores >48h</i> - <i>ALT > 5 veces limite superior normal</i> - <i>Cr Cl <30 mL/min o diálisis o HDFVVC</i>	Tratamiento inicial (hasta disponibilidad de remdesivir): Lopinavir/ritonavir 200mg/50mg 2 comp/12h hasta 14 días + Hidroxiclороquina 400mg/12 (1er día) seguido de 200/12h x 5 días Cuando esté disponible remdesivir se sustituirá lopinavir/r por remdesivir: 200 mg IV 1er día seguido de 100 mg IV /día x 9 días	14 días (5 días de hidroxiclороquina) 10 días	UCI

2.3.1 Criterios de utilización y pauta de administración de glucocorticoides y de tocilizumab (Se debe avisar al Servicio de Farmacia en el momento de la prescripción de tocilizumab (busca 52025/202 por la noche)



2.4. Interacciones relevantes con otros fármacos

Fármaco	LPV/r	HQC	Recomendaciones
Acenocumarol	↓		Monitorizar INR. Puede ser necesario aumentar dosis de acenocumarol. Valorar enoxaparina
Copidogrel	X		Sustituir por prasugrel.
Ticagrelol	X		Sustituir por prasugrel.
ACOD	↑		Valorar reducir dosis. Opción preferente dabigatrán 110mg/12h. Valorar enoxaparina
Heparina/Enoxaparina	↔		
Digoxina	↑QT	↑QT	Monitorizar niveles digoxina.
Ivabradina	X	↑QT	
Eplenorona	X		
Lecarnidipino	X		
Ranolazina	X	↑QT	
Amiodarona	X	↑QT	Riesgo de arritmia grave. Si la combinación no se puede evitar vigilar QT

Penicilinas			
Cefalosporinas			
Quinolonas	↑QT	↑QT	Evitar quinolonas. Si no hay otra opción vigilar QT
Azitromicina	↑QT	↑QT	Vigilar QT
Linezolid			Controlar glucemia con HCQ
Voriconazol	X		
ADO			LPV/r puede aumentar el efecto de algunos de estos fármacos. Priorizar el uso de insulina
IECA/ARAI			Evitar Valsartán
Diuréticos			Evitar Indapamida
Broncodilatadores			Evitar Salmeterol
Betabloqueantes	↑		Controlar glucemia con HCQ.
Antagonistas de canales de calcio	↑QT		Vigilar QT
Estatinas	↑		Evitar Simvastatina y lovastatina. Reducir dosis de Atorvastatina y Rosuvastatina. Opción preferente: Pitavastatina y Pravastatina
Corticoides	↑		Se reduce el efecto antiviral. Monitorizar EA corticoides. Opción preferente: prednisona y prednisolona
Antidepresivos	↑QT	↑QT	LPV/r puede aumentar el efecto de estos fármacos. Vigilar ↑QT. Opciones preferentes: Sertralina, Fluoxetina y Duloxetina
Antiácidos			Separar la administración con HCQ 4h
Ansiolíticos/hipnóticos/sedantes	↑		LPV/r puede aumentar el efecto de estos fármacos. Evitar midazolam ORAL. Opciones preferentes lorazepam, lometazepam
Antipsicóticos/neurolépticos	↑QT	↑QT	LPV/r puede aumentar el efecto de estos fármacos. Vigilar ↑QT. Evitar Quetiapina, Ziprasidona y Pimozida
Sildenafil	X		
Tadalafilo			Suspender 24h antes y reintroducir a 20 mg/día
Bosentan			Suspender 36h antes y reintroducir a 62.5mg/48h
Cisaprida	X	↑QT	
Domperidona	X	↑QT	
Metoclopramida			
Ondansetron	↑QT	↑QT	Vigilar QT
Ciclosporina	↑	↑	Monitorizar niveles de ciclosporina. Reducir dosis 1/8-1/10 parte.
Micofenolato			
Sirolimus			
Tacrolimus	↑		Monitorizar niveles de tacrólimus. Reducir dosis semanal 0,5-1mg.

Se pueden comprobar las interacciones en:

<http://www.covid19-druginteractions.org/> o <https://www.hiv-druginteractions.org/>

3. CRITERIOS DE CURACIÓN Y ALTA HOSPITALARIA

3.1 Definición de curación

o Criterio médico de curación: resolución de los síntomas y signos clínicos que motivaron el ingreso

- Afebril >72horas sin tratamiento antipirético
- FR en reposo < 22 rpm y saturación basal normal
- Volver a situación respiratoria previa

o Curación del proceso: criterio médico + criterio virológico (2 resultados de PCR negativos separados 24 horas).

3.2. Paciente candidato a alta hospitalaria

o Mejoría clínica

o Alta a domicilio con medidas de aislamiento durante 14 días. Hay que asegurar condiciones adecuadas en domicilio (habitación individual, ventilada, mascarilla, visitas restringidas, comida separada, lavado de manos, no actividad fuera del domicilio, baño a ser posible de uso exclusivo etc ...)

o Seguimiento por Atención Primaria

o Entregar documento informativo de la Consejería de Sanidad (Z/0 Coronavirus/Documentos URA/covid19 recomendaciones domicilio)

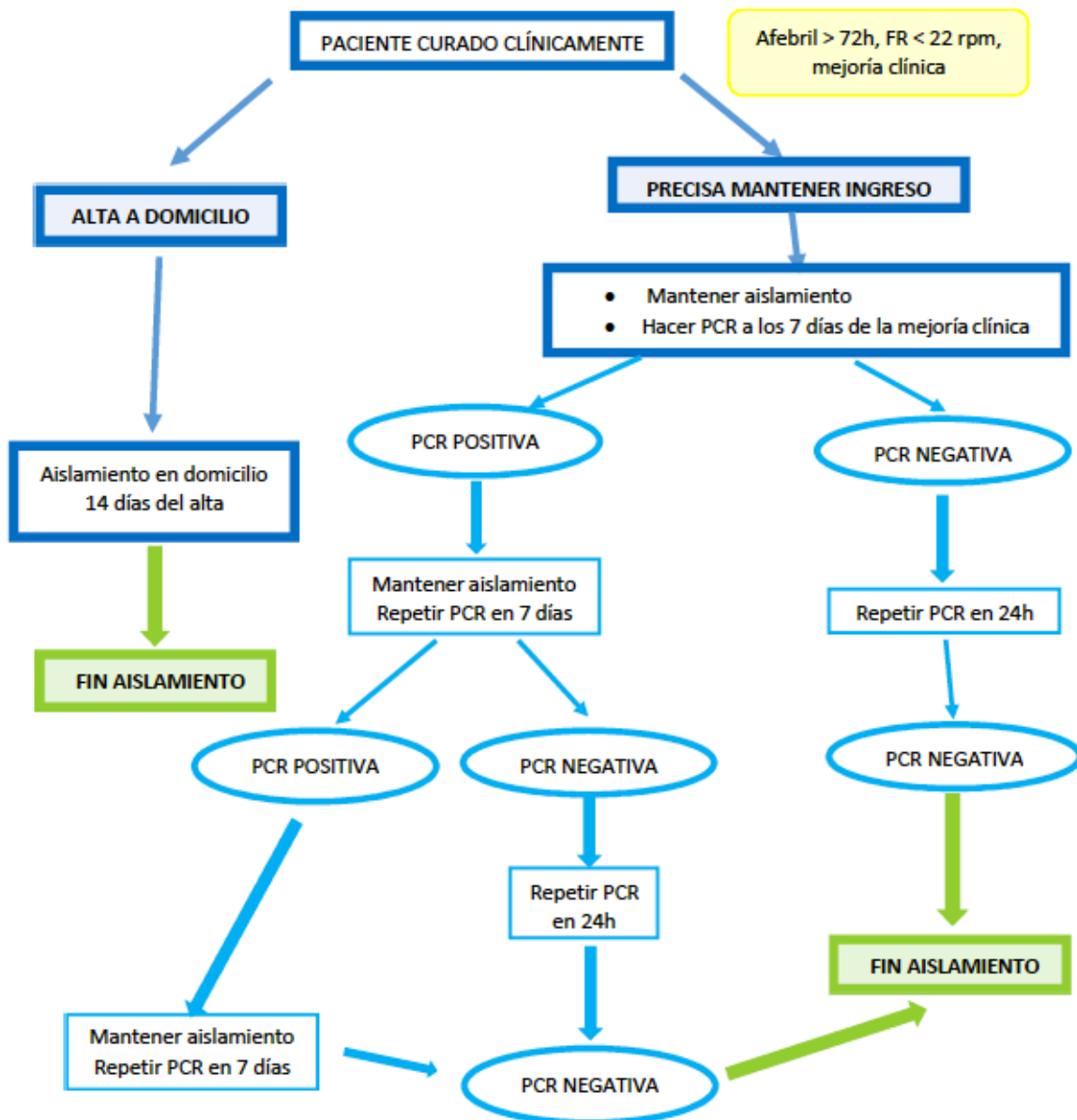
3.3. Paciente curado clínicamente que requiere mantener el ingreso por otro motivo

o Para indicar retirada de las medidas de aislamiento, hay que realizar una primera determinación de PCR como mínimo a los 7 días de la mejoría clínica.

o Si es negativa repetir en 24 horas, y si vuelve a ser negativa, se pueden retirar las medidas de aislamiento.

o Si es positiva, mantener aislamiento y repetir en 7 días. Si ya es negativa, repetir segunda muestra en 24 horas para confirmar suspensión de aislamiento. Si se mantiene positiva, volver a repetir pasados 7 días.

3.4. Algoritmo curación y alta



4. LOGÍSTICA

- Registrar el número de teléfono del familiar (en antecedentes personales, apartado RESUMEN DE SITUACIÓN BASAL)
- Explicar a familiares que la información será preferiblemente telefónica (Anexo 4)
- Registrar diariamente y detallar en el último evolutivo de cada día si el paciente tiene limitaciones en

el registro de últimas voluntades. Si el paciente no se considera candidato a ingreso en UCI registrar de la misma manera.

- Registrar en la historia clínica la obtención del consentimiento informado antes de tener el resultado de PCR coronavirus.

- Registrar en la historia clínica el evolutivo de valoración para dispensar medicación antes de que se obtenga el resultado de la PCR (utilizar la plantilla del evolutivo)

- Tratamiento al alta. Se establecen distintos escenarios y SIEMPRE sujetos a la disponibilidad de los distintos fármacos, priorizándose el tratamiento durante el ingreso:

- Alta desde Urgencias a domicilio: se dispensará tratamiento, en aquellos casos seleccionados previamente, con hidroxiclороquina + azitromicina hasta cumplir la duración establecida de 5 días y 3 días, respectivamente (ver apartado 2.3).

- Derivación de pacientes desde Urgencias a IFEMA y clínicas/hospitales asociados (FREMAP, Nuestra Señora de América...): no se dispensará medicación.

- Alta de pacientes ingresados a su domicilio: Se dispensará medicación con hidroxiclороquina + lopinavir/ritonavir hasta cumplir la duración establecida de 5 días y 7 días, respectivamente (ver apartado 2.3).

- Alta de pacientes ingresados a hotel medicalizado: se dispensará la medicación acorde a las pautas establecidas (apartado 2.3).

El tratamiento al alta se dispensará desde el propio Servicio Médico. El personal de Enfermería reclamará la medicación exacta para completar el tratamiento a través del programa HCIS.

En NINGÚN CASO se derivará a los pacientes de forma presencial a recoger la medicación al Servicio de Farmacia, ya que pueden coexistir con pacientes de alto riesgo, inmunodeprimidos, oncológicos,