

Guía de Práctica Clínica para el Manejo del COVID-19

Telecapacitación:
Jueves 17 de junio
Hora: 12:00 pm

- Ponentes:
- Dr. Samuel Pecho -- Médico especialista en Neumología - HNERM
- Dr. Juan Pareja – Médico especialista en Medicina Interna - HNERM
- Dra. Rosa López– Médico especialista en Medicina Intensiva – HNGAI
- Dr. José Montes- Médico epidemiólogo IETSI-ESSALUD



LIVING GUIDELINES



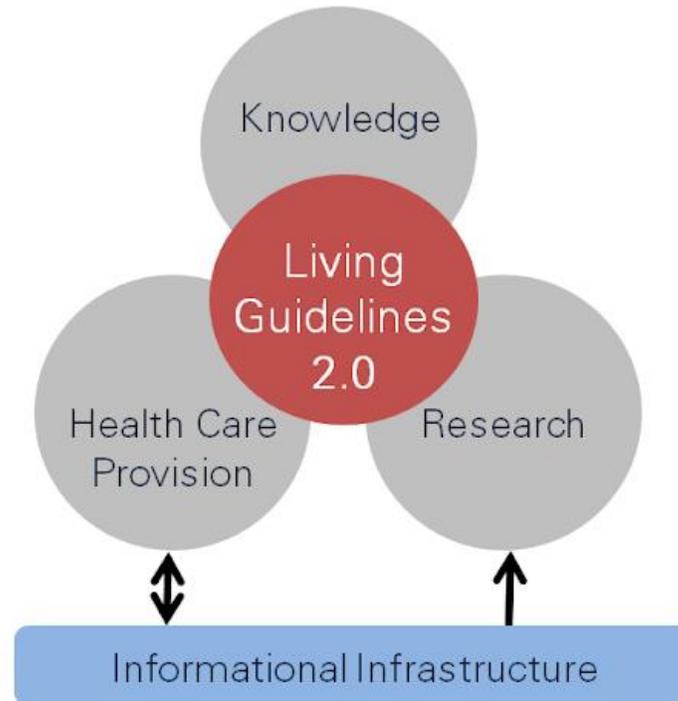
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL COVID-19

▪ PECHO SILVA, SAMUEL	HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM)
▪ PAREJA RAMOS, JUAN JOSÉ	HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM)
▪ LESCOANO ALVA, CARLOS ALBERTO	HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS (HNERM)
▪ LÓPEZ MARTÍNEZ, ROSA LUZ	HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN (HNGAI)
▪ MARREROS ASCOY, GASTÓN CRISTOBAL	RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE
▪ MEJÍA RODRÍGUEZ, LUIS RENATO	HOSPITAL II CHOCOPE. RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD
▪ GARCÍA CHOZA, DIEGO DANIEL	CENTRO DE AISLAMIENTO TEMPORAL (CAT) VILLA PANAMERICANA
▪ ATALAYA TABOADA, ELIANA ROCÍO	HOSPITAL II CHOCOPE. RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD
▪ RAYMUNDO VILLALVA, KATHERINE	HOSPITAL II CHOCOPE. RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD
▪ CHAU RAMOS, CHRISTIAN ALEXANDER	CENTRO DE AISLAMIENTO TEMPORAL (CAT) VILLA REBAGLIATI
▪ QUIROZ CORTEGANA, CHERIE	CENTRO DE AISLAMIENTO TEMPORAL (CAT) VILLA REBAGLIATI
▪ SABINO GUERRERO, JOAO SABINO	RED ASISTENCIAL AMAZONAS

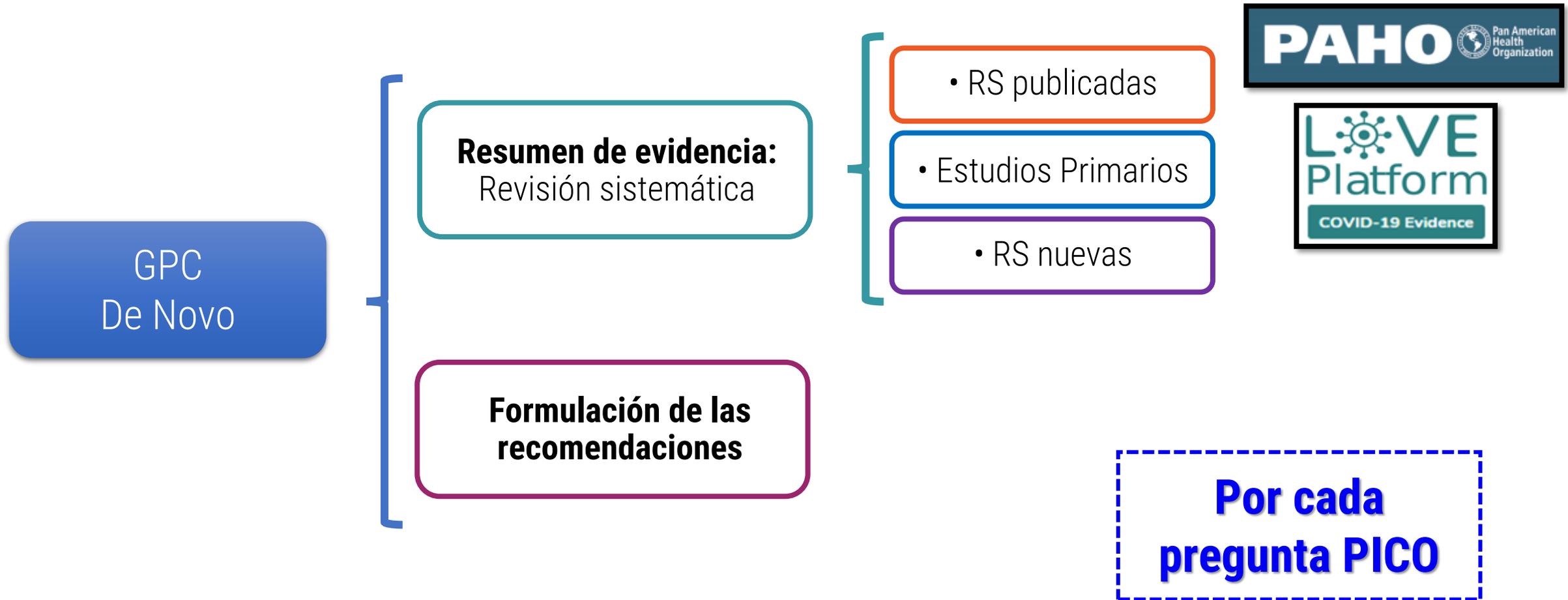
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL COVID-19

▪ CARRERA ACOSTA, LOURDES DEL ROCÍO	DIRECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. IETSI, ES SALUD
▪ MONTES ALVIS, JOSÉ MANUEL	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ BECERRA CHAUCA, NAYSHA	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ CHÁVEZ RIMACHE, LESLY	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ DELGADO FLORES, CAROLINA JAQUELINE	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ DOLORES MALDONADO, GANDY	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ GARCÍA GOMERO, DAVID SANTIAGO	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ GOICOCHEA LUGO, SERGIO ANDRÉ	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ RAYMUNDO VILLALVA, KATHERINE	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ NIETO GUTIÉRREZ, WENDY CAROLINA	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ QUIROZ CORTEGANA, CHERIE	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD
▪ QUISPE JULI, CENDER UDAI	CONSULTOR. IETSI, ES SALUD

“una optimización del proceso de desarrollo de la guía para permitir la **actualización** de las recomendaciones individuales tan pronto como se disponga de **nueva evidencia relevante**”



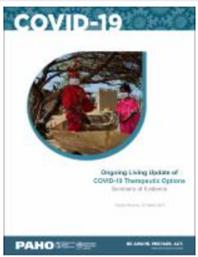
[†] Akl, E.A., et al., Living systematic reviews: 4. Living guideline recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2017. 91: p. 47-53.



IRIS PAHO Inicio Sitio de la OPS Índices Todas las Colecciones Sobre IRIS Memoria Institución

IRIS PAHO Inicio / 1.PAHO Headquarters / Sede de la OPS / Publications / Publicaciones / General Publications / Publicaciones Generales

Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics Options: Summary of Evidence. Rapid Review



The vast amount of data generated by clinical studies of potential therapeutic options for COVID-19 presents important challenges. The new data must be interpreted quickly so that prescribers can make optimal treatment decisions with as little harm to patients as possible, and so that medicines manufacturers can scale up production rapidly and bolster their supply chains. Rapid interpretation of fresh data will save lives by ensuring that successful drugs can be administered to as many patients as possible as quickly as possible. This publication, the nineteenth edition of the database of evidence on potential therapeutic options for COVID-19, examines 97 therapeutic options. This information will help investigators, policymakers, and prescribers navigate the flood of relevant data to ensure that management of COVID-19, at both individual and population levels, is based on the best available knowledge. This resource will be continually updated as more research is released into the public space.

Ver/Abrir

- 21 Apr 2021 - 19h Ed. English; 238 pages (5.502Mb)
- 26 Mar 2021 - 18h Ed. English; 207 pages (4.518Mb)
- 12 Mar 2021 - 17h Ed. English; 215 pages (5.509Mb)
- 19 Feb 2021 - 16th Ed. English; 206 pages (3.698Mb)
- 29 Jan 2021 - 15th Ed. English; 195 pages (3.525Mb)
- 14 Jan 2021 - 14th Ed. English; 171 pages (3.111Mb)
- 18 Dec 2020 - 13th Ed. - English; 163 pages (3.126Mb)
- 30 Nov 2020 - 12th Ed. - English; 130 pages (2.592Mb)
- 13 Nov 2020 - 11th Ed. - English; 128 pages (2.790Mb)
- 31 Oct 2020 - 10th Ed. - English; 121 pages (2.760Mb)
- 13 Oct 2020 - 9th Ed. - English; 103 pages (2.110Mb)
- 22 Sep 2020 - 8th Ed. - English; 81 pages (1.898Mb)

Tema
COVID-19; Coronavirus; Coronavirus Infections; Betacoronavirus; Pandemics; Evidence-Based Emergency Medicine

URI
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>

Colecciones
General Publications / Publicaciones Generales

Inclusion criteria

We aimed to find all available RCTs for potential therapeutic pharmacological interventions for COVID-19 with study designs that included head-to-head comparisons, or control groups with no intervention or a placebo. Target patient populations included both adults and children exposed to or with confirmed or suspected COVID-19. We focused on comparative effectiveness studies that provide evidence on outcomes of crucial importance to patients (mortality, invasive mechanical ventilation, symptom resolution or improvement, infection [prophylaxis studies] and severe adverse events).³ In addition to RCTs, we included comparative non-RCTs that report on effects of interventions that are being extensively used within the region (Table 3). We only incorporated non-RCTs that included at least 100 patients. We presented results of RCT and non-RCT separately.⁴

Living evidence synthesis

An artificial intelligence algorithm deployed in the Coronavirus/COVID-19 topic of the L·OVE platform provides instant notification of articles with a high likelihood of being eligible. The authors review them, decide upon inclusion, and update the living web version of the review accordingly. If meta-analytical pooling is possible from retrieved evidence, we will do this to derive more precise estimates of effect and derive additional statistical power.

Desenlaces

- Mortalidad
- Ventilación mecánica invasiva
- Mejoría/resolución de síntomas
- Eventos adversos serios

COVID-19 Evidence **COVID-19 News**

L-OVE Platform L-OVE Home List of L-OVES Contact Login

L-OVES list / COVID-19

COVID-19

Search in this L-OVE

By PICO Advanced search BETA

Prevention or treatment

- Prevention or treatment Clear
- Diagnostic
- Etiology
- Epidemiology
- Prognosis

Pharmacological interventions

Search

- Pharmacological interventions Clear
 - Antihistamines
 - NSAIDs
 - Chemotherapy
 - β2-adrenergic agonists
 - PDE4 inhibitors
 - Antimicrobials
 - Corticosteroids
 - Anticonvulsants
 - Targeted therapies
 - Beta blockers
 - Lipid-lowering agents
 - Antifibrinolytics
 - Intravenous anesthesia
 - Vasoactive drugs
 - Synthetic cannabinoids
 - Paracetamol
 - Cytokines
 - Antithrombotics

Evidence List Methods and report

Search results for [Clear search](#)
Pharmacological interventions for COVID-19 [Subscribe](#)

12550 Total articles included 400 Broad syntheses **823 Systematic reviews** **11327 Primary studies**
Including 422 RCTs reporting data

Showing 2396 in 'Randomised trials' [Export](#) Show other articles

Search within these results
In title, abstract, author, journal [Search](#)

Filter results by **RCT** by reported data See articles as publication threads

Primary study / RCT No data reported

Clinical trial of otilimab in patients with severe pulmonary COVID-19 related disease.

Year 2021
Registry of Trials CTRI
Authors GlaxoSmithKline Research and Development Limited
Links ctri.nic.in

No abstract available

Primary study / RCT No data reported

Evaluation of the efficacy and safety of icodec and C1 esterase/kallikrein inhibitor in severe COVID-19: study protocol for a three-armed randomized controlled trial.

Year 2021
Journal Trials
Authors Mansour E et al
DOI 10.1186/s13063-021-05027-9

See in Epistemonikos
How to cite
Export RIS file

See in Epistemonikos
How to cite
Export RIS file

POBLACIÓN:

Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de COVID-19

ALCANCE:

Tratamiento farmacológico y no farmacológico de COVID-19

ÁMBITO:

La presente GPC es de aplicación para establecimientos de salud que manejan pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19 (ámbito nacional)

N°	Tópicos e Intervenciones evaluadas
1	<i>Clasificación clínica,</i>
2	<i>escalas de riesgo de mortalidad y deterioro</i>
3	<i>Oxigenoterapia</i>
4	<i>Ventilación mecánica</i>
5	<i>Pronación</i>
6	<i>Rehabilitación respiratoria</i>
7	<i>Fluidoterapia</i>
8	<i>Antibioticoterapia</i>
9	<i>Anticoagulantes</i>
10	<i>Corticoides</i>
11	<i>Tocilizumab</i>
12	<i>Ivermectina</i>
13	<i>Hidroxicloroquina</i>
14	<i>Azitromicina</i>

N°	Tópicos e Intervenciones evaluadas
15	<i>Colchicina</i>
16	<i>Remdesivir</i>
17	<i>Plasma convaleciente</i>
18	<i>Acetilcisteína</i>
19	<i>Corticoide Inhalado</i>
20	<i>Antiagregantes plaquetarios</i>
21	<i>Estatinas</i>
22	<i>Vitamina C</i>
23	<i>Vitamina D</i>

RECOMENDACIONES

- 1.1** En personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19, utilizar la clasificación clínica de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos:
Recomendación por consenso

Pregunta 1: Clasificación clínica, Escalas de riesgo de mortalidad y deterioro

Clasificación COVID-19 (NIH) [†]	
Caso asintomático	Personas que dan positivo al SARS-CoV-2 mediante una prueba virológica (es decir, una prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) o una prueba de antígeno) pero que no presentan síntomas compatibles con COVID-19
Caso presintomático	Personas que dan positivo al SARS-CoV-2 mediante una prueba virológica (es decir, una prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) o una prueba de antígeno) pero que no presentan síntomas compatibles con COVID-19 al momento pero que desarrollarán síntomas
Caso Leve	Personas que presentan cualquiera de los signos y síntomas de COVID-19 (fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y del olfato) pero que no tienen dificultad para respirar, disnea o radiografía de tórax anormal
Caso Moderado	Personas que muestran evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores durante la evaluación clínica o en las imágenes radiológicas y que tienen una saturación de oxígeno (SatO ₂) ≥ 94% a nivel del mar
Caso Severo	Personas que tienen SatO ₂ ≤ 93% con aire ambiental a nivel del mar, PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mmHg, frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/minuto, compromiso pulmonar > 50% predominantemente de tipo consolidación, SatO ₂ /FiO ₂ < 310-460, Trabajo Respiratorio ≥ 2 o SDRA Tipo L *En pacientes con hipoxemia crónica una disminución desde el valor inicial de > 3% hasta los 2500 msnm. Para pacientes que residen por encima de los 2500 msnm una disminución de ≥ 3% desde el valor promedio normal de la región
Caso Crítico	Personas que tienen insuficiencia respiratoria, shock séptico, disfunción multiorgánica, sepsis, SDRA moderado o severo, SDRA tipo H, necesidad de ventilación mecánica invasiva, necesidad de terapia vasopresora y/o falla a la Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF)/Presión Positiva Continua en la vía aérea (CPAP) o sistema artesanal de ser el caso

RECOMENDACIONES

- 2.1** En personas con COVID-19, utilizar las escalas del *Consortio Internacional de Infecciones Respiratorias Agudas y Emergentes - Consortio de Caracterización Clínica de Coronavirus* de mortalidad (*ISARIC4C Mortality Score*) y empeoramiento (*ISARIC4C Deterioration Model*) para identificar a los pacientes con alto riesgo de mortalidad y empeoramiento al ingreso hospitalario:

Recomendación por consenso

Pregunta 2: Escalas de riesgo de mortalidad y de empeoramiento

Escala de Mortalidad ISARIC4C	
Variable	Puntaje
Edad (años)	
<50	0
50-59	+2
60-69	+4
70-79	+6
≥80	+7
Sexo	
Femenino	0
Masculino	+1
Número de comorbilidades*	
0	0
1	+1
≥2	+2
Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)	
<20	0
20-29	+1
≥30	+2
Saturación de oxígeno con aire ambiental (%)	
≥92	0
<92	+2
Escala de Coma de Glasgow	
15	0
<15	+2
Urea (mmol/L)	
<7	0
7-14	+1
>14	+3
Proteína C reactiva (mg/L)	
<50	0
50-99	+1
≥100	+2

Escala de Mortalidad ISARIC4C		
Grupos de riesgo	Puntaje	Mortalidad
Bajo	0-3	1.2%
Intermedio	4-8	9.9%
Alto	9-14	31.4%
Muy alto	≥ 15	61.5%

<https://isaric4c.net/risk/>

Modelo de Deterioro ISARIC4C	
Variables [†]	
Infección intrahospitalaria por COVID-19^{††}	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de comorbilidades^{†††}	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ≥2
Infiltrado pulmonar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Con soporte oxigenatorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Escala Glasgow	<input type="checkbox"/> <15 <input type="checkbox"/> >15
Edad (años)	
Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)	
Saturación de oxígeno al ingreso (%)	
Urea (mmol/L)	
Proteína C reactiva (mg/L)	
Recuento de linfocitos (x10⁹/L)	

RECOMENDACIONES

3.1 En personas con COVID-19 e hipoxemia evidenciada ($\text{SatO}_2 \leq 93\%$) o insuficiencia respiratoria aguda (IRA) ($\text{SatO}_2 < 90\%$), recomendamos iniciar oxigenoterapia convencional† para mantener una saturación de oxígeno (SatO_2) meta entre 94- 96%.

† Oxigenoterapia convencional: cánula nasal simple, mascarilla simple, mascarilla con sistema venturi o mascarilla con reservorio

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia moderada ($\oplus\oplus\oplus\ominus$)

Pregunta 3: Oxigenoterapia

Estado de saturación de oxígeno (SatO ₂) según la altitud sobre el nivel del mar						
Estado de saturación	0 m.s.n.m.	1000 m.s.n.m.	3000 m.s.n.m.	3400 m.s.n.m.	3600 m.s.n.m.	3900 m.s.n.m.
Normal	93-100%	92-99%	88-96%	87-96%	84-93%	83-92%
Hipoxia Leve	89-92%	88-91%	84-87%	83-86%	80-83%	79-82%
Hipoxia Moderada	85-88%	84-87%	80-83%	79-82%	76-79%	75-78%
Hipoxia Severa	< 85%	< 83%	<79%	< 78%	< 75%	< 74%
	Lima Lambayeque Tumbes Ica Loreto Madre de Dios	Huánuco Piura Moquegua Tacna Amazonas Ucayali Moyobamba	La Libertad Áncash Apurímac Ayacucho Cajamarca Arequipa	Junín Cusco Huancavelica Juliaca	Junín Pasco Cusco	Pasco Puno

Relación entre la SatO ₂ y el nivel de FiO ₂ para la evaluación del grado de hipoxemia				
FiO ₂	0.3	0.4	0.5	> 0.6
SatO ₂	≥ 94	< 94	≤ 95	≤ 90
SatO ₂ /FiO ₂	< 315-235	< 235	190	150
Nivel de hipoxemia	Moderada	Grave	Muy Grave	Extrema

Pregunta 3: Oxigenoterapia

Escala de Trabajo Respiratorio (WOB)	
Variable	Puntaje
Frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto)	
≤20	+1
21-25	+2
26-30	+3
>30	+4
Aleteo nasal (observación directa)	
No	0
Sí	+1
Uso en inspiración de músculo esternocleidomastoideo (por palpación)	
No	0
Sí	+1
Uso de músculos abdominales en espiración (por palpación)	
No	0
Sí	+1

Dispositivos para la administración de oxígeno		
Dispositivo	Flujo de oxígeno (L/min)	Fracción inspirada de oxígeno (FiO2)
Cánula nasal simple (CN)	1	24%
	2	28%
	3	30%
	4	33-36%
	5	36-40%
Mascarilla simple (MS)	6	40-50%
	7	50-60%
	8	60%
Mascarilla venturi (MV)	3	24%
	6	28%
	9	35%
	12	40%
	15	50%
Mascarilla de reservorio de no reinhalación (MR-NR)	10 - 15	80-100%*
	* Ambas válvulas abiertas	80% - 85%
	* Una válvula abierta	85% - 90%
	* Ambas válvulas cerradas	95% - 100%
Mascarilla de reservorio de reinhalación parcial (MR-RP)	6	35%
	9	50%
	12	60%
Cánula nasal simple + Mascarilla de reservorio de no reinhalación (CN + MR-NR)	15 - 20	85-100%

RECOMENDACIONES

3.2 En personas con COVID-19 e IRA persistente a pesar de oxigenoterapia convencional† , sugerimos usar cánula nasal de alto flujo (CNAF) o ventilación mecánica no invasiva (VMNI), según disponibilidad, para mantener una saturación de oxígeno (SatO2) meta entre 94-96%.

† SatO2 ≤ 93% o FR ≥ 26-30 o PaFiO2 ≤ 201-300 con FiO2 ≥ 40% con oxigenoterapia convencional: cánula nasal simple, mascarilla simple, mascarilla con sistema venturi o mascarilla con reservorio

Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia muy baja (⊕⊕⊕⊕)

RECOMENDACIONES

- 3.4** En personas con COVID-19 en soporte oxigenatorio con CNAF o VMNI, mantener una estrecha monitorización de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno (SatO₂), fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y el trabajo respiratorio; con la finalidad de evaluar la respuesta al tratamiento.

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

3.5 En personas con COVID-19 en soporte oxigenatorio con CNAF o VMNI, en caso de no respuesta, debe considerarse realizar una intubación endotraqueal temprana y conexión a ventilación mecánica invasiva en condiciones controladas según disponibilidad y prioridad cuando se presente uno o más de los siguientes hallazgos:

- Inestabilidad hemodinámica
- Shock
- Requerimiento de vasopresores
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100-150$
- $\text{PaCO}_2 > 40$ mmHg
- Aumento del trabajo respiratorio con respiración paradojal
 - Taquipnea persistente ≥ 30 respiraciones por minuto.

Recomendación por consenso

Pregunta 3: Oxigenoterapia

Escala HACOR	
Variable	Puntaje
Frecuencia cardiaca (latidos/minuto)	
≥ 120	0
< 120	+1
pH	
≥ 7.35	0
7.30 – 7.34	+2
7.25 – 7.29	+3
< 7.25	+4
Escala de Glasgow	
15	0
13 – 14	+2
11 – 12	+3
≤ 10	+4
SatO₂/FiO₂	
233	0
212 – 232	+2
191 – 211	+3
170 – 190	+4
147 – 169	+5
≤ 148	+6
Frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto)	
≤ 30	0
31 – 35	+1
36 – 40	+2
41 – 45	+3
≥ 46	+4

Índice de ROX				
	Conducta	2 horas	6 horas	12-16 horas
$ROX = \frac{(SatO_2/FiO_2)}{FR}$ <p>SatO₂: Saturación de oxígeno FiO₂: Fracción inspirada de oxígeno FR: Frecuencia respiratoria</p>	Indicación de IOT/VMI	< 2.85	< 3.47	< 3.47
	Mejorar soporte y control cada 1-2 horas	2.85 < Rox < 4.87	3.47 < Rox < 4.87	3.85 < Rox < 4.87
	Continuar monitoreo	≥ 4.88	≥ 4.88	≥ 4.88

Un índice ROX ≥ 4.88 a las 2, 6, 12 horas indica buena respuesta. Si a las 12 o 16 horas tiene un índice de ROX ≥ 4.88, se irá disminuyendo el flujo de oxígeno o FiO₂ para pasar a oxigenoterapia convencional

RECOMENDACIONES

- 4.1** En personas con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con SDRA, recomendamos usar un volumen corriente (VC) bajo (4-8 mL/kg de peso corporal predicho) en lugar de un volumen más alto (> 8 mL/kg), iniciando con 6 mL/kg de peso corporal predicho e idealmente mantener una meta de presión meseta (Pmes) o plateau \leq 30 cm de H₂O.

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia moderada ($\oplus\oplus\oplus\ominus$)

RECOMENDACIONES

- 4.2** En personas con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con SDRA, sugerimos usar una estrategia de titulación individualizada de la presión positiva al final de la espiración (PEEP) de acuerdo con la condición de la mecánica respiratoria del paciente.

Recomendación condicional a favor
Certeza de la evidencia baja(⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

- 4.3** En personas con COVID-19 crítico en ventilación mecánica invasiva y con SDRA, tratar de mantener una driving pressure (DP) ≤ 15 cm de H₂O (diferencia entre presión meseta y PEEP total).

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

5.1 En personas con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con SDRA moderado a severo, sugerimos iniciar ventilación prona si no se consigue estabilizar la mecánica respiratoria y mejorar los parámetros oxigenatorios y la hipercapnia asociada.

Recomendación condicional a favor, Certeza de la evidencia moderada(⊕⊕⊕⊖)

5.2 En personas con COVID-19 e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica a pesar de oxigenoterapia convencional, sugerimos iniciar posición prona vigil como complemento al soporte oxigenatorio con CNAF

Recomendación condicional a favor, Certeza de la evidencia baja(⊕⊕⊖⊖)

5.3 En personas con COVID-19 en oxigenoterapia convencional, sugerimos iniciar posición prona vigil, tomando en cuenta el estado y características del paciente.

Recomendación condicional a favor, Certeza de la evidencia muy baja(⊕⊖⊖⊖)

RECOMENDACIONES

5.4 Con respecto a la ventilación prona en ventilación mecánica:

- Realizarse durante 12 a 16 horas por día, para posteriormente realizar cambio de posicionamiento en supino con cabecera de 30°
- Alternativamente se puede optar por ventilación prona extendida hasta 72 horas
- Abortar la ventilación prona si se deteriora la mecánica respiratoria del paciente, si se deterioran los parámetros respiratorios, oxigenatorios y si se produce inestabilidad hemodinámica.

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

5.5 Con respecto a la posición prona vigil:

- Considerar su uso en pacientes con cualquiera de los siguientes escenarios:
 - Con necesidad de $FiO_2 > 30-40\%$ para mantener una $SatO_2$ meta entre 92-96%
 - Frecuencia respiratoria > 25 a pesar de correcta $SatO_2$
 - SDRA leve a moderado o SDRA Tipo L
- El paciente debe estar consciente y ser capaz de adoptar y cambiar de posición por sí mismo
- Procedimiento:
 - Explicar al paciente la posición y los cambios: prona, decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo. La posición prona debe ser la más prolongada. Las otras posiciones pueden mantenerse entre 30 minutos a 2 horas como máximo
 - Si mantiene una $SatO_2$ entre 92-96% en una posición, hay que motivar al paciente para que la mantenga por 2 a 4 horas como mínimo
 - Mantener una estrecha monitorización de la $SatO_2$ durante cada cambio de posición
 - Abortar posición prona si $Rox < 2.85$ a las 2 horas o < 3.47 a las 6 horas

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

- 6.1** En personas hospitalizadas por COVID-19, sugerimos realizar rehabilitación temprana con el objetivo de disminuir la debilidad muscular adquirida en UCI.

Recomendación condicional a favor, Certeza de la evidencia baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

6.2 Con respecto a la rehabilitación temprana:

- El inicio y el tipo de rehabilitación temprana depende del paciente (criterios de seguridad), tipo de ventilación y los recursos disponibles por la institución
- Debe realizarse un programa de rehabilitación al alta, realizando referencia a los servicios o centros especializados de rehabilitación. Considerar la posibilidad de realizar las actividades programadas de forma virtual
- Los programas de rehabilitación deben ser ejecutados por equipos multidisciplinarios y deben ser personalizados

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

- 7.1** En personas con COVID-19 y shock, sugerimos usar una estrategia conservadora de administración de líquidos con cristaloides en lugar de una estrategia liberal

Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia muy baja(⊕⊖⊖⊖)

RECOMENDACIONES

- 8.1** En personas con COVID-19, dado que la prevalencia de coinfección bacteriana al ingreso hospitalario es baja, no administrar antibioticoterapia de rutina como parte del manejo inicial de rutina

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

8.1 En personas con COVID-19 severo a crítico, recomendamos administrar anticoagulantes a dosis profilácticas

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

8.2 Con respecto al uso de anticoagulantes en personas con baja/moderada probabilidad clínica pre-test de trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP):

- Administrar heparina de bajo peso molecular (HBPM) (enoxaparina 40 mg vía SC una vez al día)
- En personas con TFG ≥ 30 ml/min/1.73 m² (mediante la fórmula CKD-EPI), administrar enoxaparina 40 mg vía SC una vez al día
- En personas con peso > 120 kg o IMC > 40 kg/m², administrar enoxaparina 40 mg vía SC dos veces al día
- En caso no se disponga de HBPM, considerar como regímenes alternativos:
 - Heparina no fraccionada (HNF) 5000 UI vía SC cada 8 a 12 horas
 - En personas con TFG < 30 ml/min/1.73 m² (mediante la fórmula CKD-EPI), administrar HNF 5000 UI vía SC cada 12 horas
 - En personas con peso > 120 kg o IMC > 40 kg/m², administrar HNF 5000 UI vía SC cada 8 horas

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

- 9.3** En personas con COVID-19 severo a crítico con alta probabilidad clínica pre-test de TEP o TVP, recomendamos administrar anticoagulantes a dosis profiláctica de alto riesgo o IMC > 40 kg/m², administrar HNF 5000 UI vía SC cada 8 horas

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

- 9.4** Con respecto al uso de anticoagulantes en personas con alta probabilidad clínica pre-test de trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP):
- Administrar heparina de bajo peso molecular (HBPM) (enoxaparina 40 mg vía SC dos veces al día)
 - En personas con TFG ≥ 30 ml/min/1.73 m² (mediante la fórmula CKD-EPI), administrar enoxaparina 40 mg vía SC cada 12 horas
 - En personas con peso > 120 kg o IMC > 40 kg/m², administrar enoxaparina 60 mg vía SC dos veces al día
 - En caso no se disponga de HBPM, considerar como regímenes alternativos:
 - o Heparina no fraccionada (HNF) 5000 UI vía SC cada 8 horas
 - o En personas con TFG < 30 ml/min/1.73 m² (mediante la fórmula CKD-EPI), administrar HNF 5000 UI vía SC cada 12 horas
 - o En personas con peso > 120 kg o IMC > 40 kg/m², administrar HNF 7500 UI vía SC cada 8 horas

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

10.1 En personas con COVID-19 crítico y con necesidad de ventilación mecánica, recomendamos administrar corticoides

Recomendación fuerte a favor

Certeza de la evidencia: Moderada (⊕⊕⊕⊖)

10.2 En personas con COVID-19 severo, sugerimos administrar corticoides.

Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia: Moderada (⊕⊕⊕⊖)

10.3 En personas con COVID-19 y sin necesidad de soporte oxigenatorio, recomendamos no administrar corticoides

Recomendación fuerte en contra

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

10.4 Con respecto al uso de corticoides:

- Administrar dexametasona 6 mg vía oral o EV, 1 vez al día hasta por 10 días, luego suspender de forma brusca
- Se puede suspender el corticoide antes de los 10 días si el paciente sale de alta o se considera recuperado
- No administrar corticoides en pulsos (dosis muy altas)
- En caso no se disponga de dexametasona, considerar como regímenes alternativos:
 - o Prednisona 40 mg vía oral, 1 vez al día hasta por 10 días
 - o Metilprednisolona 32 mg vía EV (8 mg cada 6 horas o 16 mg cada 12 horas), hasta por 10 días
 - o Hidrocortisona 50 mg vía EV, cada 6 horas hasta por 10 días

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

11.1 En personas con COVID-19 severo a crítico y con evidencia de inflamación sistémica (proteína C reactiva $\geq 75\text{mg/L}$), sugerimos considerar administrar tocilizumab (8 mg/kg) en combinación con corticoides.

Recomendación condicional a favor

Certeza de la evidencia: Baja ($\oplus\oplus\ominus\ominus$)

RECOMENDACIONES

11.2 Con respecto al uso de tocilizumab:

- Administrar tocilizumab 8 mg/kg por infusión EV durante 60 minutos (dosis única máxima de 800 mg)
- Considerar administrar tocilizumab especialmente en pacientes que requieran oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva (VMNI), ventilación mecánica invasiva dentro de las 24 horas previas o con insuficiencia respiratoria de progresión rápida por COVID-19
- Evitar el uso de tocilizumab en pacientes con cualquiera de los siguientes escenarios:
 - En caso de respuesta favorable a corticoides solos
 - Inmunosupresión significativa, particularmente en aquellos con uso reciente de inmunomoduladores biológicos
 - TGP > 5 veces su valor normal
 - Alto riesgo de perforación intestinal
 - Infección viral, bacteriana o fúngica no controlada
 - Recuento de neutrófilos < 500 células/ μ l
 - Recuento de plaquetas < 50 000 células/ μ l

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

- 12.1** En personas hospitalizadas por COVID-19, recomendamos no administrar ivermectina como tratamiento de esta enfermedad fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado
- Recomendación fuerte en contra*
- Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)*

RECOMENDACIONES

13.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, recomendamos no administrar hidroxicloroquina ni cloroquina como tratamiento de esta enfermedad

Recomendación fuerte en contra

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

14.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, recomendamos no administrar azitromicina como tratamiento de esta enfermedad

Recomendación fuerte en contra

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

15.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, recomendamos no administrar colchicina como tratamiento de esta enfermedad

Recomendación fuerte en contra

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

16.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, sugerimos no administrar remdesivir como tratamiento de esta enfermedad

Recomendación condicional en contra

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

17.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, recomendamos no administrar plasma convaleciente como tratamiento de esta enfermedad fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado

Recomendación fuerte en contra

Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)

RECOMENDACIONES

18.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, sugerimos no administrar acetilcisteína como tratamiento de esta enfermedad fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado.

Recomendación condicional en contra

Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)

18.2 En personas con COVID-19 y con indicación de acetilcisteína para el tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas y/o manejo de secreciones, no discontinuar su uso.

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

19.1 En personas con COVID-19 leve a crítico, ambulatorios u hospitalizados, sugerimos no administrar corticoides inhalados como tratamiento de esta enfermedad fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado.

Recomendación condicional en contra

Certeza de la evidencia: Muy Baja ($\oplus\ominus\ominus\ominus$)

19.2 En personas con COVID-19 y con indicación de corticoides inhalados para el tratamiento o la prevención de enfermedades respiratorias crónicas, no discontinuar su uso.

19.3 El uso de broncodilatadores (beta 2 agonistas o anticolinérgicos) de acción corta, larga o ultra larga no ha sido reportado en la literatura como parte del tratamiento del COVID-19 fuera de sus indicaciones clínicas aceptadas

RECOMENDACIONES

20.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, recomendamos no administrar antiagregantes plaquetarios como tratamiento de esta enfermedad.

Recomendación fuerte en contra

Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)

20.2 En personas con COVID-19 y con indicación de antiagregantes plaquetarios para el tratamiento o la prevención de enfermedades cardiovasculares, no discontinuar su uso

Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

- 21.1** En personas con COVID-19 leve a crítico, ambulatorios u hospitalizados, sugerimos no administrar estatinas fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado
Recomendación condicional en contra
Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)
- 21.2** En personas con COVID-19 y con indicación de estatinas para el tratamiento o la prevención de enfermedades cardiovasculares, no discontinuar su uso
Recomendación por consenso

RECOMENDACIONES

- 22.1** En personas hospitalizadas por COVID-19, con o sin deficiencia de vitamina C, sugerimos no administrar vitamina C como tratamiento de COVID-19 fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado
- Recomendación condicional en contra*
- Certeza de la evidencia: Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)*

RECOMENDACIONES

23.1 En personas hospitalizadas por COVID-19, con o sin deficiencia de vitamina D, sugerimos no administrar vitamina D como tratamiento de COVID-19 fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado.

Recomendación condicional en contra

Certeza de la evidencia: Muy Baja ($\oplus\ominus\ominus\ominus$)

Gracias