

GUÍA RÁPIDA DE MANEJO DE PACIENTES CON COVID-19

Manejo Ambulatorio: Etapa I (1er. Nivel de Atención)

Al no existir evidencia científica, ni tratamiento específico para la COVID-19 se propone el siguiente esquema en base a sus acciones conocidas y que pudieran ser efectivos en un proceso infeccioso. Es un tratamiento “compasivo” y sintomático ante la falta de un tratamiento específico. El tratamiento puede ser iniciado dentro del 1er a 5to día de signo-sintomatología:

Clasificación Fisiopatológica	Situación clínica		Lugar de atención	Tratamiento específico	
ETAPA I (80%)	INFECCIÓN VIRAL TEMPRANA	Pacientes asintomáticos o con enfermedad leve sin evidencia clínica de neumonía ni factores de riesgo	Ambulatorio	• TRATAMIENTO SINTOMÁTICO (a continuación)	
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO					
Propósito	Droga	Dosificación		Presentación/Cantidad	Precauciones
		Pediátrica	Adultos		
Antitérmicos (no combinar)	Paracetamol	- 10-15 mg/kg/dosis c/4 – 6 h VO x 3 días	- 500 mg c/6 h VO por 3 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 100mg y 500mg (12 comp.) • Suspensión 120mg/5ml (1 envase) • Gotas 100/1ml (1ml =20 gotas) (1 envase) 	✓ No usar en hepatitis
	Ibuprofeno	- 5-10 mg/kg/dosis c/6 – 8 h VO x 3 días	- 400-600 mg c/8 h VO x 3 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 200–400–600 mg (10 comp.) • Suspensión 100-200 mg/5ml (1 envase) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No usar en pacientes con antecedentes de úlcera péptica o Enf. Coronaria ✓ Usar con precaución ya que puede haber daños asociados en COVID-19. Probabilidad de empeoramiento en pacientes hospitalizados por COVID-19
Fortalecimiento y/o estímulo del sistema inmunitario (uno o las cuatro drogas)	Vitamina C	- 50-200 mg c/24 h VO x 10 días	- 1 g c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 100 mg (10 comp.) • Comprimidos 1 g (10 comp.) 	✓ Urolitiasis por oxalato de calcio, talasemia, hemocromatosis, enfermedad renal
	Vitamina D3 (colecalfiferol)	- 400 UI c/24 h VO x 10 días - 1-2 gotas/Kg/día VO x 10 días	- 1000 a 2000 UI c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas 2000 UI (10 caps.) • Gotas (1 envase) 	✓ Contraindicado en enfermedad renal grave
	Omega 3	- 2 a 3 años 400 mg c/24 h VO x 10 días - Mayores de 4 años 600 mg c/24 h VO x 10 días	- 1000 mg c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas blandas 1000 mg (10 caps.) • Suspensión 1000 mg/5ml (1 envase) 	✓ Sin efectos relevantes
	Sulfato de Zinc	- 0,5-1mg/kg c/24 h VO x 10 días - Menores de 10 kg 5 mg - Entre 10 y 19 kg 10 mg - 20 a 29 kg 15 mg - Más de 30 kg 20 mg - Duplicar dosis en desnutridos crónicos	- 40-60 mg c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 50 mg (10 comp.) • Suspensión 10 y 20 mg/5ml (1 envase) 	✓ Hipersensibilidad, precaución en pacientes con ulcera gástrica
Control de la tos improductiva	Codeína	- Mayores de 2 años 0,5-1 mg/kg c/6 h VO x 3 días	- 10 mg a 20 mg c/ 4 – 6 h VO x 3 días	• Jarabe 10 mg/5ml (1 envase)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar con precaución puede producir depresión respiratoria ✓ No usar en pacientes con tos productiva
	Dextrometorfano	- Mayores de 2 años 0,5-1mg/kg c/6 h VO x 3 días	- 10mg a 20 mg c/4 – 6 h VO x 3 días	• Jarabe 10 mg/5ml (1 envase)	
Control de diarrea	Loperamida	No recomendable	4 mg dosis de ataque luego 2 mg después de cada deposición máximo 6 mg/día	• Comprimidos 2 mg (6 comp.)	✓ Hipersensibilidad, diarrea infecciosa bacteriana
Antimicrobianos	Amoxicilina/Ác. Clavulánico	- Amoxicilina 50 a 90 mg/kg/día – Ac. Clavulánico 9 a 15 mg/kg/día c/12 h VO x 5 días	- Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg c/ 12 h VO x 5 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas (10 caps.) • Suspensión 250 mg/62,5 mg 5 ml (1 envase) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana dado que la tasa de co-infección es menor al 1% ✓ Hipersensibilidad a beta-lactámicos o macrólidos
	Azitromicina	- 10 mg/kg/día VO 1er día 5 mg/kg/día VO los siguientes 4 días	- 500 mg VO 1er día, 250 mg VO los siguientes 4 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas 500 mg (3 caps.) • Suspensión 200 mg/5ml (1 envase) 	





GUÍA RÁPIDA DE MANEJO DE PACIENTES CON COVID-19

Manejo Hospitalario: Etapa II (2do. y 3er. Nivel de Atención)

Clasificación Fisiopatológica		Situación clínica	Lugar de atención	Tratamiento específico
ETAPA II (15%)	ENFERMEDAD LEVE/MODERADA	<p>Pacientes con evidencia de neumonía en los estudios por imagen pero SIN PARÁMETROS RESPIRATORIOS DE GRAVEDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ CURB-65 = 1 o CRB-65 = 0 ✓ Parámetros respiratorios (todos) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saturación de oxígeno respirando ambiental: <ul style="list-style-type: none"> ○ ≥ 93% ○ >90% en pacientes con EPOC ○ Entre 85 y 90% si altitud >3000 msnm ▪ Frecuencia respiratoria < 30 resp/minuto 	Sala General	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de sostén: <ul style="list-style-type: none"> - Tromboprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis estándar: Enoxaparina 40 mg c/ 24 h SC ▪ Dosis intermedia: Enoxaparina 40 mg c/ 12 h SC ▪ Indicaciones de dosis intermedia: <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad: IMC ≥30 - Dímero D ≥ 4 veces el valor normal - Ferritina ≥ 4 veces el valor normal ▪ Ajuste de dosis: <ul style="list-style-type: none"> - Clearance de creatinina < 30 ml/min reducir 50% la dosis - Antimicrobianos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana dado que la tasa de co-infección es menor al 1% ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antivirales (oseltamivir) dado que la circulación poblacional de virus de influenza es baja
	ENFERMEDAD GRAVE	<p>Pacientes con evidencia de neumonía en los estudios por imagen y parámetros respiratorios de gravedad pero SIN CRITERIOS de hospitalización en Unida de Terapia Intensiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Parámetros respiratorios que mejoran con oxígeno suplementario (hasta 5 L/min): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saturación de oxígeno respirando ambiental <ul style="list-style-type: none"> ○ ≤92% ○ ≤90% en pacientes con EPOC ○ <85 si altitud >3000 msnm ▪ Frecuencia respiratoria ≥ 30 resp/minuto ▪ Presión parcial de oxígeno arterial (PaO₂)/Fracción de oxígeno inspirado (FiO₂) ≤300mmHg ✓ CURB-65 = 2 o CRB-65 = 1-2 	Sala General	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 6 mg c/24 h EV por 10 días a partir de los 7 días del inicio de los síntomas (si no se dispone de dexametasona usar prednisona 40 mg VO c/24 h x 10 días) NOTA: Controlar glucemia en pacientes diabéticos. • Tratamiento de sostén: <ul style="list-style-type: none"> - Tromboprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis estándar: Enoxaparina 40 mg c/ 24 h SC ▪ Dosis intermedia: Enoxaparina 40 mg c/ 12 h SC ▪ Indicaciones de dosis intermedia: <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad: IMC ≥30 - Dímero D ≥ 4 veces el valor normal - Ferritina ≥ 4 veces el valor normal ▪ Ajuste de dosis: <ul style="list-style-type: none"> - Clearance de creatinina < 30 ml/min reducir 50% la dosis - Pronación vigil: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los pacientes con hipoxemia deberían ser estimulados a colocarse en PRONO vigil la mayor parte del tiempo posible - Oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener la saturación de O₂ ≥93% (88-92% si EPOC o restrictivo severo) usando bigotera a bajo flujo (5 L/min). Si no responde evaluar O₂ a alto flujo (10-15 L/min). Considerar en este caso la producción de aerosoles. - Antimicrobianos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana dado que la tasa de co-infección es menor al 1% ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antivirales (oseltamivir) dado que la circulación poblacional de virus de influenza es baja • Plasma convaleciente compatible 400 a 500 mL/día (2 transfusiones secuenciales de 200 a 250 mL) <ul style="list-style-type: none"> ▪ En adultos con COVID-19, ante la falta de evidencia contundente sobre su uso, no se puede recomendar a favor o en contra del uso de plasma convaleciente o inmunoglobulina hiperinmune. ▪ Si el equipo médico desea considerar su uso, se debe tener en cuenta los riesgos potenciales (reacciones adversas, contraindicaciones) y evaluar ante todo riesgo – beneficio – costo ▪ En caso de decidirse el uso de plasma convaleciente compatible asegurar un nivel de anticuerpos totales en el plasma del donante de al menos 1:160. ▪ En pacientes (receptores) en los que se considere la administración de plasma después de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas se recomienda test de anticuerpos por ELISA o Inmunofluorescencia para evitar el uso de plasma en pacientes con anticuerpos positivos <p>NOTA: Vigilar posibles eventos adversos (TRALI –Injuria Pulmonar Aguda Asociada a la Transfusión; TACO – Sobrecarga Circulatoria Asociada a la Transfusión)</p>





Gobierno del Estado Plurinacional de

BOLIVIA

Ministerio de Salud

GUÍA RÁPIDA DE MANEJO DE PACIENTES CON COVID-19

Manejo Hospitalario: Etapa III. (3er. Nivel de Atención)

Clasificación Fisiopatológica	Situación clínica	Lugar de atención	Tratamiento específico
ETAPA III (5%) ESTADO HIPERINFLAMATORIO	ENFERMEDAD GRAVE (con criterio de manejo en Unida de Terapia Intensiva) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neumonía grave ✓ Insuficiencia Respiratoria Aguda ✓ SDRA ✓ Shock ✓ Sepsis ✓ SDOM 	Unidad de Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 6 mg c/24 h EV por 10 días a partir de los 7 días del inicio de los síntomas (si no se dispone de dexametasona usar prednisona 40 mg VO c/24 h x 10 días) NOTA: Controlar glucemia en pacientes diabéticos. • Tratamiento de sostén: <ul style="list-style-type: none"> - Tromboprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enoxaparina 40 mg c/ 12 h SC ▪ Ajuste de dosis: <ul style="list-style-type: none"> - Clearance de creatinina < 30 ml/min reducir 50% la dosis - Soporte respiratorio: <ul style="list-style-type: none"> • El uso de VNI en insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica se desaconseja por la posibilidad de generar aerosoles (seguridad del personal de la UCI). • Si se optara por el uso VNI, se debe colocar al paciente en lo posible en una habitación con presión negativa, extremar el monitoreo y proceder a su intubación rápidamente si no mejoran los parámetros clínicos y de laboratorio • Utilizar protocolo de secuencia rápida de intubación para disminuir la producción de aerosoles - Implementar un protocolo de manejo temprano del SDRA <ul style="list-style-type: none"> • Para adultos en ventilación mecánica invasiva con COVID-19 y SDRA moderado a severo, se sugiere la ventilación en posición prono por 12 a 16 horas diarias, en lugar de la ventilación sin prono <ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones de PRONO en UCI <ul style="list-style-type: none"> ✓ SDRA severo ✓ Criterios PROSEVA: PaFi < 150; FiO₂ > 60%; PEEP > 5 cm H₂O ✓ Hipoxemia refractaria: PaFi < 100; PaO₂ < 60 mmHg; FiO₂ 100% - Contraindicaciones de PRONO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Shock; Sangrado activo; Fracturas múltiples; Inestabilidad vertebral; Hemorragia intracraneana; Cirugía traqueal; Esternotomía - Líquidos intravenosos: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar con precaución, la sobrecarga puede empeorar la hipoxemia y el SDRA - Antimicrobianos: <ul style="list-style-type: none"> • Dado que los pacientes que ingresan provienen de la comunidad no es necesario usar antimicrobianos de amplio espectro. Intentar obtener una muestra de secreción respiratoria (esputo; aspirado traqueal; minibal) para guiar el esquema antimicrobiano y luego descalar. • Amoxicilina sulbactam 1,5 g c/8 hs EV o Ceftriaxona 1 g c/24 hs EV. Descalar en base al resultado de los cultivos • NO ADMINISTRAR sistemáticamente antivirales (oseltamivir) dado que la circulación poblacional de virus de influenza es baja • Plasma convaleciente compatible 400 a 500 mL/día (2 transfusiones secuenciales de 200 a 250 mL) <ul style="list-style-type: none"> ▪ En adultos con COVID-19, ante la falta de evidencia contundente sobre su uso, no se puede recomendar a favor o en contra del uso de plasma convaleciente o inmunoglobulina hiperinmune. ▪ Si el equipo médico desea considerar su uso, se debe tener en cuenta los riesgos potenciales (reacciones adversas, contraindicaciones) y evaluar ante todo riesgo – beneficio – costo ▪ En caso de decidirse el uso de plasma convaleciente compatible asegurar un nivel de anticuerpos totales en el plasma del donante de al menos 1:160. ▪ En pacientes (receptores) en los que se considere la administración de plasma después de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas se recomienda test de anticuerpos por ELISA o Inmunofluorescencia para evitar el uso de plasma en pacientes con anticuerpos positivos <p>NOTA: Vigilar posibles eventos adversos (TRALI –Injuria Pulmonar Aguda Asociada a la Transfusión; TACO – Sobrecarga Circulatoria Asociada a la Transfusión)</p> <p>Para un manejo específico del paciente crítico referirse a la “Guía de Diagnóstico y Tratamiento de COVID-19 en Unidades de Terapia Intensiva” (Versión Mayo 2020) de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia (SBMCTI)</p>

