

**PROTOCOLO COVID HOSPITAL IFEMA**  
**24 de Marzo de 2021**

**1.- Triage inicial**

**a) Pacientes de UCI (Grupo 1)**

- Saturación de O<sub>2</sub> < 92-93% con mascarilla-reservorio.
- Frecuencia respiratoria > 28 rpm.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Alteración del nivel de conciencia sin otra explicación.

**b) Pacientes hospitalizados**

**b1.- Con criterios de mal pronóstico (Grupo 2)**

**b2.- Sin criterios de mal pronóstico a corto plazo (Grupo 3)**

- Infiltrados intersticiales bilaterales
- Insuficiencia respiratoria a la llegada a Urgencias
- D-dimero > 1500 ng/mL
- Linfopenia < 1200/ $\mu$ L
- Comorbilidad cardiopulmonar

**c) Pacientes con limitación para el tratamiento experimental (Grupo 4).**

- Pacientes con enfermedad de órgano terminal (insuficiencia cardíaca crónica avanzada, enfermedad obstructiva crónica grave, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica grave).
- Paciente con escala clínica de fragilidad (CFS) GDS  $\geq$  6
- Pacientes con demencia grave
- Pacientes con cáncer en fase terminal.
- Paciente con cualquier enfermedad y una expectativa de vida inferior a un año.

**Escala clínica de fragilidad (CFS)**



**1. En muy buena forma:** personas que están fuertes, activas, vigorosas y motivadas, suelen practicar ejercicio con regularidad.



**2. En forma:** Personas sin síntomas de enfermedad activa, pero que están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen ejercitarse o estar muy activas "por temporadas".



**3. En buen estado:** Personas que tienen bien controlados sus problemas médicos, pero que no hacen actividad física regular excepto paseos regulares.



**4. Vulnerables:** Aunque no dependen de otros para la vida diaria, a menudo sus síntomas limitan sus actividades, están "lentos" o "cansados" durante el día.



**5. Levemente frágiles:** Tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda para algunas actividades instrumentales (economía, transporte, labores domésticas, medicación).



**6. Moderadamente frágiles:** Personas que necesitan ayuda para todas las actividades en el exterior y para realizar las tareas domésticas. En domicilio suelen tener problemas con las escaleras, con el baño, y pueden necesitar ayuda para vestirse.



**7. Con fragilidad grave:** Dependen totalmente para el cuidado personal, aunque parecen estables y sin riesgo de muerte (en 6 meses).



**8. Con fragilidad muy grave:** Totalmente dependientes, cerca del final de vida, no se recuperan de afecciones menores.



**9. Enfermo terminal:** Se aproximan al final de vida. Personas con esperanza de vida < 6 meses y sin otros signos de fragilidad.

**Evaluación de la demencia**

**Demencia leve:** olvidar los detalles de un acontecimiento reciente aun recordando el evento en sí, repetición de una pregunta o relato y aislamiento social.

**Demencia moderada:** la memoria reciente está muy afectada, recuerdan bien los acontecimientos de su pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos.

**Demencia grave:** no son posibles los cuidados personales sin ayuda.

## 2.- Manejo de pacientes a su llegada

### a) Información a recoger en el triaje

- Nombre
- Hospital de procedencia
- Fecha de nacimiento
- Hospital de procedencia
- Descripción de la neumonía
- PCR Covid (resultado)
- Ctes a la llegada a urgencias: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardiaca, nivel de consciencia, presión arterial.
- Ctes a la llegada al centro: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardiaca, nivel de consciencia, presión arterial.
- Días desde el inicio de los síntomas
- Comorbilidad significativa
- Analítica en Urgencias: leucocitos, linfocitos, PCR, d-dimero, PCT (si disponible), lactato, creatinina, LDH.
- Escala clínica de fragilidad (CFS).
- Clasificación triaje local: grupo 1, 2, 3 ó 4.
- En pacientes del grupo 1 o 2 realizar ECG para medir el intervalo QT.

## 3.- Manejo terapéutico

### a) Manejo terapéutico general

- Deben evitarse medicamentos nebulizados ya que aumentan el riesgo de transmisión aérea. Se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. Si esto no fuera suficiente se puede plantear la administración de salbutamol subcutáneo o intravenoso. En cualquier caso, limitar el uso de broncodilatadores a pacientes con broncoespasmo.
- El antipirético de elección es paracetamol. No hay recomendaciones específicas para la retirada de IECAS o ARA II o prohibir ibuprofeno.
- En el caso de shock séptico deberá administrarse antibioterapia de manera precoz. Si el paciente presenta criterios de gravedad se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.
- En caso de que se considere necesario añadir antibióticos se propone ceftriaxona al permitir la prescripción una vez al día. En alérgicos a betalactámicos considerar levofloxacino.
- Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.
- Resulta muy importante valorar en el diagnóstico diferencial otras posibles etiologías frecuentes que justifiquen el cuadro clínico del paciente. En este sentido, deberá valorarse el inicio del tratamiento para la gripe estacional o para una infección

respiratoria de origen bacteriano en función de la sospecha clínica o la gravedad del paciente.

- Si es preciso, podrá realizarse una ecografía a pie de cama para valorar la situación del paciente avisando al médico consultor y al médico de emergencias.
- Por último, deberá tenerse en cuenta la comorbilidad del paciente a fin de evaluar si es preciso su tratamiento durante la estancia en Urgencias y conciliar la medicación.
- En caso de inestabilidad clínica avisar al médico consultor y al médico de emergencias.
- Debe obtenerse consentimiento informado, al menos oral, por parte del paciente para la administración del tratamiento antiviral.

#### b) Recomendaciones de tratamiento para COVID-19 en función del cuadro clínico.

<p><b>Infección leve en &lt; 60 años sin comorbilidad y sin neumonía</b></p>	<p>No precisa tratamiento específico</p>	
<p><b>Infección respiratoria con criterios de ingreso, sin neumonía, pero en ≥ 60 años o comorbilidad significativa</b></p>	<p><b>Hidroxicloroquina</b> (comp. 200mg) 400 mg/12 horas el primer día y después 200 mg/12h</p>	<p>7 días</p>
<p><b>Neumonía sin criterios de gravedad (CURB-65 &lt; 2)</b></p>	<p><b>1. Hidroxicloroquina</b> (comp 200mg) 400 mg/12 horas el primer día y después 200 mg/12h <b>MÁS</b> <b>2. Lopinavir 200mg/ritonavir</b> 100mg, 2 comp /12h</p>	<p>7-10 días</p>
<p><b>Neumonía con criterios de gravedad y deterioro respiratorio progresivo o brusco</b></p>	<p><b>1) Hidroxicloroquina</b> (comp 200mg) 400 mg/12 horas el primer día y después 200 mg/12h <b>MÁS</b> <b>2) Lopinavir 200mg/ritonavir</b> 100mg, 2 comp /12h <b>MÁS</b> <b>3) Valorar Dexametasona</b> 40mg de carga + 20mg/24h durante 5 días seguido de 10mg cada 24h durante 5 días</p>	<p>10-14 días</p>

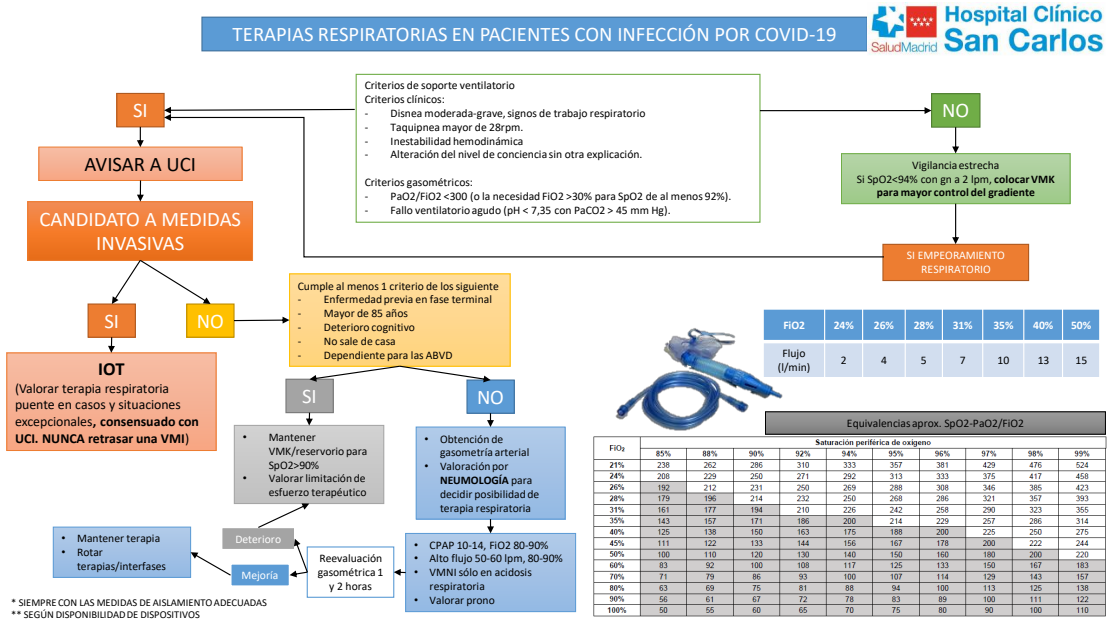
De cara a evitar posibles interacciones, se recomienda consultar la herramienta disponible en: <http://www.covid19-druginteractions.org/>

#### c) Manejo de la insuficiencia respiratoria fuera de la UCI

En pacientes con insuficiencia respiratoria deberá iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente.

- El oxígeno debe administrarse preferiblemente en gafas nasales. Si presenta Sat O2 < 94% con GN a 2lpm colocad VM y registrad la Sat O2 por pulsioxímetro y la FiO2 administrada (ver tabla de algoritmo). Si es preciso aumentar el flujo, utilizar Ventimask u oxígeno en reservorio hasta 15lpm.
- Existe una fuerte evidencia que el uso de VMNI en el tratamiento de la neumonía por COVID19 se asocia a un pronóstico peor. La OMS recomienda en la medida de lo

posible, evitar VMNI y utilizar ventilación precoz. En casos seleccionados, se propone el siguiente algoritmo:



De manera excepcional y en condiciones de seguridad para el personal sanitario y valorando exquisitamente riesgo/beneficio, se pueden intentar maniobras de Prono en pacientes no intubados fuera de la UCI, se propone el siguiente esquema:



#### **5.- Protocolo de pase de visita**

- Organizar la información a familiares por vía telefónica
- Toma de constantes por turnos: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardíaca, nivel de consciencia, presión arterial.
- Evaluación médica clínica
- Analítica al menos cada 48 horas con: hemograma, coagulación con d-dimero y bioquímica básica con proteína C reactiva, PCT, LDH, transaminasas y gasometría arterial (si Sat.O2 <92%)
- Radiografía de tórax según criterio clínico.
- Revisión de tratamientos

#### **6.- Criterios de valoración de alta hospitalaria.**

- Afebril durante 24 horas sin antitérmicos.
- Ausencia de insuficiencia respiratoria: frecuencia respiratoria en reposo <20 rpm y no desatura al pasear por la habitación
- Buen control de las comorbilidades
- El paciente deberá continuar en aislamiento hasta completar 14 días desde el inicio de los síntomas por lo que habrá que valorar la ubicación al alta (hotel, domicilio).