



## FLUJOGRAMA DE MANEJO COVID-19 ASINTOMÁTICOS, SINTOMÁTICOS LEVES y MODERADOS

En ningún caso posponer el inicio del manejo clínico en espera de resultado PCR del SARS COV-2

### NO HIPOXIA NI INFILTRADOS

#### Paciente asintomático

RT-PCR positivo, sin signos ni síntomas

#### Paciente sintomático leve

Con dos o más signos y síntomas: Tos, Congestión nasal, Fiebre ( $\geq 37,5^\circ\text{C}$ ) Dolor de garganta, Anosmia/disgeusia y que no presenta signos de neumonía viral ni de hipoxia.

*Sin o con condiciones de vulnerabilidad.<sup>1</sup>*



1. Manejo ambulatorio.
2. Recomendaciones de aislamiento domiciliario.  
<https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/b7ced>
3. Promover actividad física. Respiración profunda. Hidratación y nutrición adecuadas.
4. Si es posible uso de oxímetro de pulso portátil.
5. Informar sobre signos de alarma y dónde acudir<sup>2</sup>.
6. Ante fiebre, Paracetamol 500 mg cada 6 a 8 horas.
7. Si hay condiciones de vulnerabilidad, controlar patología de base.
8. Evite corticoides si no están hipóxicos y no tienen infiltrados.
9. Evite antibióticos profilácticos (Azitromicina).
10. Seguimiento por la Unidad de Salud de la Familia o médico tratante.

### <sup>1</sup> Condiciones de vulnerabilidad para Covid-19

Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedad cardiovascular Edad  $\geq$  a 65 años, Asma, EPOC, Cáncer, Enfermedad reumatológica, Fibrosis quística moderada a severa, Embarazo, Hemoglobinopatías (Talasemia), Hipertiroidismo o Hipotiroidismo descompensado, Insuficiencia Hepática, Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Obesidad, Otras enfermedades crónicas en tratamiento con inmunosupresores o terapia biológica o quimioterapia (incluye trasplantes), Síndrome de Cushing o Enfermedad de Addison, Tabaquismo, Tuberculosis, VIH/sida.

### <sup>2</sup> Signos de alarma en personas adolescentes y adultas (consultar de inmediato)

- Dificultad respiratoria- disnea.
- Dolor u opresión persistente en el pecho.
- Coloración azulada en labios o rostro- cianosis.
- Confusión- incapacidad de despertarse o permanecer despierto.
- FR  $>24$  x minuto.
- SpO<sub>2</sub>  $\leq 94$  % en aire ambiental.

### HIPOXIA e INFILTRADOS

#### Paciente sintomático moderado

Persona adolescente o adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea), incluida una SpO<sub>2</sub> = o  $< 94\%$  respirando aire ambiental, pero sin criterios de enfermedad grave.

*Sin o con condiciones de vulnerabilidad.<sup>1</sup>*



### INTERNACIÓN - Oxígeno - Decúbito prono - Anticoagulación- Corticoides.

1. Si SpO<sub>2</sub> es menor a 92 % en aire ambiente iniciar oxigenoterapia con el objetivo una SpO<sub>2</sub> 92-96 % . El dispositivo depende de la respuesta del paciente<sup>3</sup>
2. Decúbito prono si los objetivos de oxigenoterapia no se alcanzan y según colaboración y tolerancia del paciente
3. Rx de tórax al ingreso. TAC de Tórax sólo en casos especiales.<sup>4</sup>
4. Laboratorio al ingreso: Hemograma con fórmula diferencial (especialmente recuento total de linfocitos), glicemia, urea, creatinina, PCR, crisis sanguínea.
5. Mantener balance neutro o negativo. Evitar sobrecarga de fluidos.
6. Paracetamol 500 mg cada 6 a 8 horas ante fiebre o dolor.
7. **Dexametasona**<sup>5</sup> EV/VO 6mg.cada 24 hs. por 10 días, **solo si SpO<sub>2</sub>  $<94$  %** .
8. Enoxaparina HBPM 40 mg. S/C cada 24 hs. por 10-14 d, si no tiene contraindicaciones o heparina sódica 5000 UI c/8h (2da línea).<sup>6</sup>
9. Si presenta clínica de Infarto Agudo de Miocardio activar Código Infarto y considerar trombolíticos como el **Retepase**.
10. Estabilización de la enfermedades crónica de base (diabetes, hipertensión, insuficiencia renal crónica: ajustar dosis ). En pacientes con diabetes lograr objetivos glucémicos con insulina basal (NPH; glargina) e insulina prandial (cristalina, aspart, lispro) según glucometría.

### <sup>3</sup> Dispositivos para administrar Oxígeno

Cánula nasal hasta 6 l/min (provee hasta FiO<sub>2</sub> 40 %), Mascarilla simple 6-10 l/min (FiO<sub>2</sub> 60%), Mascarilla con reservorio 10-15 l/min (Fi O<sub>2</sub> 80-100 %), o Mascarilla Venturi (hasta 12 l/min (Fi O<sub>2</sub> 50 %), Cánula de alto flujo hasta 60 l/min (Fi O<sub>2</sub> 100%).

### <sup>5</sup>Otros Corticoides si Dexametasona no disponible

- Prednisona 40 mg. vo día por 10 días.
- Metilprednisolona 30 mg IV cada 24 hs. por 5-10 días o
- Hidrocortisona 50 mg cada 8hs por 10 días.

**Precaución:** Diabetes, HTA persistente, epilepsia, glaucoma, sangrado gastrointestinal, infección fúngica invasiva.

### <sup>6</sup> Anticoagulación

En pacientes sin contraindicación: plaquetas  $> 25.000$ , clearance de creatinina  $> 30\text{mg/dl}$  y ausencia de sangrado activo y con diagnóstico de trombosis venosa profunda, tromboembolismo o anticoagulación VO previa : Enoxaparina 1mg/kg cada 12h.

*El uso de dímero D para guiar terapia anticoagulante está en fase de estudio en este momento.*

### <sup>4</sup> TAC de tórax no solicitar de rutina, sólo en:

- Caso de discrepancia clínica/análítica/radiológica: pacientes graves con alta sospecha clínica o analítica, Rx. de tórax normal y dificultad para obtener PCR o con PCR negativa, o no concluyente.
- Pacientes graves con sospecha clínica, para toma de decisión en cuanto a su ubicación hospitalaria en UCI convencional o UCI de aislamiento (infectados por COVID-19).
- Pacientes con otra patología crítica, con sospecha o duda diagnóstica de ser COVID-19 positivos, que requieren tomar una decisión terapéutica inmediata y por tanto un diagnóstico rápido (cirugía, técnicas intervencionista, etc.) o sospecha de complicaciones en el curso evolutivo de la enfermedad.

### IMPORTANTE

- No se recomienda la prescripción de AINES, ni hidroxiquina, ni lopinavir/ritonavir (excepto como tratamiento compasivo), ni azitromicina, ni ivermectina (efectividad demostrada in vitro) para el tratamiento de la COVID-19.
- Evitar nebulizaciones. Si se requiere medicación inhalada se utilizará aerocámara.
- No suspender rutinariamente el tratamiento antihipertensivo con IECA y ARA-II.
- Continuar con estatinas si el paciente estaba recibiendo, discontinuar si- CPK  $> 500$  o GPT  $> 3$  veces el valor normal.
- Ante la sospecha clínica de Influenza, oseltamivir (75 mg c/ 12 H por 5 días). Suspender si por laboratorio se descarta..
- No administrar antibióticos a menos que se sospeche infección bacteriana.
- El plasma convaleciente hiperinmune, indicado en el contexto de un ensayo clínico, los beneficios se evidencian cuando administrado dentro de los primeros 7 a 10 días de la infección.

<sup>5</sup>El estudio RECOVERY demostró reducción de mortalidad de pacientes con COVID 19 en pacientes hipóxicos que requieren oxigenoterapia o ventilación mecánica cuando recibieron dexametasona 6 mg. cada 24 horas por 10 días.



## CASOS COVID-19 SINTOMÁTICOS GRAVES

**Enfermedad Grave (presencia de insuficiencia respiratoria o shock o sepsis o shock séptico)**



### Criterios para internación en una Unidad de Cuidados Intensivos

#### Criterios mayores

- Necesidad de ventilación mecánica asistida.
- Shock.

#### Criterios menores

- Fiebre >40°C.
- Alteración del sensorio, FR >22 x minuto, PAS <100 mmHg. (qSOFA).
- SpO2 <90 % con oxigenoterapia O2 >6 LPM
- PaO2/FiO2 <250.
- Lactato arterial >2 mmol/l.
- Urea >40 mg/dl.
- Leucopenia <4.000/ mm<sup>3</sup>.
- Plaquetas <100.000/ mm<sup>3</sup>.

Sugerencia de ingreso a cuidados intensivos: paciente con 1 criterio mayor. Si presenta 3 o más criterios menores interconsulta con el servicio de terapia intensiva.

(Consenso Sociedad Paraguaya de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos).

Este documento fue finalizado en agosto de 2020 por expertos técnicos de las siguientes dependencias del MSPyBS, en base a la última evidencia disponible: DGVS, Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles; DGDSyRS, Dirección de Coordinación de Regiones; Asesoría médica de Gabinete y estará en permanente revisión.

#### BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
2. CDC Website: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
3. FDA Website <https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-issues/coronavirus-disease-2019-covid-19>
4. Tim Smith and Tony Prosser. COVID-19 Drug Therapy – Potential Options. Elsevier ©, 2020 [https://www.elsevier.com/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/988648/COVID-19-Drug-Therapy\\_Mar-2020.pdf](https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0007/988648/COVID-19-Drug-Therapy_Mar-2020.pdf)
5. Vademecum per la curad elle persone con mattia da COVI-19. Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali. Sezione Regione Lombardia. Edizione 2.0, 13 marzo 2020.
6. Massachusetts General Hospital. COVID-19 Treatment Guidance. Version 6.0 24/06/2020.
7. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia. 2020 Feb 20;43(0):E019. <https://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/32075365>
8. Fei Zhou, Ting Yu, Ronghui Du et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet, 2020 DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
9. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020; (published online Feb 28.) DOI:[10.1056/NEJMoa2002032](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032)
10. Chen N, Zhou M, Dong X et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020; 395: 507-513
11. Penn Medicine Treatment Guidelines for SARS-CoV-2 (COVID-19). Treatment of adult patients with laboratory-confirmed SARS-CoV (COVID-19) infection.
12. UW Medicine Interim Treatment Guidelines for SARS-CoV-2 Infection/COVID-19. UW Medicine ID Division. 3/19/2020, V 2.0
13. ACR recommendations for the use of chest radiography and computed tomography (CT) for suspected COVID-19 infection. American College of Radiology. March 11, 2020 <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>
14. Hope M, Raptis C, Shah A et al. A role for CT in COVID-19? What data really tell us so far. 2020; 395:1189-1190. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30728-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30728-5/fulltext)
15. L. Caly, J.D. Druce, M.G. Catton, D.A. Jans, K.M. Wagstaff, The FDA-approved Drug Ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro., Antiviral Res. (2020) 104787. <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2020.104787>
16. Sanders J, Monogue M, Jodlowski T et al. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. JAMA. doi:10.1001/jama.2020.6019 Published online April 13, 2020.
17. Ferretti, Luca; Chris Wymant; Michelle Kendall; Lele Zhao; Anel Nurtay; Lucie Abeler-Dörner; Michael Parker; David Bonsall and Christophe Fraser. 2020. "Quantifying SARS-CoV-2 Transmission Suggests Epidemic Control with Digital Contact Tracing." Science, forthcoming.
18. Zhen-Dong Guo<sup>1</sup>, Zhong-Yi Wang<sup>1</sup>, Shou-Feng Zhang. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020 Apr 10;26(7). doi: 10.3201/eid2607.200885. <http://serau.org/wp-content/uploads/2020/03/Indicaciones-de-pruebas-de-imagen-urgentes-en-COVID-19.pdf>
19. Horby P. Et al; Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19 – Preliminary Report; RECOVERY Collaborative Group.
20. Prevention, Diagnosis, and Treatment of VTE in Patients With Coronavirus Disease 2019. CHEST Guideline and Expert Panel Report. Lisa K. Moores, MD, FCCP. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.559>
21. Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis. BMJ 2020;370:m2980. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2980> (Published 30 July 2020).