



ESQUEMA TERAPEÚTICO SIMPLIFICADO: MANEJO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON INFECCIÓN CONFIRMADA POR SARS-CoV-2 EN MEDICINA INTERNA DEL HUCA

(Actualizado a 22/ 03 / 2020).

Tipo de infección	Tratamiento	Comentarios
Enfermedad no complicada y sin comorbilidades	Tratamiento sintomático	
Enfermedad no complicada con comorbilidades (EPOC, enfermedad cardiovascular, diabetes, neoplasia, hepatopatía crónica, inmunosupresión, >60 años)	HIDROXICLOROQUINA +/- LOPINAVIR RITONAVIR (individualizar)	
Neumonía leve: CURB-65 <2 y SatO2 ≥ 90% aire ambiente	HIDROXICLOROQUINA + LOPINAVIR RITONAVIR + INTERFERON beta-Ib SC si rápida progresión	*Ceftriaxona+Azitromicina
Neumonía grave: fallo de ≥ 1 órgano, SatO2 < 90% aire ambiente, frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm o CURB-65 ≥ 2	HIDROXICLOROQUINA + LOPINAVIR/RITONAVIR + INTERFERON beta-Ib SC Remdesivir iv	*Ceftriaxona+Azitromicina. Si progresión o mala evolución +Valorar Tocilizumab de forma Individualizada.

CURB-65

Confusión/desorientación: 1 punto
Urea ≥ 20 mg/dl: 1 punto
Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm: 1 punto
TAS <90 o TAD <60 mmHg: 1 punto
Edad ≥ 65 años: 1 punto

* Sospecha de sobreinfección.

Fármaco	Nombre comercial	Dosis		Duración
Lopinavir/ritonavir	Kaletra vo Kaletra solución	200/50 mg 2 comp / 12 h 5 mL / 12 h	Oral	14 días
Interferon beta-Ib	Betaferon Extavia	0.25 mg / 48 h	Subcutáneo	14 días
Hidroxicloroquina	Dolquine	200 mg / 12 h (carga 400mg/12h 1 ^{er} día)	Oral	5-14 días
Remdesivir	Remdesivir	100 mg / 24 h (carga 200mg 1 ^{er} día)	Intravenoso	No definida
Tocilizumab	Azemra	Pacientes con peso ≥ 80 kg: <input type="checkbox"/> Primera dosis: 600 mg <input type="checkbox"/> Segunda dosis: 600 mg con Pacientes con peso < 80 kg: <input type="checkbox"/> Primera dosis: 600 mg . Segunda 400mg	Intravenoso	Máximo 3 infusiones



TRATAMIENTO ANTIVIRAL ESPECÍFICO: **Power-plan PRO-COVID-19**

- El uso de **HIDROXICLOROQUINA, LOPINAVIR/RITONAVIR, INTERFERON beta-Ib** y **Tocilizumab** requiere **consentimiento verbal** del paciente y **éste debe constar en la historia clínica**, ya que es un uso fuera de ficha técnica.
- Evitar prescribir HIDROXICLOROQUINA o LOPINAVIR/RITONAVIR ante QTc largo.
HIDROXICLOROQUINA: dosis de carga 400 mg/12 h vía oral el primer día, posteriormente 200 mg/12 h vía oral.
- **LOPINAVIR/RITONAVIR 200/50 mg:** 2 comprimidos/12h vía oral. Antes de prescribirlo, solicitar serología de VIH (aunque no es necesario esperar a su resultado para iniciar el tratamiento). Son frecuentes los efectos adversos gastrointestinales. Consultar interacciones en www.covid19-druginteractions.org.
- **INTERFERON beta-Ib:** 0,25 mg/48h subcutáneo. Premedicar con paracetamol. Evitar en pacientes con enfermedad psiquiátrica o depresión grave.
- **TOCILIZUMAB:** Consentimiento verbal. Cautelosa selección de los pacientes candidatos.

Criterios de inclusión

- ✓ Neumonía intersticial con insuficiencia respiratoria grave (score = 2)
- ✓ Empeoramiento rápido respiratorio que necesita ventilación no invasiva o invasiva (COVID respiratory severity scale ≥ 3)
- ✓ Presencia de fallo orgánico extrapulmonar (principalmente Shock o escala SOFA score >3)
- ✓ Criterios de respuesta inflamatoria sistémica grave
- ✓ Elevados niveles de **IL-6 (> 40 pg/ml)** (en alternativa elevados niveles de **dímero-D (> 1500)** o **d- dímero en progresivo aumento**)

Criterios de exclusión

- ✓ AST/ALT con valores superiores a 5 veces los niveles de normalidad.
- ✓ Neutrófilos < 500 cell/mmc.
- ✓ Plaquetas < 50.000 cell/mmc.
- ✓ 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 no controlada con tratamiento antibiótico)
- ✓ Terapia inmunosupresora anti-rechazo

Esquema terapéutico

Pacientes con peso ≥ 80 kg: Primera dosis: 600 mg Segunda dosis: 600 mg a las 12h

Pacientes con peso < 80 kg: Primera dosis: 600 mg Segunda dosis: 400 mg a las 12h

El planteamiento de una tercera dosis a las 16-24 h desde la segunda infusión sería si:

- * Persistencia de fiebre o * Empeoramiento analítico: PCR, Dímero-D o IL-6.

El tratamiento debe darse en asociación con el tratamiento antiviral (lopinavir/ritonavir o remdesivir hidroxiclороquina y/o esteroideo (dexametasona).



OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS:

- **Oxigenoterapia:** para mantener $\text{SatO}_2 \geq 90\%$. En caso de precisarlo, usar mascarilla con reservorio con flujos mínimos de 10 a 15 l/min para mantener el reservorio inflado.
- **Broncodilatadores:** Si fueran necesarios, administrar en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora. En caso de emplear broncodilatadores en aerosol, hacerlo si es posible en habitación con presión negativa.
- **Fluidoterapia:** manejo conservador de fluidos (manejo habitual a 2/3 de necesidades basales). No emplear sueros hipotónicos. En caso de resucitación emplear cristaloides (balanceados o suero fisiológico 0,9%).
- **Antibióticos:** si sospecha de sobreinfección bacteriana (elevación de leucocitos, PCR o PCT). Preferentemente en hospitalizados Ceftriaxona +Azitromicina.
- **Profilaxis antitrombótica con HBPM**
- **Esteroides:** valorar su empleo a dosis bajas únicamente en caso de broncoespasmo, distrés respiratorio agudo, shock séptico, encefalitis o síndrome hemofagocítico.
- **Actitud respecto a IECAs/ARA-II:** Se ha observado peor pronóstico en pacientes con IECAs, con resultados controvertidos en el efecto de los ARA- II. No se recomiendan hasta no tener mas evidencia. Sin embargo, la AEMPS solo descarta su utilización en caso de síntomas severos, sepsis de acuerdo a la practica habitual en las guías clínicas según situación hemodinámica.