

PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON COVID-19 CON NEUMONÍA SERVICIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

Todo paciente que presente clínica de infección respiratoria será inmediatamente ubicado en un box en aislamiento por gotas y se le realizará una radiografía de tórax. En función del resultado se decidirá la realización de un frotis naso y orofaríngeo para despistaje de infección por SARS-CoV-2 mediante PCR.

En el caso de valoración de ingreso hospitalario, se le solicitará:

- Preconfigurado COVID_19_Bàsic amb IL6 i DD: incluye preoperatorio, D-dímero e IL-6.
- Hemocultivos (ante sospecha de sobreinfección bacteriana).
- Valorar antigenurias de neumococo y de *Legionella* en función de clínica y epidemiología.
- Cultivo de esputo en caso de expectoración.
- Electrocardiograma.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE COVID-19 EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

En caso de resultar positiva la PCR de SARS-CoV-2, el paciente se considera diagnosticado de COVID-19.

El **tratamiento farmacológico específico** se realizará en función de la presentación y gravedad clínica:

- a) Síntomas leves, sin neumonía: tratamiento sintomático. En algunos casos concretos (paciente oncohematológico, trasplantados, infección por el VIH con recuento de linfocitos CD4 < 200, otras terapias inmunosupresoras, pacientes en que sea urgente reducir el tiempo de posibilidad de transmisión de la infección para poder someterlo a procedimientos urgentes o cirugía, pacientes en hemodiálisis, diabéticos tipo 1 con mal control metabólico, cardiopatía grave, patología pulmonar grave), se valorará la realización de tratamiento con **Hidroxiclороquina (Dolquine)*** durante 5 días (400mg/12 horas vo el primer día seguido de 200mg/12 horas el resto de días).
- b) Neumonía sin criterios de gravedad: **Lopinavir 200mg/ritonavir 50mg (Kaletra)**, 2 comprimidos cada 12 horas vo durante 7 días o hasta resolución de los síntomas (en caso de intolerancia digestiva o interacciones farmacológicas, se retirará) + **Hidroxiclороquina (Dolquine)*** durante 5 días (400mg/12 horas vo el primer día seguido de 200mg/12 horas el resto de días). Hay que tener en cuenta las posibles interacciones, especialmente de los IPs (www.covid19-druginteractions.org). El uso de Kaletra podrá ser modificado en función de la evidencia científica que vaya surgiendo (está en evaluación continua).

*En caso de pacientes en hemodiálisis o con FG<30ml/min, la dosis de Hidroxiclороquina será la siguiente: 400mg/12 horas vo el primer día seguido de 200mg/24 horas hasta completar 5 días (en caso de hemodiálisis, se administrará después de ésta).



- c) Neumonía con signos de gravedad (criterios de UCI pero que permanece en planta por motivos diversos). Se pueden valorar diversas opciones:
- a. **Tocilizumab**: valorar añadirlo al tratamiento previo en pacientes con neumonía intersticial con insuficiencia respiratoria (SAFI<300) y niveles de IL-6 >40pg/mL (o alternativamente niveles de D-dímero >1500ng/mL o en rápido aumento). Se administrará una única dosis a las siguientes dosis en función del peso del paciente:
 - i. Pacientes de >75 kg: 600 mg a diluir en 100 ml de suero fisiológico a pasar en 1 hora.
 - ii. Pacientes de <75 kg: 400 mg a diluir en 100 ml de suero fisiológico a pasar en 1 hora.
 - iii. Contraindicaciones: elevación de AST/ALT (> 5 veces el valor máximo de la normalidad), sepsis bacteriana, diverticulitis complicada o perforación intestinal, interacciones con otros fármacos (fármacos metabolizados por CYP3A4 como los fármacos antirechazo).
 - b. **Remdesivir**: valorar en pacientes con neumonía grave, siempre acompañado de hidroxiquina. La dosis es de 200mg ev el primer día seguido de 100mg/día ev hasta completar 10 días. Contraindicaciones: hipotensión.

El tratamiento antivírico es actualmente un tratamiento de uso compasivo, por lo que requiere el consentimiento informado del paciente. Siempre que sea posible, se deberá obtener un consentimiento escrito, que habitualmente será firmado por un familiar o acompañante del paciente (ya que no se puede entrar la hoja de consentimiento en el box de aislamiento). En caso de que no sea posible, se obtendrá el consentimiento verbal. Siempre debe constar en el curso clínico que se ha obtenido el consentimiento.

Por el momento el tratamiento con **glucocorticoides** no está recomendado de manera sistemática. Se puede valorar de manera individual en aquellos pacientes que tengan broncoespasmo asociado o en aquellos con SDRA con mala evolución.

Dado el estado procoagulante existente en esta enfermedad, se recomienda **heparinizar a dosis profilácticas** (Enoxaparina 40-60 mcg /día sc) a todo paciente que ingrese en el hospital. En casos en que exista un D-dímero muy elevado (> 3000 ng/ml) se debe poner una especial atención a diagnosticar posibles fenómenos trombo-embólicos.

Es importante asegurar que los pacientes ingresados siempre tengan pautado paracetamol para tratamiento de la fiebre y, si es necesario, otro antipirético de rescate, como el metamizol (es importante que conste en el Silicon para evitar sobrecargar al Médico de guardia con consultas por este motivo).

En los pacientes con neumonía se iniciará **tratamiento antibiótico** con Azitromicina a dosis de 500mg/día vo durante 3 días. En aquellos pacientes en los que haya sospecha clínica de sobreinfección bacteriana, se cubrirá de manera empírica con Ceftriaxona 1g/24 horas ev o Amoxicilina-clavulánico 1g/8 horas ev. El tratamiento antibiótico se adecuará en función de los resultados microbiológicos.



Hay que limitar el número de visitas médicas al máximo. Por tanto, si el paciente está estable clínicamente, sólo se entrará en la habitación una vez al día. Se limitarán al máximo, siempre que sea posible, el número de pruebas complementarias (análisis de sangre, pruebas radiológicas) que se realicen al paciente.

En pacientes que presenten alargamiento del QT en el ECG inicial (realizado en urgencias), no se iniciará tratamiento con Azitromicina ni Lopinavir/ritonavir por el riesgo de empeoramiento de las alteraciones.

En pacientes que no tengan criterio de UCI pero que tengan mayores requerimientos de oxígeno (Monaghan, Optiflow, nebulizaciones), con alto riesgo de aerosolización, se entrará con mascarilla FFP2 y gafas de protección ocular.

ACTUACIÓN EN PACIENTES CON ALTA SOSPECHA CLÍNICA DE COVID-19 SIN CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA

Actualmente se están identificando un número creciente de pacientes con alta sospecha clínica y radiológica de COVID-19 pero sin confirmación microbiológica de infección por SARS-CoV-2. En estos casos, prima la clínica, y el paciente debe recibir el tratamiento estándar de infección por COVID-19. Sin embargo, se recomienda realizar una segunda determinación de PCR para detección de SARS-CoV-2 y descartar otras posibles etiologías alternativas mediante pruebas microbiológicas adicionales (cultivo de esputo, hemocultivos, antigenuria de neumococo y *Legionella* y detección de otros virus respiratorios). Si el paciente requiere ingreso se realizará en una planta COVID-19, preferiblemente en una habitación individual, pero si no fuera posible, en una habitación convencional sin necesidad de aislamiento individual.

ACTUACIÓN EN PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS/URGENCIAS DE OTROS SERVICIOS

Si se detectan casos sospechosos de infección por SARS-CoV-2 en CCEE o en urgencias de otras especialidades que no sean de Medicina (área de especialidades, Traumatología, Maternal), éstos deberán ser remitidos a Urgencias de Medicina, previo contacto con los médicos de Medicina que estén de guardia (extensiones 6514/6510).

ACTUACIÓN EN PACIENTES YA HOSPITALIZADOS EN OTROS SERVICIOS

Insistir en la restricción de las visitas a todos los pacientes ingresados en cualquier servicio del hospital mientras dure la alerta epidemiológica por coronavirus. En particular debe indicarse la prohibición expresa de que cualquier persona afecta de clínica compatible con cuadro catarral o infección respiratoria acuda como visita a la plantas de hospitalización o consultas del centro.

En pacientes ya hospitalizados en otros servicios con sospecha de infección por SARS-CoV-2, el equipo médico que lo sospeche contactará con el referente no-COVID (Dra Isabel Ruiz) a través del móvil 667090668. El referente no-COVID derivará la consulta al interconsultor de Infecciosas que le toque según sea el Servicio del hospital implicado. Si la consulta ocurre fuera del horario laboral, el equipo médico que tenga la sospecha contactará con el Infectólogo de guardia.

Ante una sospecha en paciente hospitalizado en otro servicio se realizarán las siguientes actuaciones:



1. Tranquilizar al personal sanitario a cargo del paciente y a sus familiares explicando los motivos por lo que se procederá a activar el protocolo.
2. En el caso de que haya que visitar al paciente, hacerlo con el EPI adecuado.
3. Colocar mascarilla quirúrgica al paciente sin mover al paciente de su habitación.
4. Limitar la entrada de personal sanitario y acompañantes hasta conocer el resultado de la prueba.
5. Revisar el tratamiento del paciente y suspender los tratamientos nebulizados y oxigenoterapia de alto flujo hasta disponer del resultado.
6. Hacer la petición vía SAP de despistaje de SARS-CoV-2 mediante exudado naso y oro faríngeo.
7. Explicar al personal de enfermería como cursar de forma adecuada la muestra (doble bolsa / contenedor específico/ muestra transportada por el celadora a microbiología).
8. Comunicar la activación del protocolo a supervisión de enfermería del área donde este ingresado el paciente /al facultativo de guardia de la especialidad donde este ingresado el paciente si lo hay y al facultativo de guardia de infecciosas, que es a quien microbiología informará del resultado de la prueba.
9. Cuando se disponga del resultado el facultativo de infecciosas procederá a informar del mismo a las personas implicadas hasta este momento.
 - a. En caso de negatividad se desactivará el protocolo.
 - b. En caso de positividad:
 - i. El caso deberá ser trasladado a una cama hospitalaria de zona COVID
 - ii. El contacto, mientras siga ingresado, deberá cumplir aislamiento preventivo durante 14 días.
 1. Si desarrollase síntomas sugestivos de COVID-19 se le practicará el despistaje correspondiente.
 2. En el momento del alta se contactará con Prealt.
 - iii. Riesgos Laborales se encargará de evaluar al personal sanitario que ha estado en contacto con el paciente.

CONTROL MICROBIOLÓGICO (PCR DE SARS-CoV-2 DE CONTROL)

En cuanto al control microbiológico, NO se realizará frotis naso y orofaríngeo para detección de SARS-CoV-2 por PCR de control. Únicamente se valorará en aquellos pacientes que se vayan a derivar a residencia o centro socio-sanitario en los que no se pueda realizar aislamiento y necesitemos saber si la PCR es negativa. También se valorará en aquellos pacientes cuyo problema de salud principal sea otro diferente al COVID-19 (paciente quirúrgico, etc) y necesitemos saber si el paciente puede ser desaislado y trasladado al servicio correspondiente. En estos casos, la PCR de control siempre se deberá realizar a partir del día 7 después de iniciar tratamiento

INSTRUCCIONES AL ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

Todas las altas a domicilio deben gestionarse con interconsulta a enfermería de enlace (Pre-alt). El regreso del paciente a domicilio se realizará de la siguiente manera:



1. Si el paciente regresa en transporte propio utilizará mascarilla tanto el paciente como los acompañantes.
2. Si el paciente reside cerca del centro hospitalario podrá regresar a pie a su domicilio protegido con mascarilla.
3. Si el paciente no dispone de transporte propio y no puede regresar a pie, se optará siempre por una alternativa que le permita regresar sin aumentar el riesgo de transmisión, con mascarilla y a una distancia social establecida superior a 2 metros.
4. Si no se puede asegurar ninguna de las tres primeras opciones, se solicitará una ambulancia convencional.

El paciente deberá mantener aislamiento domiciliario durante 14 días desde el momento del alta hospitalaria siempre que se haya resuelto totalmente la clínica o hasta disponer de una PCR negativa (en el caso específico en que se haya realizado por algún motivo extraordinario).