

DIAGNÓSTICO

A) Clínico:

cuadro clínico sospechoso si fiebre y/o infección respiratoria súbita, anosmia, ageusia, odinofagia, miopatía, escalofríos, cefalea.

B) Radiológico:

sospecha radiológica si opacidades lineares.

C) Microbiológico:

RT-PCR

Serología (IgM / IgG)

	Clínica	Radiología	RT-PCR	Serología
Caso definitivo infección activa	+/-	+/-	+	IgM +/- IgG -
Caso sospechoso Infección activa	+	+/-	-	IgM - IgG -
Infección pasada	-	+/-	-	IgM +/- IgG +

En todo paciente con confirmación o sospecha de infección activa por SARS-CoV-2 se debe hacer una reevaluación frecuente (entre 24-72 horas) de la situación respiratoria y de la gravedad:

- Situación respiratoria

- Saturación de oxígeno
- PaO₂
- PaFi
- Respiraciones por minuto

- Escala CURB-65 (escala de gravedad para neumonía adquirida en la comunidad):

- C: confusión
- U: nitrógeno ureico > 19 mg/dL (7mmol/L)
- R: frecuencia respiratoria igual o superior a 30 respiraciones/minuto
- B: Tensión arterial sistólica < 90 mmHg o tensión arterial diastólica < 60 mmHG
- 65: edad igual o superior a 65 años

TRATAMIENTO

A) Pacientes < 55 años sin clínica respiratoria ni factores de riesgo *, radiografía sin alteraciones y con tiempo de evolución de sintomatología inferior a tres días: tratamiento sintomático y reevaluación a las 48/72 horas. Si persistencia de fiebre y/o empeoramiento clínico con aparición de sintomatología respiratoria, iniciar tratamiento antiviral según las pautas del siguiente punto.

*enfermedad pulmonar crónica (EPOC), enfermedad hepática, enfermedad renal, enfermedad cardiaca, inmunosupresión, neoplasia activa, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad

B) Pacientes > 55 años, con factores de riesgo*, con fiebre prolongada o con clínica respiratoria o afectación radiológica: inicio de tratamiento antiviral con cualquiera de los fármacos aprobados para esta acción priorizando las pautas combinadas en pacientes con criterios de ingreso:

- Pautas combinadas:

Hidroxicloroquina 400mg/12h d1, seguido de 200mg/12h vo durante 5 a 10 días**

+

Lopinavir/ritonavir* 2 comp de 200mg/50mg cada 12h vo. Utilizar la solución (5 ml/12h) en pacientes sin posibilidad de deglución durante 5 a 10 días

Hidroxicloroquina 400mg/12h d1, seguido de 200mg/12h vo durante 5 a 10 días**

+

Azitromicina 500 mg d1, seguido de 250 mg/día vo durante 5 días**

Cualquiera de estas combinaciones requiere monitorización del QT mediante realización de electrocardiograma cada 48 horas

- Fármacos únicos:

Remdesivir: Administración intravenosa: Dosis de carga el primer día de 200 mg IV seguida de una dosis de mantenimiento de 100 mg IV al día desde el día 2 al día 10

Los mencionados en pautas combinadas

C) En caso de saturación < 94% y rápido empeoramiento radiológico con afectación de más de dos lóbulos pulmonares +/- persistencia de fiebre asociar esteroides:

- Metilprednisolona 250mg i.v diluidos en 100cc de SSF 0,9%, a pasar en 1 hora, por tres días**
- Dexametasona 40 mg i.v diluidos en 100cc de SSF 0,9%, a pasar en 1 hora, por 4 días**
- Dexametasona 20 mg i.v diluidos en 100cc de SSF 0,9%, a pasar en 1 hora, por 5 días y después 10mg i.v. durante otros 5 días**.

D) Si asocia niveles de IL-6 > 40 pg/ml o dímero D > 1500, asociar inmunosupresores:

Tocilizumab

- ≥ 75 kg: dosis única de 600 mg
- <75 kg: dosis única de 400 mg

Tocilizumab no se recomienda en:

- AST/ALT > 5 veces el límite superior de normalidad
- Neutrófilos < 500 cel/mcL
- Plaquetas < 50.000 cel/mcL
- Sepsis documentada por otros patógenos que no sean COVID-19
- Presencia de comorbilidad que puede llevar según juicio clínico a mal pronóstico
- Diverticulitis complicada o perforación intestinal
- Infección cutánea en curso (p.e piodermitis)

Anakira:

- Día 1: 200 mg seguido de 100 mg/8h iv**
- Día 2: 100 mg/8h iv**

Anakinra no se recomienda si

- Sospecha de sepsis o sobreinfección bacteriana
- Comorbilidades que puedan llevar a mal pronóstico a corto plazo
- Previsión de exitus en las siguientes 48h
- Terapia inmunosupresora anti-rechazo
- Embarazo
- Serología de VHB positiva. Debe excluirse la presencia de HBsAg o tener una CV<20 mUI/mL.
- Neutrófilos < 500/mcL
- Insuficiencia renal grave o insuficiencia renal terminal

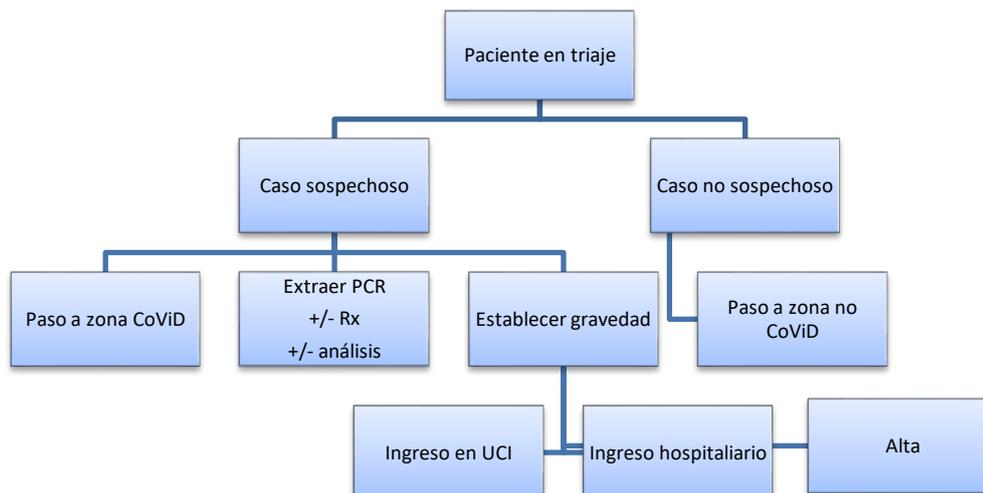
Es recomendable asociar heparina a dosis profilácticas en todo paciente ingresado. En el resto de pacientes individualizar y considerar si:

- Cuadro clínico de larga evolución
- Dímero D superior a 1500 o progresiva elevación de valores

La heparina a dosis terapéutica no está indicada salvo confirmación de presencia de trombosis. Si bien y a falta de poder realizarse el estudio se podría considerar en pacientes con empeoramiento respiratorio no claramente justificado por la evolución radiológica del infiltrado neumónico y con dímero D en ascenso.

**Dosis recomendada en este documento. Si bien existen pautas alternativas válidas sin haberse contrastado potenciales diferencias entre ellas.

ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL



Podrá darse de alta una neumonía en pacientes < 60 años, con Pneumonia Severity Index (PSI) I-II, sin complicaciones radiológicas ni complicaciones analíticas, si no presentan inmunodepresión ni comorbilidad importante (incluida hipertensión y diabetes) siempre que se cumplan los siguientes supuestos:

- Neumonía alveolar unilobar.
- Sin disnea
- Con saturación de O₂ y frecuencia respiratoria normales
- Cifra de linfocitos > 1200
- Transaminasas normales
- LDH normal
- D-dímero < 1.000

Elaborado por:

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)