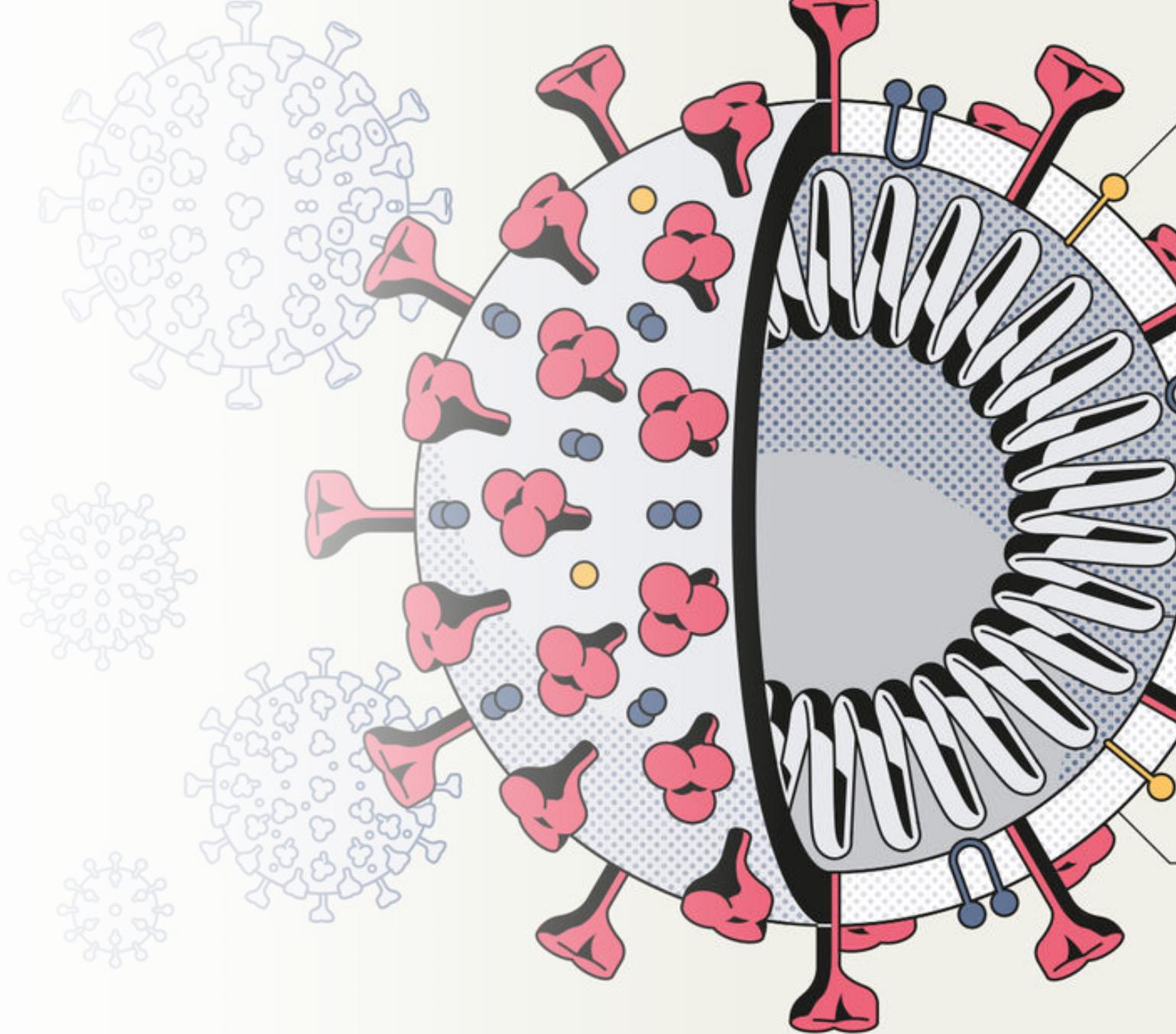


Guía práctica para el
manejo de los pacientes
ingresados en el servicio
de Medicina Interna con
infección por
SARS-CoV-2

Dr. Kevin Javier Arellano Arteaga
Medicina Interna

Última actualización 22 Marzo 2020



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China

W. Guan, Z. Ni, Yu Hu, W. Liang, C. Ou, J. He, L. Liu, H. Shan, C. Lei, D.S.C. Hui, B. Du, L. Li, G. Zeng, K.-Y. Yuen, R. Chen, C. Tang, T. Wang, P. Chen, J. Xiang, S. Li, Jin-lin Wang, Z. Liang, Y. Peng, L. Wei, Y. Liu, Ya-hua Hu, P. Peng, Jian-ming Wang, J. Liu, Z. Chen, G. Li, Z. Zheng, S. Qiu, J. Luo, C. Ye, S. Zhu, and N. Zhong, for the China Medical Treatment Expert Group for Covid-19*

Incubación del SARS-CoV2

- Período de incubación 4 días (rango intercuartil: 2 a 7 días)
- Otros MERS-CoV- SARS-CoV = Puede variar de 2 a 14 días.

Clasificación clínica

- Por síntomas
- **Leves** (no neumonía) en **80.9%**
- **Graves** (disnea, frecuencia respiratoria \geq 30/minuto, saturación de oxígeno en sangre \leq 93%, relación PaO₂ / FiO₂ <300 y / o infiltrados pulmonares > 50% en 48 horas) en **13.8%**
- **Críticos** (insuficiencia respiratoria, shock séptico y / o disfunción / falla de múltiples órganos) en **4.7%**

> [Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi](#), 41 (2), 145-151 2020 Feb 17[Online ahead of print]

[The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) in China]

[Article in Chinese]

[Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team](#)

PMID: 32064853 DOI: [10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003](#)

Clasificación de pacientes infectados por SARS-CoV2

Contacto Estrecho

Persona sin síntomas que convive con el paciente de manera cercana

Portador asintomático

Persona sin síntomas con prueba positiva a 2019-nCoV.

Enfermedad Leve

Manejo en domicilio

Prueba positiva a 2019-nCoV.
No historia de fiebre persistente
No presenta disnea

Su auscultación pulmonar y/o Radiografía de tórax es normal

Enfermedad moderada

Ingreso Hospitalario Piso 12

- Prueba positiva a 2019-nCoV.
- Fiebre persistente ó disnea,
- Relación PaO₂ / FiO₂ <300
- Infiltrados pulmonares > 50% en 48 horas

Enfermedad severa

Requiere UTI

Prueba positiva a 2019-nCoV.
Paciente que requiere asistencia ventilatoria
Choque séptico
Inestabilidad cardiovascular.

Clasificación de pacientes infectados por SARS-CoV2 y porcentaje afectado en Wuhan, China

80.9%

13.8 %

4.7 %

Contacto Estrecho

- Persona sin síntomas que convive con el paciente de manera cercana.

Portador asintomático

- Persona sin síntomas con prueba positiva a 2019-nCoV.

Enfermedad Leve

Manejo en domicilio

- Prueba positiva a 2019-nCoV.
- No historia de fiebre persistente
- No presenta disnea
- Auscultación pulmonar y/o Radiografía de tórax es normal

Enfermedad moderada

Ingreso Hospitalario Piso 12

- Prueba positiva a 2019-nCoV.
- Fiebre persistente ó disnea,
- Relación PaO2 / FiO2 <300
- Infiltrados pulmonares > 50% en 48 horas

Enfermedad severa

Requiere UTI

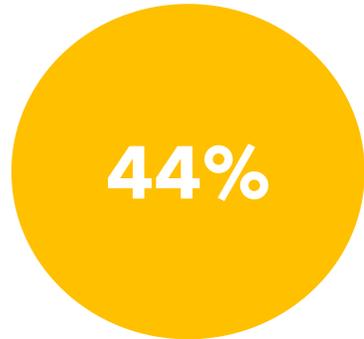
- Prueba positiva a 2019-nCoV.
- Paciente que requiere asistencia ventilatoria
- Choque séptico
- Inestabilidad cardiovascular.

Signos y síntomas al ingreso hospitalario

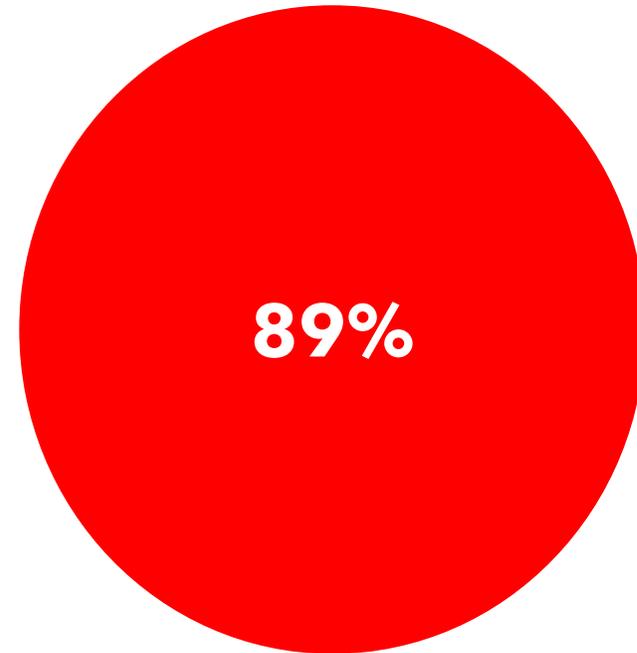
- Fiebre (77-98%)
- Tos (46% -82%)
- Mialgias o fatiga (11-52%)
- Dificultad para respirar (3-31%)

Al inicio de la enfermedad

Patrón de fiebre



Admisión hospitalaria



Hospitalización

Sintomatología

Características clínicas	N=1099
Fiebre	77-98%
Tos	67.8%
Fatiga	38.1%
Producción de esputo	33.7%
Disnea	18.7%
Mialgias y artralgias	14.9%
Odinofagia	13.9%
Cefalea	13.6%

Características clínicas	N=1099
Escalofríos	11.5%
Náusea o vómito	5%
Congestión nasal	4.8%
Diarrea	3.8%
Hemoptisis	0.9%
Inyección conjuntival	0.8%

Exploración física: **Estertores crepitantes**

Perlas del curso clínico de COVID-19

- Posibilidad de **deterioro clínico** durante la **segunda semana** de enfermedad.
- COVID-19 y neumonía: **Más de la mitad** desarrollaron **disnea** una mediana de **8 días después del inicio de la enfermedad** (rango: 5-13 días).
- Tiempo promedio desde el inicio de la enfermedad hasta el **ingreso hospitalario con neumonía** fue de **9 días**.

Perlas del curso clínico de COVID19

- **Mediana** del tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el **SDRA** fue de **8 días**.
- SDRA se desarrolló en el **17-29%** de los pacientes hospitalizados.
- **Infección secundaria** se desarrolló en el **10%**.



Hallazgos en paraclínicos



**Wiley
Online
Library**

Wuhan Ene 01-28
138 adultos 22-92 media
56^a 54% H

Linfopenia

< 1100 en 70.3%

TP > 12.5 seg in 58%

DHL > 243 units/L EN
40%

JAMA 2020 Feb 7

Wuhan Ene 02
41 adultos, media 49 a,
73% H

Linfopenia

En 63%

AST ++ 37%

Leucopenia < 4000 en
25%

Lancet 2020 Feb
15;395(10223):497

Wuhan En 01-20
99 adultos, 21-82 años,
media 55, 68% H

Linfopenia 35%

Leucocitosis > 9.5 en
24%

Trombocitopenia < 125
en 12%

DHL > 250 units/L en
76%

Lancet 2020 Feb
15;395(10223):507

Wuhan 01-16/02-03
140 adultos, media 57,
rango 25-87^a

PCR elevada en 91.9%

Amiloide A en 90.2%

Linfopenia 75%

Elevación DD 43.2%

Procalcitonina 34.7%

Allergy 2020 Feb 19



**Wiley
Online
Library**

Wuhan Ene 01-28
138 adultos 22-92
media 56^a 54% H

Linfopenia

< 1100 en 70.3%

TP > 12.5 seg in 58%

DHL > 243 units/L
EN 40%

JAMA 2020 Feb 7

Wuhan Ene 02
41 adultos, media 49
a, 73% H

Linfopenia

En 63%

AST ++ 37%

Leucopenia < 4000
en 25%

Lancet 2020 Feb
15;395(10223):497

Wuhan En 01-20
99 adultos, 21-82 años,
media 55, 68% H

Linfopenia 35%

Leucocitosis > 9.5 en
24%

Trombocitopenia < 125
en 12%

DHL > 250 units/L en
76%

Lancet 2020 Feb
15;395(10223):507

Wuhan 01-16/02-03
140 adultos, media 57,
rango 25-87^a

PCR elevada en 91.9%

Amiloide A en 90.2%

Linfopenia 75%

Elevación DD 43.2%

Procalcitonina 34.7%

Allergy 2020 Feb 19

Relation Between Chest CT Findings and Clinical Conditions of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Multicenter Study

La mayoría de los pacientes con neumonía por COVID-19 tenían características de imagen típicas

- Opacidades de vidrio esmerilado (GGO) 87 [86.1%]
- GGO y consolidaciones mixtas 65 [64.4%]
- Ensanchamiento vascular en la lesión 72 [71,3%]

Hallazgos iniciales CT-COVID19

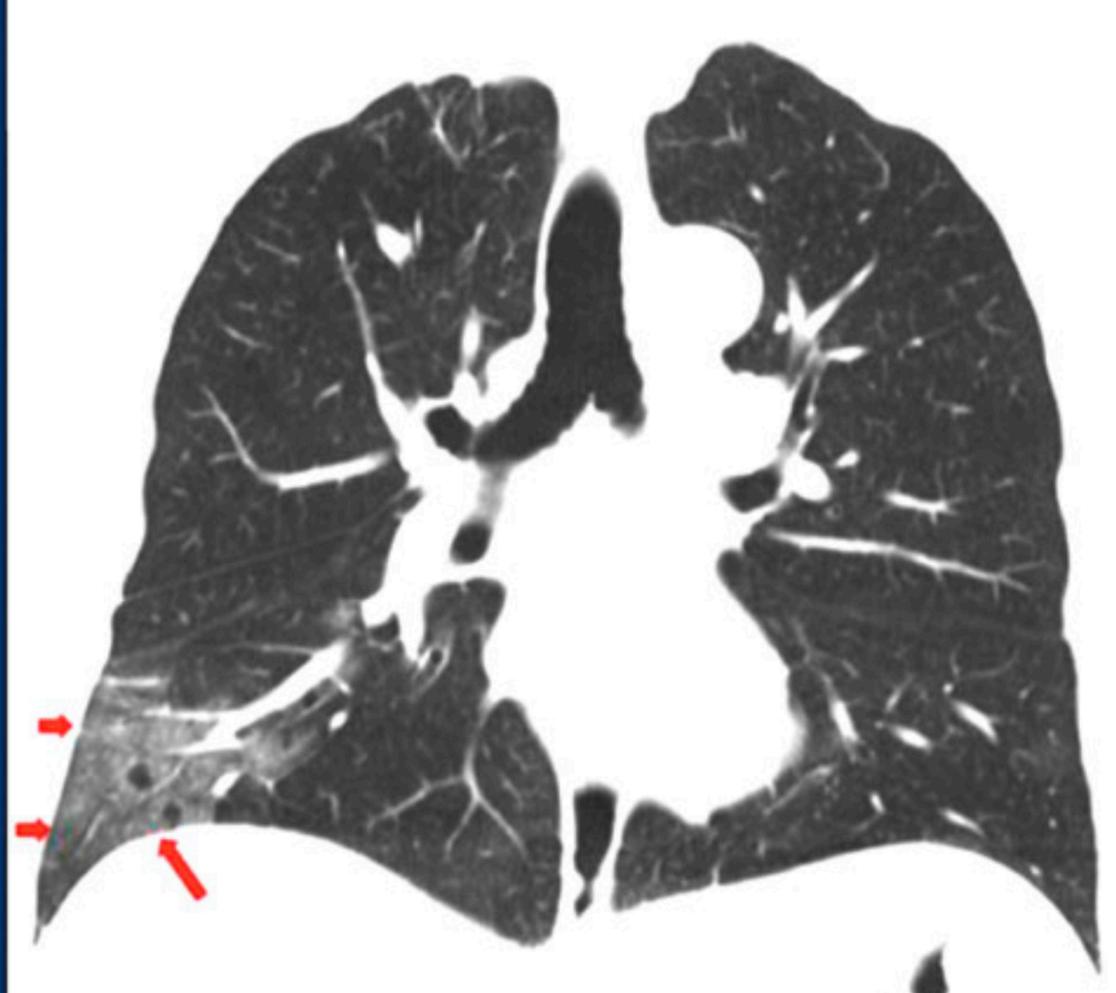
Patrones radiológicos iniciales en TC en COVID 19

Opacificación en vidrio esmerilado	88%
Involucro bilateral	88%
Distribución posterior	80%
Involucro multilobar	79%
Distribución periférica	76%
Consolidación	32%

Opacificación en vidrio esmerilado (GGO) **bilateral con una distribución periférica** o posterior, principalmente en los **lóbulos inferiores** y con menos frecuencia en el lóbulo medio.

Cambios tomográficos a través del tiempo

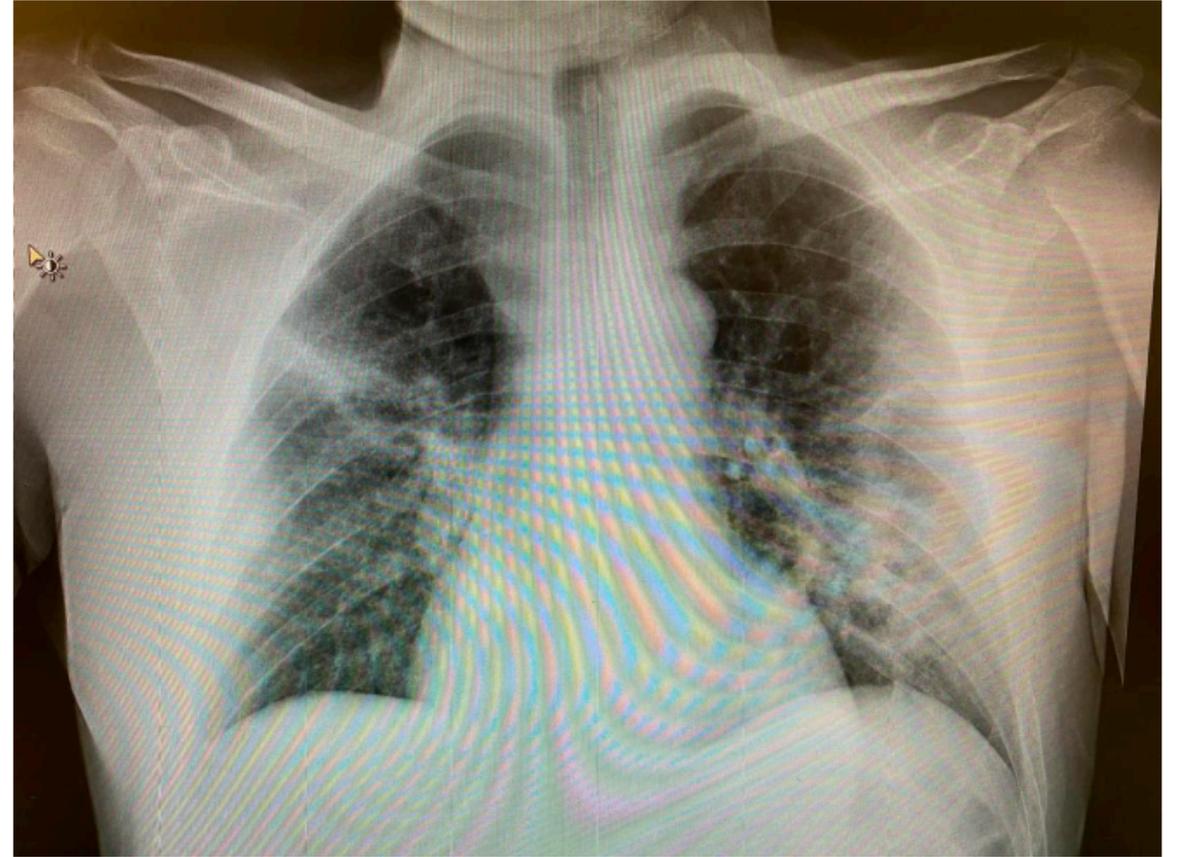
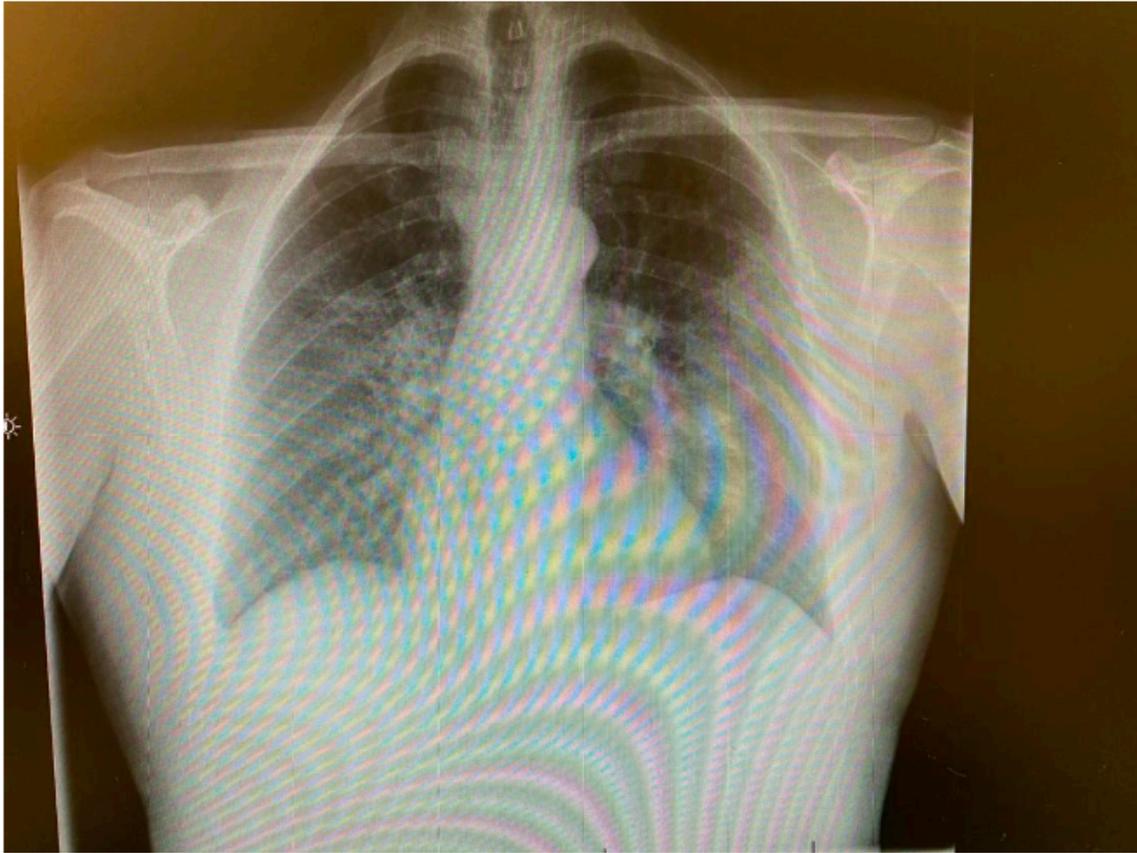
Etapas	Duración	Característica CT
Etapa temprana	0 - 4 días	Opacificación vidrio esmerilado + patrón reticular, discreto involucramiento de lóbulos
Etapa progresiva	5-8 días	Extensión de la opacificación en vidrio esmerilado, aumento del patron reticular
Etapa Pico	10-13 días	Consolidación
Etapa de absorción	Mayor a 14 días	Resolución gradual



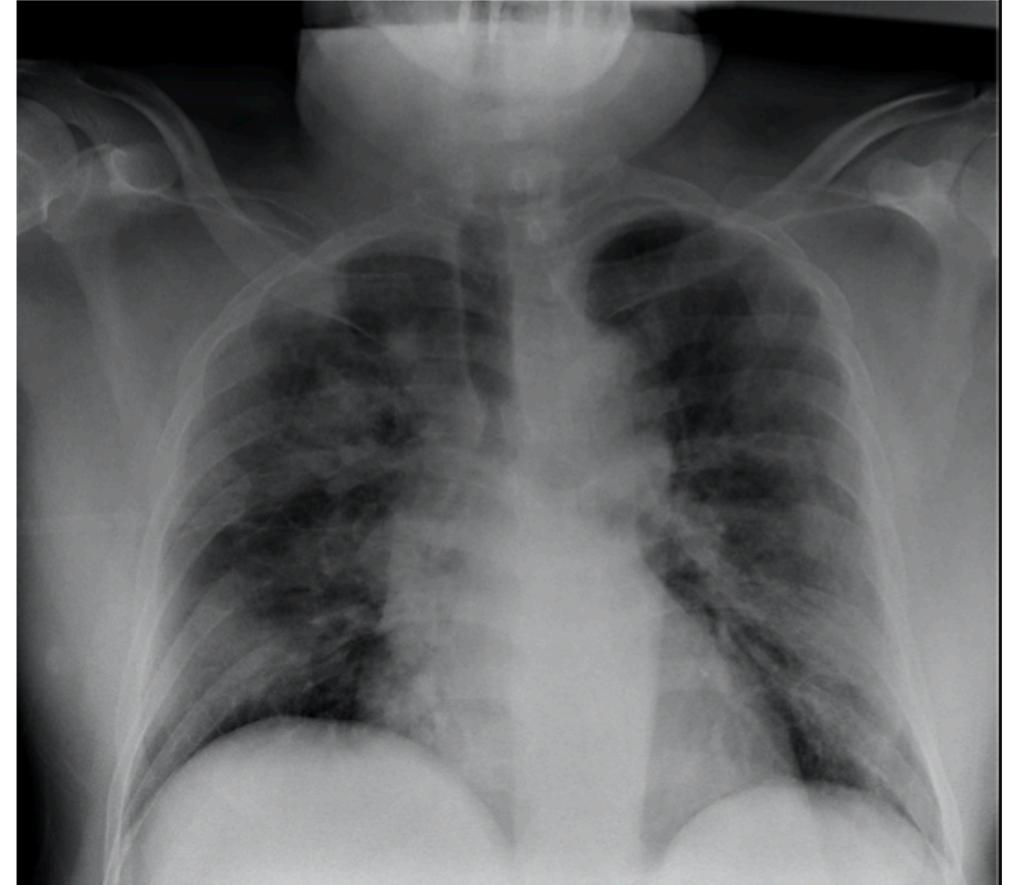
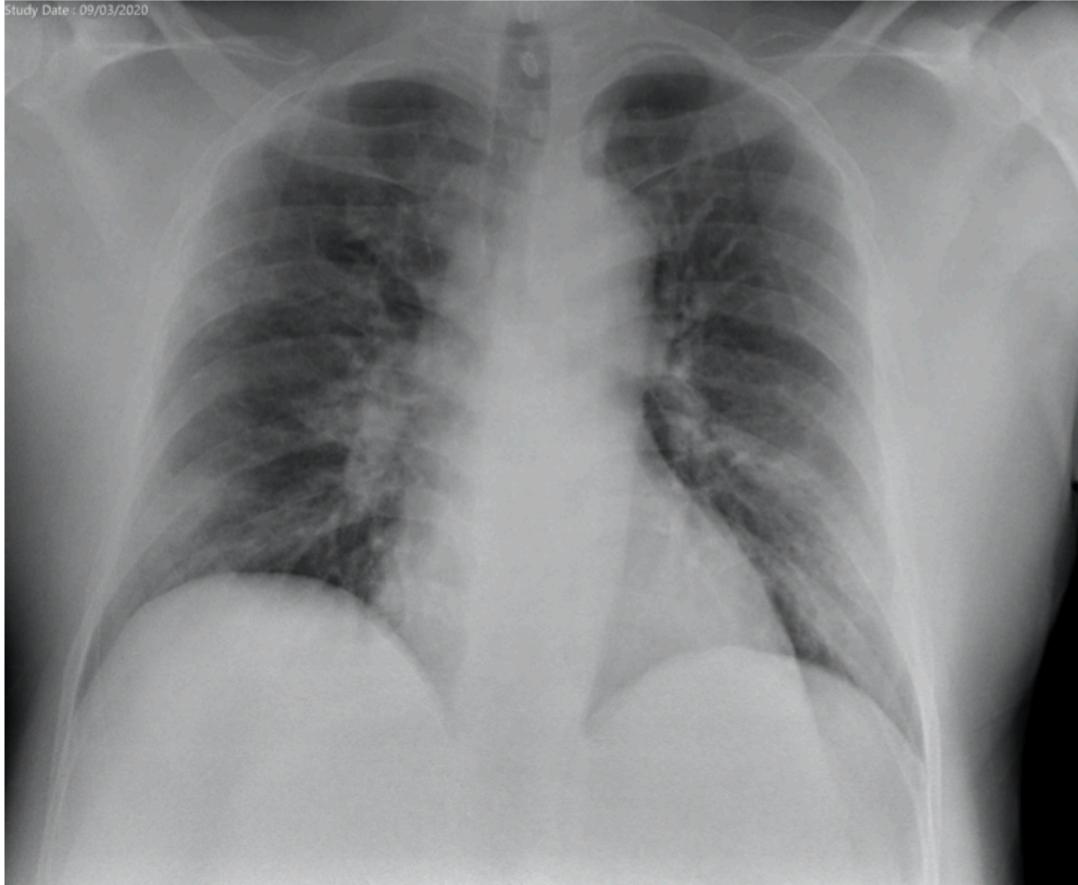
- La PA de tórax es **insensible** al comienzo de la enfermedad.
- Aquí una comparación de una radiografía de tórax y una imagen de TC.
- Las opacidades del vidrio esmerilado en el lóbulo inferior derecho de la TC (flechas rojas) no son visibles en la radiografía de tórax, que se tomó 1 hora antes del estudio de TC



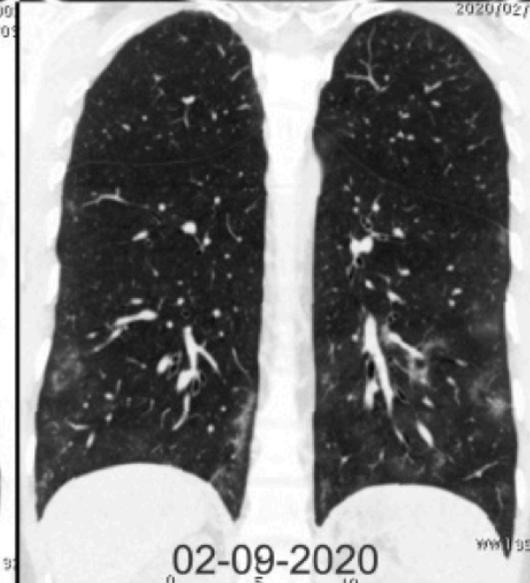
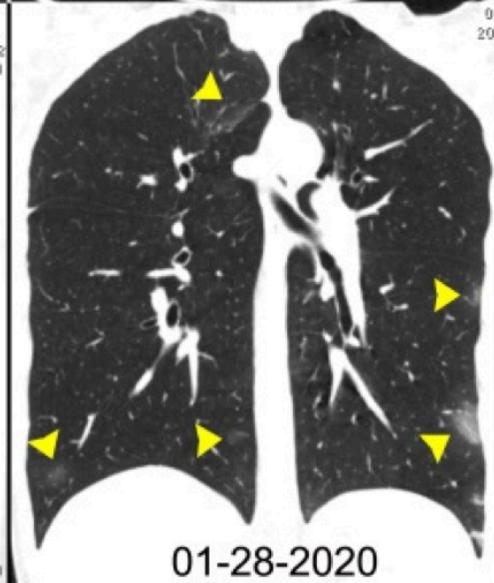
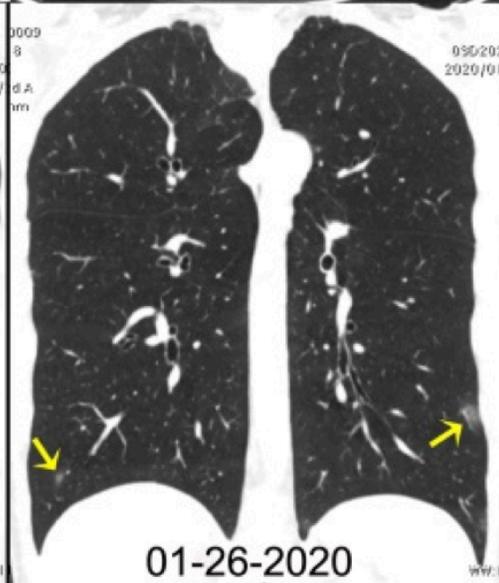
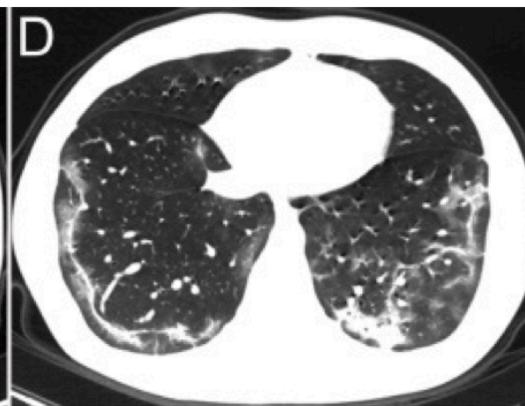
- La PA de Tórax **pueden ser útiles** en el seguimiento de la enfermedad.
- Al ingresar al hospital, PA tórax **NORMAL**.
- **Cuatro días después**, el paciente está en **ventilación mecánica** y hay **consolidaciones bilaterales** en PA tórax.



48 hrs de evolución



4 días de evolución



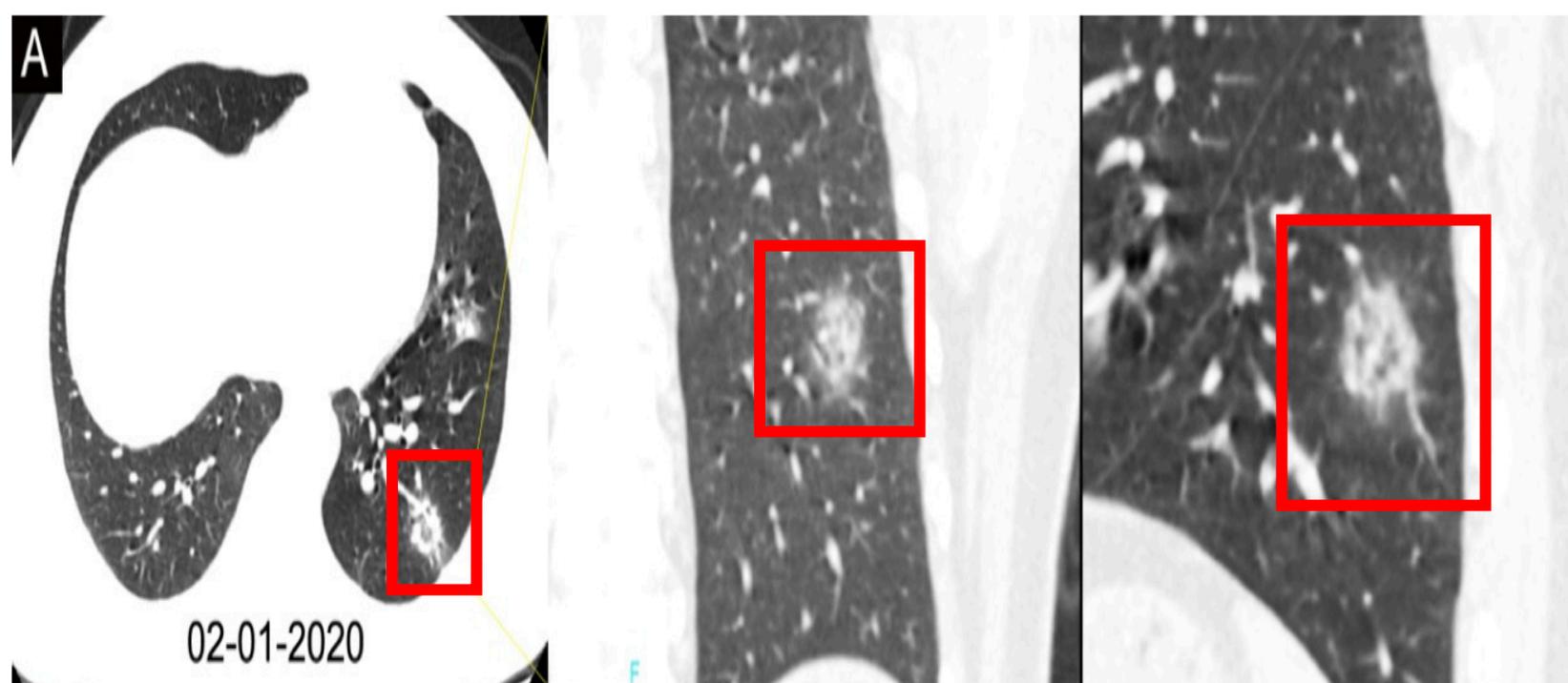
TAC Basal

Opacidades mínimas de vidrio esmerilado en los lóbulos pulmonares inferiores bilaterales (flechas amarillas)

Muestra un aumento de las opacidades del vidrio esmerilado (puntas de flecha amarillas)

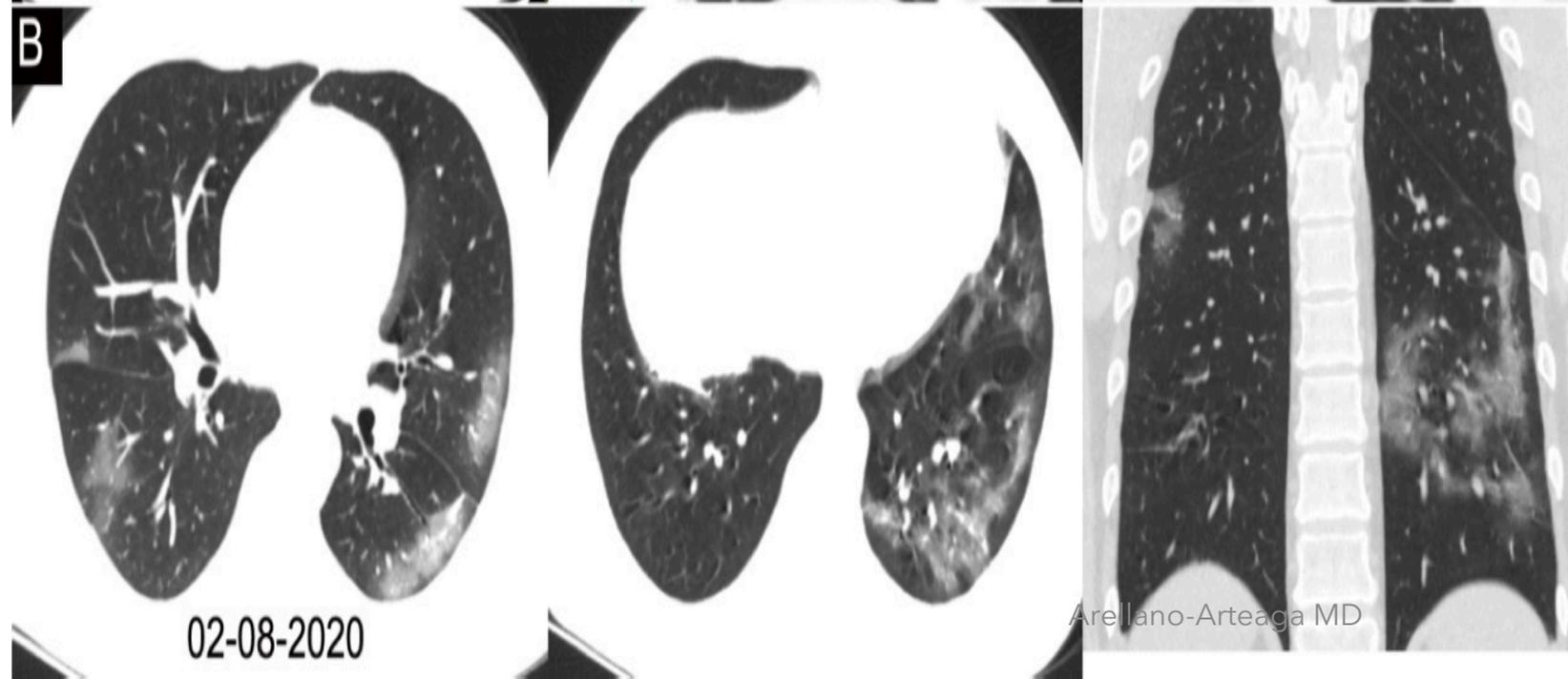
7 días después vemos la progresión de la neumonía con opacidades mixtas de vidrio esmerilado y opacidades lineales en el área subpleural

Aquí se muestra la absorción de las opacidades del vidrio esmerilado y la neumonía organizada



Hombre 34 años con fiebre durante 4 días. El 8/02/2020 positivo SARS-CoV-2

Línea A La TC de tórax con planos coronal y sagital magnificados por lesión muestra un nódulo con signo de halo invertido en la izquierda lóbulo inferior (recuadro rojo) en la etapa inicial de la neumonía.



Línea B La TC de tórax con diferentes planos axiales y reconstrucción coronal muestra opacidades de vidrio esmerilado multifocales bilaterales. La opacidad nodular se resolvió.

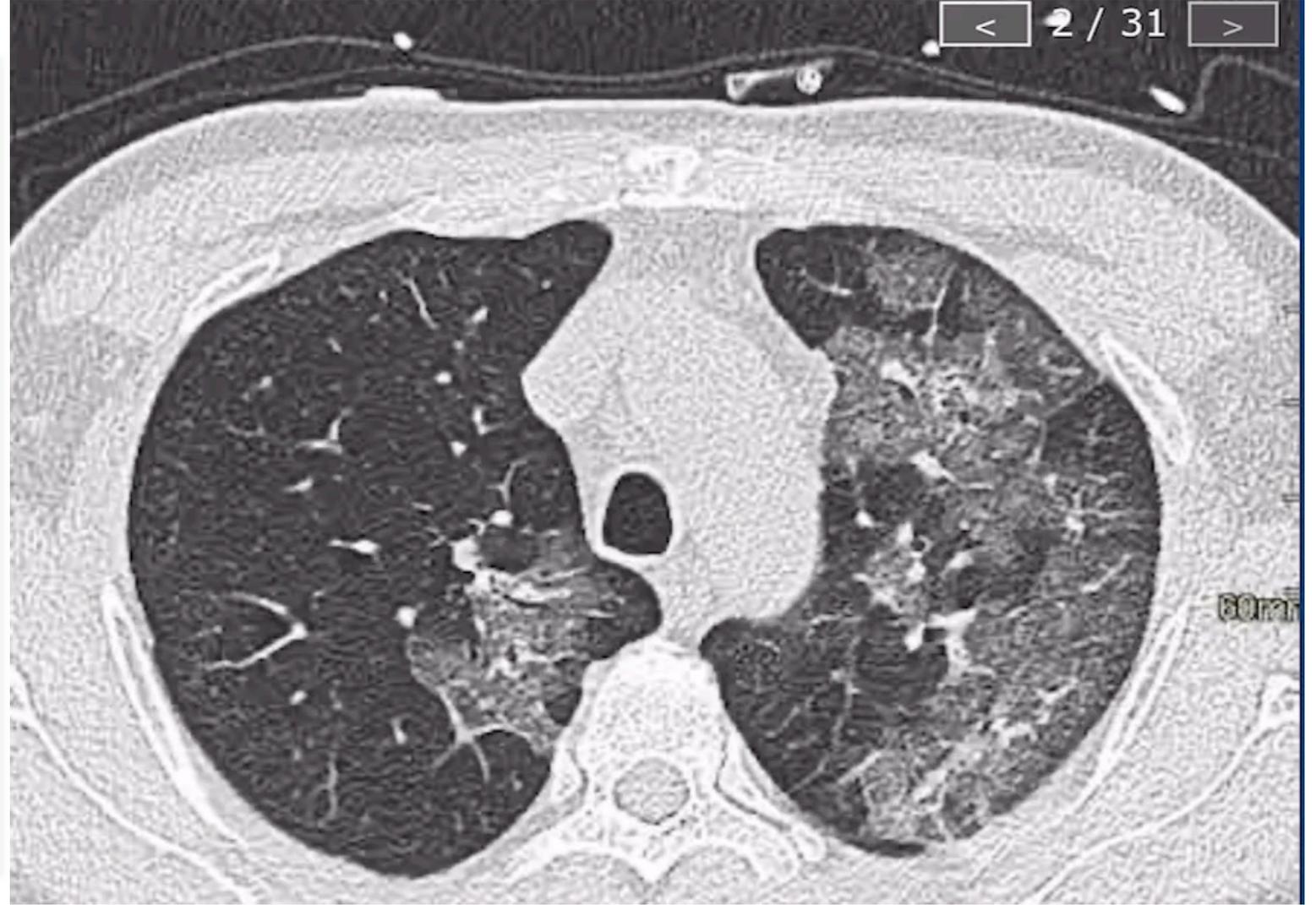
- 
- El derrame pleural, el derrame pericárdico, la linfadenopatía, la cavitación, el signo de halo CT y el neumotórax son algunos de los hallazgos poco comunes pero posibles observados con la **progresión de la enfermedad.**
 - Existe bastante superposición del patrón CT de COVID-19 con otras neumonías virales.

Hombre joven, fiebre durante diez días con tos progresiva y dificultad para respirar.

La spO₂ al ingreso fue del 66%.

La prueba de PCR fue positiva para COVID-19.

Hay opacidades bilaterales generalizadas en vidrio esmerilado con predominio posterior.

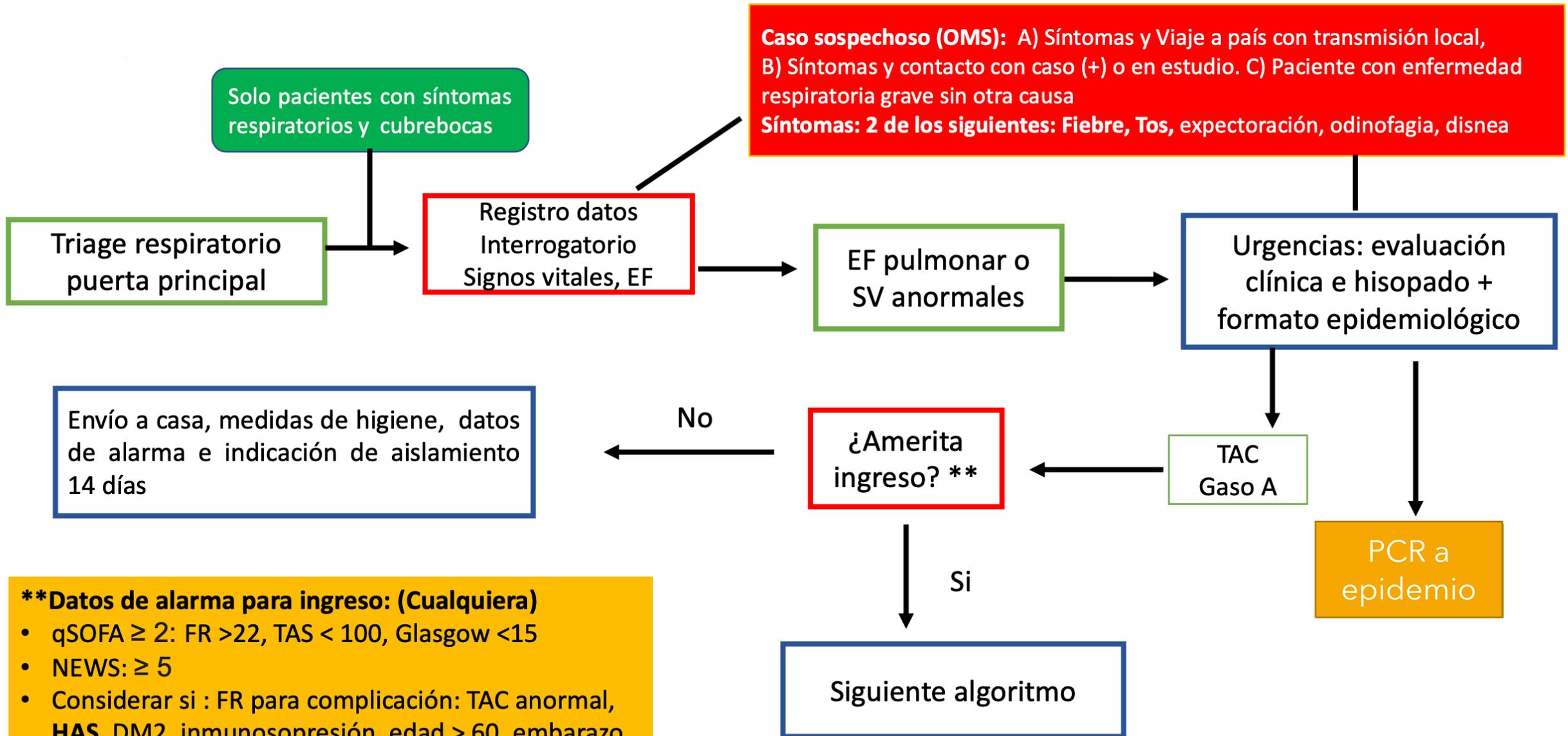




Condiciones generales

De manejo del paciente con COVID19 en MI

Recepción de pacientes con síntomas respiratorios



**Datos de alarma para ingreso: (Cualquiera)

- qSOFA ≥ 2 : FR >22 , TAS < 100 , Glasgow <15
- NEWS: ≥ 5
- Considerar si : FR para complicación: TAC anormal, HAS, DM2, inmunosupresión, edad > 60 , embarazo, obesidad

Pacientes que ingresan con sospecha de COVID-19

Estudios adicionales

Laboratorio:

- BH, QS, ES, Gasometría,
- PFHs, PCR, DHL
- Dímero D, ferritina

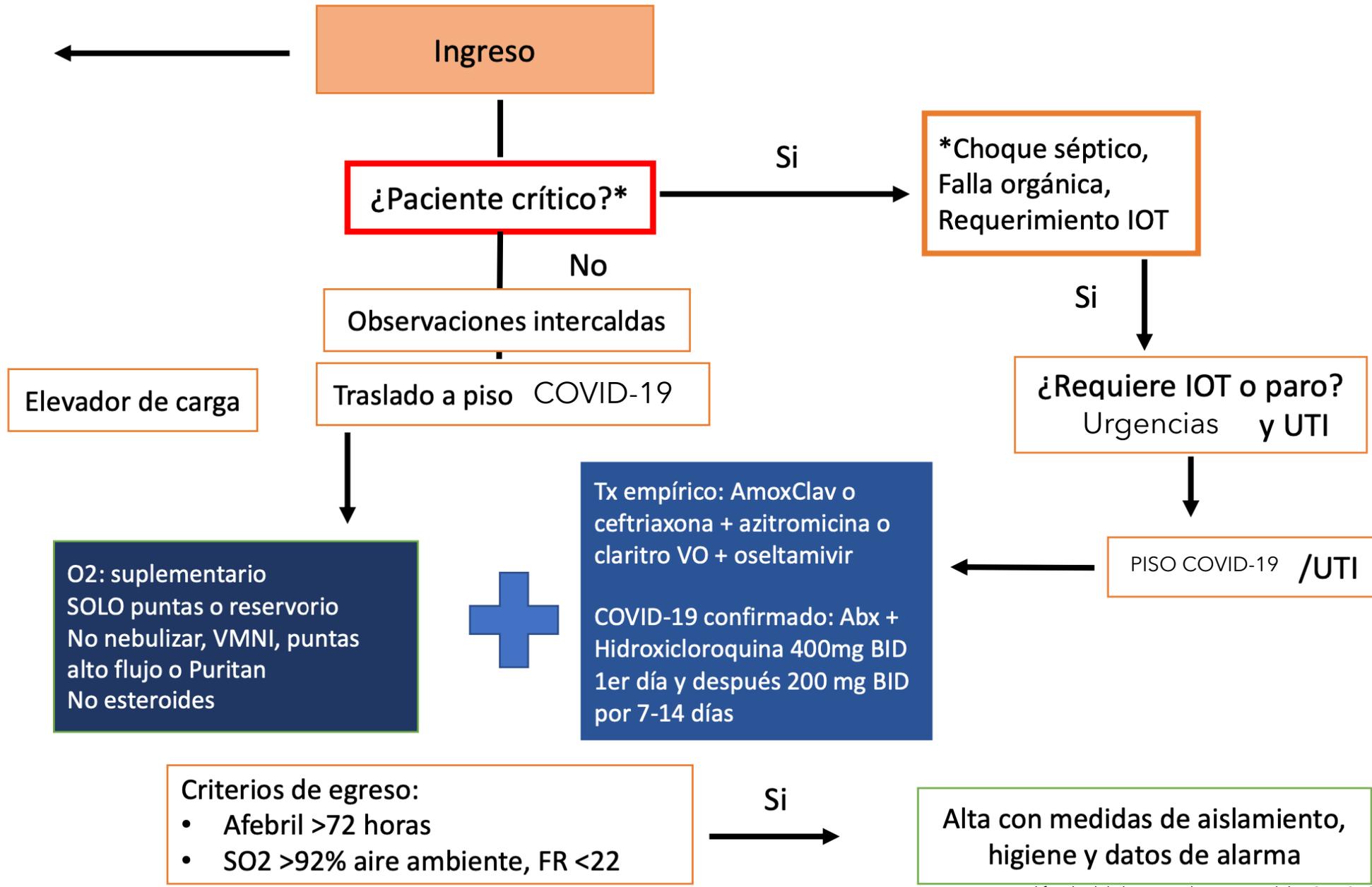
COVID-19: leucopenia, linfopenia

Si sospecha sobreinfección bacteriana: Hemocultivos, búsqueda otros patógenos respiratorios

Imagen:

- TAC tórax

COVID-19: Bilateral, periférico, despulido
vidrio



RESPUESTA DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA INTERNA

1.- Aislamiento inmediato del paciente por personal de enfermería en cubículos asignados, en el orden siguiente:

1er paciente: cubículo 1247

2° paciente: cubículo 1248

3er, 4°, 5° y 6° paciente: cubículo 1241-1246

7°, 8°, 9° y 10° paciente: cubículo 1235-1240

11°, 12°, 13° y 14° paciente: cubículo 1229-1234

15°, 16° 17° y 18° paciente: cubículo 1223-1228

19° paciente cubículo 1201

20° paciente: cubículo 1202

21° paciente: cubículo 1203

22° y 23° paciente: cubículo 1204-1206

24°, 25° y 26° paciente: cubículo 1207-1209

Paciente embarazada: cubículo de hospital de día.

RESPUESTA DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA INTERNA

2.- Colocación del equipo de protección personal (EPP) en el área destinada para colocación y retiro de EPP, deberá contar con un área limpia para colocación y un área sucia para retiro:

-Habitación posterior al control de enfermería considerando como transfer el pasillo frente a dicha central).

Se anexa lista de verificación para colocación y retiro del EPP.

Disposición del uso de Equipo de Protección Personal

- Cambio de mascarilla quirúrgica o N95 (pico de pato):
 - Cada 8 horas de uso continuo
 - Si sale del área contaminada, sufre salpicaduras o se humedece
- Cambio de N95 (concha):
 - Cada 40 horas de uso continuo
 - Si sale del área contaminada, sufre salpicaduras o se humedece
- ¿Si voy al comedor o tengo que salir de triage, urgencias o piso?
 - Tirar la mascarilla o N95 y utilizar nuevo al regresar
- Uso continuo implica NO tocarse la cara

- Cambio de bata y guantes: Después de cada visita o intervención al paciente
 - La bata se deposita en contenedor con bolsa blanca
 - Los guantes se desechan en contenedor con bolsa blanca, en caso de presencia de sangre poner en bolsa roja (RPBI)
- Goggles: Cambio en caso de empañarse o salpicaduras, siempre descontaminar al retirar con toalla de peróxido
 - Al finalizar la jornada los goggles se colocarán en bolsa transparente para enviar a CEYE



RESPUESTA DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA INTERNA

- Verificación de equipo:
- Bata desechable de manga larga
- 2 pares de guantes
- Cubrebocas N95
- Gorro desechable
- Careta o gafas de protección
- Botas desechables
- Alcohol gel.
- Se anexa al final, Check list de colocación y retiro de EPP

Equipo de protección personal:



Respirador
N95 (NIOSH)



Lentes con
protección Lateral



Bata desechable de
manga larga

Oberol tyvex



Doble par de guantes
latex



RESPUESTA DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA INTERNA

3.- Ingreso del médico al cubículo del paciente una vez colocado el EPP. El médico interroga, explora y en conjunto con enfermería se realiza la toma de muestras de sangre necesarias para la evaluación complementaria del paciente.

RESPUESTA DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA INTERNA

4.- En caso de requerir procedimientos invasivos se notifica a enfermería para brindar de forma inmediata el material necesario. (Colocación de acceso venoso central, intubación orotraqueal, colocación de acceso venoso para hemodiálisis, reanimación cardiopulmonar).

RESPUESTA DEL PERSONAL MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA INTERNA

5.- Terminada la revisión del paciente el médico se traslada a la unidad destinada para retiro de EPP, colocando la careta o gafas de protección en solución clorada y el resto del EPP se desecha en bolsa de R.P.B. I.

Condiciones generales de manejo

- Oxígeno suplementario a pacientes con enfermedad respiratoria aguda grave y dificultad respiratoria, hipoxemia o shock. Evite nebulizar.
- Utilizar el manejo conservador de líquidos en pacientes con enfermedad respiratoria aguda grave, pero sin evidencia de shock.
- Proporcionar antimicrobianos empíricos en 1 hora según el diagnóstico clínico, la epidemiología local y los datos de susceptibilidad, y las pautas regionales.
- No administre corticosteroides de forma rutinaria para la neumonía viral o el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).

Paraclínicos de toma seriada recomendada

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Electrolitos séricos
- Vigilar glucemias
- Gasometría arterial

LABORATORIOS PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO:

- Pueden repetirse cada 2 a 3 días en caso de anomalías o en caso de deterioro clínico.

Realizar en todos los casos

- EKG Vigilar intervalo QTc (Normal Hombres <440mseg y Mujeres <460mseg)
- Realizar cultivo convencional bacteriano (expectoración o Aspirado endotraqueal)
- Hemocultivos (2 sets en caso de NAC grave por Cx de ATS)
PCR para Virus respiratorios (Influenza) y PCR COVID-19

Estudios de Radiología

- Rx Tórax al ingreso (portátil), de preferencia complementar con TAC
- USG Pulmonar diariamente (Evitar traslados a Rx)
- TAC de tórax (Cuando modifique el manejo-empeoramiento clínico)

Recordar los criterios de mal pronóstico

DHL >245 U/L

Razón
Neutrofilo/Linfocito >3

Troponina I elevada

CPK (2 veces >
LSN)

Linfopenia (<800)

PCR >100 mg/l

DimD >1000ng/mL

Alb y Prot Tot bajas

Ferritina >300ug/L

Manejo SDRA moderado - severo

- Se recomienda una presión positiva al final de la espiración (PEEP) más alta que una PEEP más baja

- El bloqueo neuromuscular por infusión continua no debe usarse de forma rutinaria

- Considerar **ECMO** para pacientes con hipoxemia refractaria a pesar de la ventilación de protección pulmonar en centros con acceso y experiencia

Manejo choque séptico

- Reconocerlo. Todo paciente sospechoso o confirmado que tenga necesidad de aminas presoras para mantener TAM \geq 65 mg Hg, **Y** lactato \geq 2 mmol/L en ausencia de hipovolemia.

-
- En resucitación, administrar 30 ml/kg en las primeras 3 horas
 - **NO USE** soluciones hipotónicas, cristaloides, gelatinas o almidones.

-
- Reducir o suspender la administración de líquidos si no hay respuesta a la carga de líquidos.
 - Considerar dobutamina si persisten los signos de mala perfusión y disfunción cardíaca a pesar de alcanzar el objetivo MAP con líquidos y vasopresores

Antipirexia- Paracetamol vs Ibuprofeno

Reportes **anecdóticos** desaconsejan el uso de ibuprofeno en IVRA.



BMJ 2020;368:m1086 doi: 10.1136/bmj.m1086 (Published 17 March 2020)

Page 1 of 1



NEWS

Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists

Michael Day

Similar a IECAS/ARAI, se ha informado que el ibuprofeno sobreexpresa los receptores ECA2.

Sin embargo, actualmente no hay datos clínicos publicados que sugieran un mayor riesgo en pacientes con COVID-19.

En general, el acetaminofeno se prefiere para el tratamiento de la fiebre en pacientes con COVID-19, pero la terapia debe ser individualizada para pacientes hospitalizados, teniendo en cuenta la función renal y hepática.

Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? Lancet Respir Med. 2020

March 22, 2020; Writing Group* of the Johns Hopkins University and Johns Hopkins Hospital COVID-19 Treatment Guidance Working Group

Estrategias de tratamiento recomendado con COVID19

Enfermedad leve

Cuarentena por 2 semanas + cuidados generales incluyendo lavado de manos, uso de alcohol gel, estornudo de etiqueta, + sintomáticos

- **Oseltamivir ????**

- No se tiene registro que los coronavirus utilicen neuraminidasa en la replicación viral; por lo tanto, es poco probable que el oseltamivir tenga algún valor terapéutico.

- En una serie de 138 pacientes hospitalizados con COVID-19, aproximadamente el 90% recibió oseltamivir, sin evidencia de beneficio informada

Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020.

- **Nitasoxanida**

- Este agente ha sido probado in vitro contra MERS-CoV y se encontró que tiene actividad. No hay datos de animales o humanos de estudios en uso contra el SARS-CoV2.

Cao J, Forrest JC, Zhang X. A screen of the NIH Clinical Collection small molecule library identifies potential anti-coronavirus drugs. Antiviral Res. 2015;114:1-10.

Guía para el uso de HCQ (hidroxicloroquina) ó CQ (cloroquina) para COVID-19

Actualmente no hay datos definitivos disponibles sobre la efectividad o la efectividad comparativa de HCQ o CQ para el tratamiento de COVID-19.

No hay evidencia que respalde el uso de HCQ para la profilaxis previa o posterior a la exposición

Guía para el uso de HCQ (hidroxicloroquina) ó CQ (cloroquina) para COVID-19

- Tanto los médicos que prescriben como los pacientes deben ser conscientes de que la eficacia del medicamento para COVID-19 no está clara.
- Se prefiere el HCQ debido a una mejor tolerabilidad y menor toxicidad

Rainsford KD, Parke AL, Clifford-Rashotte M, Kean WF. Therapy and pharmacological properties of hydroxychloroquine and chloroquine in treatment of systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis and related diseases. *Inflammopharmacology*. 2015;23(5):231-269.

- Esta guía se basa en evidencia muy limitada de que el tratamiento con HCQ o CQ puede dar como resultado una reducción más rápida en la eliminación del virus y puede estar asociado con mejores resultados clínicos

Guía para el uso de HCO (hidroxicloroquina) COVID-19

Los candidatos para el tratamiento incluyen pacientes que cumplen 1 de los siguientes criterios:

- Edad ≥ 65 años
 - **Cualquiera de las siguientes condiciones médicas:**
- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes con A1c > 7.5%
- Enfermedades pulmonares crónicas, incluido el asma.
- Enfermedad renal en etapa terminal
- Enfermedad hepática avanzada
- Trastornos de la sangre (p. Ej., Enfermedad de células falciformes)
- Trastornos neurológicos o del neurodesarrollo.
- Trasplante de órgano sólido post, en terapia inmunosupresora
- Uso de agentes biológicos para la inmunosupresión anteriormente.
- En tratamiento con quimioterapia o inmunoterapias para malignidad □ Dentro de 1 año después del trasplante de médula
- En tratamiento por enfermedad de injerto contra huésped
- Infección por VIH, con recuento de células CD4 <200 copias / mm³

Guia para el uso de HCO (hidroxicloroquina) COVID-19

Los candidatos para el tratamiento incluyen pacientes que cumplen 1 de los siguientes criterios:

- **Cualquiera de los siguientes hallazgos clínicos:**
 - Saturación de oxígeno (SaO₂) <94% en aire ambiente; <90% si se conocen condiciones hipóxicas crónicas ●
 - Recibir oxígeno suplementario crónico
 - Frecuencia respiratoria > 24 respiraciones / min.
 - **Hallazgo de laboratorio:** dímero D > 1 µg / ml
- Cualquier paciente hospitalizado que, mientras esté hospitalizado, desarrolle una de las afecciones médicas o hallazgos clínicos enumerados anteriormente

Guía para el uso de HCQ (hidroxicloroquina) COVID-19

Los médicos **NO deben recetar** el tratamiento HCQ o CQ a ningún paciente que:

- No cumpla al menos 1 de los criterios anteriores para estar en alto riesgo.
- No es admitido para atención hospitalaria.
- Tiene falla multiorgánica. Esto se debe a problemas cardíacos con COVID-19 grave y HCQ o CQ.
- Tiene QTc > 500 ms al inicio del estudio ó miocarditis documentada.
- Si se inicia el tratamiento con HCQ o CQ en un paciente con QTc elevado al inicio del estudio (> 450 en hombres; > 470 en mujeres), los médicos deben obtener ECG de seguimiento diariamente durante las primeras 48 a 72 horas.
- Si QTc aumenta a > 500 ms, los médicos deben suspender el tratamiento con HCQ o CQ.

Guía para el uso de HCQ (hidroxicloroquina) COVID-19

- Los médicos **no deben retrasar** el inicio del tratamiento con HCQ o CQ para obtener el status G6PD o el examen de la retina.
- **No se recomienda** la detección de deficiencia de G6PD o retinopatía en el contexto del uso a corto plazo del tratamiento con COVID-19.
- La lesión retiniana se ha asociado con la terapia de HCQ o CQ a largo plazo; La Academia Estadounidense de Oftalmología no recomienda el cribado retiniano antes del uso a corto plazo.

Estrategias de tratamiento recomendado **en hospital** con COVID19

Enfermedad moderada y severa

Régimen recomendado ante NAC por COVID-19 cumpliendo 1 criterio de COVID-19 Treatment Guidance Working Group :

- Sulfato de hidroxiclороquina 400 mg vo cada 12 hrs el primer día, posteriormente 400 mg Vo cada 24 hrs por 5 días.

En caso de intolerancia gastrointestinal, HCQ se puede dosificar a 200 mg por vía oral cada 12 horas en los días 2 a 5.

Las tabletas de HCQ pueden triturarse para su administración a través de un sonda nasogástrica

Opcional

Remdesivir

El uso de Remdesivir está en fase de investigación y utilizado únicamente en los centros autorizados.

Lopinavir/ritonavir ??

Hasta la fecha, los únicos resultados de RCT publicados son de un estudio de lopinavir / ritonavir que no encontró evidencia de beneficio en pacientes con COVID-19.

+

Antibioticoterapia según esté indicado.



Aclaración

- La presente compilación de datos se realiza el día 22 de Marzo de 2020 y esta basada en la información disponible a esta fecha.
- Este trabajo es a título personal.
- El documento es flexible y perfeccionable, seguramente la información que se publica día a día puede hacer cambiar y ajustar las estrategias de manejo de ésta enfermedad.
- El uso de algún tratamiento antiviral no excluye los cuidados y recomendaciones ya establecidos, como es el caso del lavado de manos, aislamiento domiciliario, uso de cubrebocas en enfermos entre otro más.