



**Universidad
de Valparaíso**
CHILE



**GUÍA PARA TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON INFECCIÓN DEMOSTRADA
POR CORONAVIRUS**

**Centro de Diagnóstico e Investigación
de Enfermedades Infecciosas**
Universidad de Valparaíso



La actual pandemia de Covid-19 por el nuevo coronavirus SARS CoV-2 ha puesto a prueba a la mayoría de los sistemas sanitarios del mundo, provocando en algunos efectos realmente devastadores.

La búsqueda de un tratamiento efectivo para esta infección ha llevado a utilizar medicamentos con niveles de evidencia pobres, como hidroxiclороquina, azitromicina o lopinavir/ritonavir, entre otras drogas.

Si bien, durante una pandemia como la actual, existe la posibilidad de utilizar terapias no aprobadas o sin apoyo en ensayos bien controlados, estos medicamentos pueden tener efectos adversos frecuentes y algunos de ellos graves, repercutiendo eventualmente en la morbimortalidad de los pacientes tratados.

1 RECOMENDACIONES

A. Infección leve a moderada (sin requerimiento de apoyo ventilatorio en unidad crítica):

- Manejo sintomático y de sostén. No se recomienda inicio de antibióticos o hidroxiclороquina.
- Si existe sospecha de sobreinfección bacteriana o por influenza se debe solicitar PCR para influenza (hisopado nasofaríngeo) y antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae*/Legionella. También serología para VIH. En caso de fiebre y/o calofríos tomar 2 hemocultivos.





B. Infección grave (con requerimiento de apoyo ventilatorio en unidad crítica):

- Se debe solicitar antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella*, además de PCR para influenza (hisopado nasofaríngeo) si existe sospecha. También serología para VIH y 2 hemocultivos. En espera de los resultados se puede iniciar ceftriaxona 1 gr cada 12 horas EV más levofloxacino o azitromicina (manejo de neumonía grave).
- Una vez descartada la infección bacteriana se recomienda suspender los antibióticos. Inicialmente no se recomienda el uso de fármacos sin demostración de eficacia para infección por coronavirus. Sin embargo, si el médico tratante lo considera necesario (riesgo/beneficio) podría iniciar hidroxiclороquina 400 mg cada 12 hrs VO el primer día y luego 200 mg cada 12 horas por 5 a 7 días. Se recomienda solicitar consentimiento informado al paciente o familiar para el uso de hidroxiclороquina donde se expliquen los riesgos. Esto se debe a la falta de evidencia sólida que apoye el uso de hidroxiclороquina, azitromicina o lopinavir/ritonavir.
- Previo a la administración de hidroxiclороquina se debe solicitar EKG y luego diariamente. Además, se debe corregir la hipocalcemia e hipomagnesemia si están presentes y evitar medicamentos que puedan prolongar el QT. Evaluar con Score de Tisdale.

Score de Tisdale	
Factor de riesgo	Puntaje
Edad \geq de 68 años	1
Sexo femenino	1
Diurético de asa	1
K ⁺ \leq de 3,5 mEq/L	2
QT \geq de 450 ms	2
Infarto agudo al miocardio	2
\geq 2 drogas que prolonguen QT	3
Sepsis	3
Fallo cardiaco	3
Una droga prolongadora del QT	3
Puntaje total	21

BAJORIESGO:

\leq a 6 puntos. Se puede administrar hidroxiclороquina.

MODERADO RIESGO:

7-10 puntos. Evaluar riesgo beneficio del uso de hidroxiclороquina.

ALTO RIESGO:

\geq 11 puntos. Contraindicado uso de hidroxiclороquina. Corticoides: Su uso no está recomendado de rutina. Considerar en síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y/o en manejo de shock séptico severo.

Otros fármacos: Tocilizumab, Inmunoglobulina EV, Interferón y algunos antivirales como Remdesivir aún no tienen estudios que hagan pensar en usarlos en nuestros pacientes.

Tromboprofilaxis:

- En pacientes con un peso \leq 80 kg indicar enoxaparina 40 mg sbc al día o dalteparina 5000 UI sbc día.
- Si pesa entre 80 -100 kg indicar enoxaparina 60 mg sbc al día o dalteparina 5000 UI sbc día y si pesa más de 100 kg indicar enoxaparina 40 mg sbc cada 12 hrs o dalteparina 7500 UI sbc día.

En caso de que exista función renal disminuida ajustar:

- VFG mayor a 30 ml/min/m²: enoxaparina 40 mg sbc al día o dalteparina 5000 UI sbc día.
- VFG 20-30 ml/min/m²: dalteparina 5000 u sbc día.
- VFG menor a 20 ml/min/m²: HNF 5000 UI cada 8 hrs.



2 EXÁMENES GENERALES A SOLICITAR

Al ingreso:

Hemograma y pruebas de coagulación, función hepática y renal, ELP, dímero D, ferritina, LDH, PCR. Según gravedad GSA. Hemocultivos (2) en caso de fiebre y/o calofríos, PCR por hisopado nasofaríngeo para influenza y antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella* si existe sospecha de sobreinfección.



Exámenes diarios:

Dependerá de la gravedad y de la alteración de los parámetros del ingreso.

¿Cuándo repetir PCR para SARS CoV-2?

Cuando la primera PCR fue negativa y existe una alta sospecha clínica de infección por este virus.

Imágenes: inicialmente realizar radiografía de tórax. Priorizar TAC de tórax en pacientes con criterios de hospitalización o sintomáticos con factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen T, Wu D, Chen H, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ* 2020.
 2. Liu J, Liu Y, Xiang P, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts severe illness patients with 2019 novel coronavirus in the early stage. *MedRxiv*. 2020.
 3. Chen Z, Hu J, Zhang Z, et al. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. *MedRxiv*. 2020.
 4. Simpson T, Salazar J, Vittinghoff E, et al. Asociación de medicamentos que prolongan QT con riesgo de autopsia causas de muerte súbita. *JAMA Int Med*. 2020; 180 (5): 1-9.
 5. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, et al. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). A Review. *JAMA*. 2020.
 6. Recomendaciones de Estudio y Manejo Farmacológico en Pacientes Adultos con Sospecha de Infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). SOCHINF, SOCHIMI, SER. Chile. 2020.
-



**GUÍA PARA TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON INFECCIÓN DEMOSTRADA
POR CORONAVIRUS**

**Centro de Diagnóstico e Investigación
de Enfermedades Infecciosas**
Universidad de Valparaíso

6 ABRIL 2020