

# Order Sets

## COVID-19: planta hospitalaria (1.0)

### Clinical Overview Sinopsis

*Clinical Overviews (disponibles en ClinicalKey) proporcionan una guía específica adicional para los siguientes trastornos relacionados:*

*Infección por coronavirus (COVID-19)*

#### Resumen de evidencia

---

#### Coronavirus (COVID-19), Clinical Overview Sinopsis

##### PUNTOS CLAVE

- COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019) es una infección del tracto respiratorio causada por un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2 (inicialmente llamado 2019-nCoV); el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró esta infección como pandemia global.
- Se cree que el virus es de origen zoonótico, pero aún no se conoce el reservorio animal. La transmisión persona a persona es clara.
- La infección varía de asintomática a grave; los síntomas incluyen fiebre, tos y, en casos de moderados a graves, disnea. La enfermedad puede evolucionar de leve a grave en el transcurso de, mínimo, una semana. Los síntomas del tracto respiratorio superior (p. ej. rinorrea, dolor de garganta) son poco frecuentes.
- Hay un porcentaje significativo de casos clínicamente graves; la tasa de mortalidad entre los casos diagnosticados se sitúa en torno al 2-3%.
- Debe sospecharse infección en presentaciones con antecedentes clínicamente compatibles y exposición conocida o probable (residencia o viaje a un área afectada en los últimos 14 días, exposición a un caso conocido o sospechoso, exposición a un entorno de atención médica en el que se trate a pacientes con infecciones graves del tracto respiratorio).
- La radiografía de tórax en pacientes sintomáticos casi siempre muestra hallazgos anormales, que generalmente incluyen infiltrados bilaterales. Los hallazgos de laboratorio son variables, pero suelen incluir linfopenia y niveles elevados de lactato deshidrogenasa y transaminasas.
- El diagnóstico se confirma mediante la detección de ARN viral en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa realizada en vías respiratorias superiores o inferiores u obtenida mediante muestras séricas.
- No existe una terapia antiviral específica, aunque está previsto el uso compasivo de varios fármacos y hay protocolos de ensayo para otros ya en marcha. El tratamiento es en gran medida de soporte y consiste en oxigenoterapia suplementaria y terapia de administración de líquidos conservadora.
- Las complicaciones más comunes son el síndrome de dificultad respiratoria aguda y el shock séptico. Se han reportado casos de insuficiencia miocárdica, renal y multiorgánica.
- Actualmente no existe una vacuna para prevenir esta infección. Las medidas de control son la base principal de la prevención (higiene de manos y al toser; precauciones de transmisión estándar, de

contacto y aérea).

#### ACCIÓN URGENTE

- Se recomienda realizar el cribado cuando los pacientes soliciten atención médica para identificar a los que tienen síntomas y antecedentes de exposición que sugieran una posible COVID-19 e instaurar rápidamente medidas de aislamiento
- Los pacientes con dificultad respiratoria requieren de oxigenoterapia suplementaria de forma inmediata; los pacientes con insuficiencia respiratoria requieren intubación.
- Los pacientes en shock requieren reanimación urgente con líquidos y administración de terapia antimicrobiana empírica.

#### RIESGOS

- Es posible (aunque no puede confirmarse) que las personas con infección prodrómica o asintomática puedan propagar la infección, haciendo que la prevención efectiva sea más difícil
- El conocimiento de esta enfermedad es incompleto y está en evolución. Además, se sabe que los coronavirus mutan y se recombinan con frecuencia, lo que representa un desafío constante para nuestra comprensión y manejo clínico.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

---

## Admisión

### Resumen de evidencia

---

#### Criterios de ingreso hospitalario, COVID-19

Neumonía no grave

- Evidencia radiológica de neumonía; clínica progresiva con indicaciones de hidratación y oxigenación suplementarias; cuidados en el domicilio no adecuados.
  - Los CDC proporcionan orientación para determinar si el domicilio es un entorno adecuado y si el paciente y/o el cuidador son capaces de cumplir con las recomendaciones médicas de cuidado y las medidas de control de infecciones.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Admisión: hospital

Diagnóstico: [especificar]

Estado: [especificar]

Alergias: [especificar]

Admisión: observación 24 h

Diagnóstico: [especificar]

Estado: [especificar]

Alergias: [especificar]

## Escalas de evaluación

### Criterios de ingreso - Coronavirus

#### Resumen de evidencia

#### Criterios de ingreso generales, coronavirus

Neumonía no grave

- Evidencia radiológica de neumonía; clínica progresiva con indicaciones de hidratación y oxigenación suplementarias; cuidados en el domicilio no adecuados.
  - Los CDC proporcionan orientación para determinar si el domicilio es un entorno adecuado y si el paciente y/o el cuidador son capaces de cumplir las recomendaciones médicas de cuidado y las medidas de control de infecciones.

Criterios de admisión en UCI

- La OMS establece los criterios que definen la neumonía grave:
  - La neumonía grave se caracteriza por taquipnea (frecuencia respiratoria superior a 30 resp/min), distrés respiratorio grave, oxigenación inadecuada (p. ej. SpO<sub>2</sub> inferior a 90%).
- Los criterios pediátricos incluyen cianosis central o SpO<sub>2</sub> inferior a 90%; signos de distrés respiratorio grave (p.ej., gruñidos, retracciones torácicas); incapacidad para beber o mamar; letargia, nivel alterado de consciencia, convulsiones; taquipnea grave según la edad:
  - Menores de 2 meses: 60 o más resp/min.
  - De 2 a 11 meses: 50 o más resp/min.
  - De 1 a 5 años: 40 o más resp/min.
- Presencia de complicaciones graves (shock séptico, síndrome de distrés respiratorio agudo).

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Reanimación

### Reanimación

Reanimación: No reanimar

## Directriz anticipada

Documentar un plan de voluntades anticipadas o que se ha discutido esta cuestión ; adjuntar una copia en la Historia Clínica si es posible

### Resumen de evidencia

---

#### Voluntades Anticipadas, Reanimación

##### PUNTOS CLAVE

- El documento de Voluntades Anticipadas (VA) se basa en el respeto a la autonomía de la persona, el cual incluye la gestión de la propia vida, incluso en aquellos momentos donde uno ya no tiene la capacidad para autocuidarse.
- Toda persona con capacidad física y psíquica, debidamente informada y sin coacciones puede solicitar un documento de VA para aceptar o rechazar determinados procedimientos.
- Una práctica médica adecuada respeta en todo momento la voluntad del paciente, asegurando y favoreciendo su participación en la gestión de su salud.
- El objetivo del documento de VA es unir conocimientos y voluntad en la toma de decisiones. Por un lado, el profesional médico ofrece sus conocimientos y experiencia, actuando como orientador para predecir y planificar la atención sanitaria más adecuada posible. Por otro lado, el paciente expresa en el documento lo que considera como "calidad de vida aceptable o no aceptable", muestra su jerarquía de valores, expresa aquellas situaciones en las que no consideraría que estaría viviendo de forma digna y que, por lo tanto, no quiere vivir. Por último, se expresan preferencias familiares o de amistades para compartir información privada o delegar la toma de decisiones.
- Para que el documento sea válido deben seguirse los puntos establecidos en la Ley 21/2000
  - Validez del documento:
    - Persona mayor de edad en plenas capacidades físicas y psíquicas
    - Realización del documento delante de tres testimonios mayores de edad en plenas capacidades físicas y psíquicas. Como mínimo, dos de ellos no pueden ser familiares menores de segundo grado ni tener una vinculación patrimonial con el solicitante del documento.
    - Realización ante notario
  - Conservación del documento: integración en la Historia Clínica del paciente y bajo conocimiento de su existencia por parte de los profesionales sanitarios responsables.
  - Renovación: el documento no caduca, pero se recomienda su renovación o actualización de forma periódica. Puede revocarse en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación.

##### VENTAJAS

- Aumenta el conocimiento de la propia salud
- Mejora la asistencia sanitaria estrechando la relación terapéutica
- Mejora la interpretación de los deseos de la persona y, por lo tanto, la asistencia.
- Permite planificar la asistencia sanitaria
- Mejora la práctica clínica de los profesionales, fomentando la participación del paciente en la gestión de su propia salud y en la toma de decisiones.
- Evita procedimientos no deseados
- Disminuye el riesgo de intervenciones erróneas
- Ayuda a la familia a reducir el peso que supone decidir por la otra persona.
- Aporta seguridad ética y jurídica al paciente y a los profesionales sanitarios

En cualquier caso, es necesario aplicar aquellas pautas establecidas en la comunidad autónoma correspondiente sobre voluntades anticipadas.

- A.Hernández-Tejedor O.Peñuelas, G.Sirgo Rodríguez J.A.Llompart-Pou, et al.. Medicina Intensiva. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). 2017;41(5), 285-305. doi:<https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.03.004> [Source](#)
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Consideracions sobre el document de Voluntats Anticipades*. 2010. Catalunya: Comitè de Bioètica de Catalunya.[Source](#)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del SNS. (2010). *Unidad de Cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Medida de calidad

---

### NQF 0326. Voluntades anticipadas

Porcentaje de pacientes de 65 años o más en los que en su historial médico se ha registrado un documento de voluntades anticipadas o la existencia de un representante designado para la toma de decisiones, o en el historial médico se ha documentado que se analizaron estas cuestiones con el paciente pero que este no quiso o no fue capaz de nombrar a un representante para tomar decisiones o proporcionar un documento de voluntades anticipadas.

*Promotor:* National Committee for Quality Assurance.

*Uso en programa federal:* sistema de comunicación de la calidad de los médicos (PQRS).

*Entorno asistencial:* ambulatorio: consulta/clínica, hospital/centro de agudos, otros.

National Quality Forum-endorsed measure. [Source](#).

Publicado por: Elsevier OS Español

---

## Constantes vitales y monitorización

### Constantes vitales

- Medición de las constantes vitales (FR, SatO<sub>2</sub>, FC, PA, T<sup>a</sup>) cada 8 h
- Medición de las constantes vitales (FR, SatO<sub>2</sub>, FC, PA, T<sup>a</sup>) cada 4 h
- Medición del peso 1 vez
- Medición del peso 1 vez al día
- Medición de la estatura 1 vez

---

### Monitorización

- Monitorización de la saturación arterial de oxígeno
- Monitorización de la frecuencia cardíaca
- Monitorización de entradas y salidas

---

## Actividad

- Levantarse y deambular sin restricciones
- Deambular con ayuda , 3 veces al día
- Reposo en sillón-cama , 3 veces al día
- Reposo en cama con desplazamiento al baño
- Reposo en cama permitiendo uso de botella/cuña
- Reposo en cama

---

## Enfermería

### Análisis de diagnóstico inmediato

- Determinar glucemia capilar , 1 vez
- Determinar glucemia capilar , 4 veces al día ; antes de comer y antes de acostarse o cada 6 h si dieta absoluta o pacientes diabéticos

---

### Informar al médico

- Informar al médico de frecuencia respiratoria inferior a 10 resp/min o superior a 24 resp/min
- Informar al médico de saturación de oxígeno inferior a 90 %
- Informar al médico de frecuencia cardíaca inferior a 50 lpm o superior a 120 lpm
- Informar al médico de presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg o superior a 160 mmHg
- Informar al médico de temperatura corporal inferior a 35 °C o superior a 38 °C
- Informar al médico de diuresis inferior a 240 ml cada 8 h

---

## Tubos y drenajes

*Minimizar la colocación y duración de la sonda vesical en todos los pacientes, especialmente en en aquellos con riesgo elevado de ITU o mortalidad como mujeres, ancianos e inmunodeprimidos*

---

### Resumen de evidencia

#### Catéter uretral permanente

Considere el uso de un catéter uretral permanente en el contexto de las siguientes indicaciones *apropiadas*:

- Retención urinaria aguda u obstrucción de la salida de la vejiga
- Necesidad de mediciones precisas de la diuresis en pacientes en estado crítico
- Uso perioperatorio en intervenciones quirúrgicas seleccionadas, en pacientes que se someten a cirugía urológica u otra cirugía en estructuras contiguas al aparato genitourinario
- Duración prolongada prevista de la cirugía (los catéteres insertados por esta razón se retiran en la unidad de reanimación posquirúrgica)
- Expectativas de que el paciente recibirá diuréticos o infusiones de gran volumen durante la cirugía
- Necesidad de control intraoperatorio de la diuresis
- Necesidad de ayudar a la cicatrización de heridas abiertas en el sacro o perineales en pacientes con incontinencia
- Necesidad de inmovilización prolongada (p. ej., debido a inestabilidad potencial de la columna torácica o lumbar o a lesiones traumáticas múltiples, como las fracturas pélvicas)
- Mejora del bienestar en los cuidados paliativos terminales

Se debe evitar el uso de catéteres permanentes en las siguientes circunstancias, ya que *no* son indicaciones *adecuadas* para su uso:

- Uso del catéter como sustitución de la asistencia de enfermería en un paciente o un anciano ingresado en una residencia afectado de incontinencia
  - Obtención de orina para realizar un cultivo u otras pruebas diagnósticas cuando el paciente puede orinar voluntariamente
  - Duración prolongada del postoperatorio sin las indicaciones adecuadas (p. ej., reparación estructural de la uretra o las estructuras contiguas, efecto prolongado de la anestesia epidural)
- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(4), 319-26. doi: 10.1086/651091 [Source](#)
  - Chenoweth CE, Gould CV, Saint S. Diagnosis, management, and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2014;28(1), 105-19. doi:10.1016/j.idc.2013.09.002 [Source](#)
  - Neelakanta A1, Sharma S1, Kesani VP1, Salim M1, Pervaiz A1, Aftab N1, Mann T1, Tashtoush N1, Karino S1, Dhar S1, Kaye KS1.. *Infect Control Hosp Epidemiol.* Impact of changes in the NHSN catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) surveillance criteria on the frequency and epidemiology of CAUTI in intensive care units (ICUs).. 2015;36(3), 346-9. doi:10.1017/ice.2014.67. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Sonda vesical permanente

Valorar necesidad de sonda vesical diariamente

Retirar sonda vesical

## Precauciones

### Resumen de evidencia

## Precauciones basadas en la transmisión, COVID-19

En cuanto haya sospecha de diagnóstico deberán instaurarse precauciones estándar, de contacto y de transmisión área.

- Proporcionar inmediatamente una mascarilla al paciente y ubicarlo en una habitación cerrada (preferiblemente dotada de medidas de protección estructurales y de equipamiento contra la transmisión aérea, como presión negativa y ventilación frecuente), a la espera de evaluación posterior y toma de decisiones específicas sobre el caso.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Precauciones basadas en la transmisión

### CLASIFICACIÓN

Clasifique las precauciones basadas en la transmisión de la siguiente forma:

- Asigne una categoría de precauciones basadas en la transmisión si existe evidencia sólida de transmisión de persona a persona a través de una o más de las siguientes vías:
  - Contacto
  - Gotículas
  - Área
  - Factores del paciente (p. ej., lactantes con pañales, diarrea, heridas que supuran) que aumentan el riesgo de transmisión
- Asigne una categoría de precauciones basadas en la transmisión según las formas predominantes de transmisión.
  - Asigne precauciones estándar si se produce uno de los siguientes casos:
    - No hay evidencias de transmisión de persona a persona por gotículas, contacto o transmisión aérea
    - El riesgo de transmisión de persona a persona es bajo y no hay evidencias de transmisión asociada a la atención sanitaria
  - Asigne también precauciones estándar a los microorganismos patógenos que se transmiten por la sangre (p. ej., virus de la hepatitis B y C, VIH), según las recomendaciones sobre precauciones universales de los CDC.

Otras precauciones:

- Precaución de caídas: la Unidad de Enfermería en Hospitalización debe desarrollar e implementar un programa de prevención de caídas que incluya:
  - Identificación del paciente con riesgo de caídas
  - Evaluación multidimensional del riesgo
  - Estrategia multifactorial para reducir el riesgo de caídas

### PREVENCIÓN

- Enfermedades nosocomiales:
  - Modificación el reservorio ambiental: control alimentario, manejo adecuado de aguas y basuras, mantenimiento estricto de las medidas de asepsia o eliminación del agente en los nichos ambientales mediante procedimientos químicos y/o físicos



- Interrupción de la transmisión: higiene óptima de manos, pacientes y alimentos. Uso adecuado de barreras ambientales.
    - Protección del hésped mediante inmunización activa y/o pasiva.
  - Precauciones estándar: aplicar a todos los pacientes independientemente de su proceso de enfermedad
    - Objetivo: prevención de la infección de patógenos hospitalarios, infección por sangre y fluidos corporales.
    - Medidas: vacunación frente a la Hepatitis B por parte del personal sanitario, medidas de higiene adecuadas, protección barrera, esterilización y desinfección correcta de instrumentos y superficies, precaución con objetos cortantes.
  - Aislamiento:
    - Elementos a tener en cuenta: protección barrera por parte del personal sanitario (bata, guantes, mascarilla, gorro), ubicación adecuada del paciente (habitación individual), adoptar precauciones específicas en función del tipo de aislamiento (aire, gotas, contacto).
- 
- Borrego García, E., Pardo Hernández, A., Sánchez Mozo, T., et al. . (2008). In Epidemiología de la infección nosocomial / Medidas de higiene generales / Medidas de aislamiento para pacientes con enfermedades infectocontagiosas. Comunidad de Madrid (Eds.), *Prevención y control de la infección nosocomial*. (pp.7-8, 21-37, 191-211). Madrid, España: SaludMadrid. [Source](#)
  - Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. 1988;37(24), 377-388. [Source](#)
  - Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Am J Infect Control. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. 2007;., S65-164. doi:10.1016/j.ajic.2007.10.007 [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Precaución: estándar

Precaución: aérea

Precaución: por contacto

Precaución: por gotículas

## Educación del paciente

Educación del paciente: infección

### Resumen de evidencia

#### Gestión de los pacientes en el domicilio, COVID-19

Se recomendará al paciente que no abandone su domicilio salvo en caso de necesitar atención médica, que se aisle en una zona concreta del domicilio (si es posible, con un baño separado), que mantenga una buena

higiene de manos y sea cuidadoso al toser, y que lleve mascarilla cuando entre en contacto con los demás convivientes en el domicilio.

- Se informará al paciente de que, si llegase a necesitar atención médica, deberá llamar a su médico con antelación para que dé tiempo a instaurar las medidas de aislamiento adecuadas antes de su llegada al centro sanitario.
- No se ha establecido una duración máxima para el potencial infeccioso ni para las necesidades de instaurar precauciones.

Los cuidadores/convivientes en el domicilio deberán:

- Lavarse las manos durante al menos 20 segundos tras cualquier contacto; son aceptables los geles alcohólicos para manos si no se tiene acceso a agua y jabón.
- No compartir objetos personales como toallas, platos o utensilios sin antes haberlos lavado adecuadamente.
- Lavar la ropa y las superficies de contacto de forma frecuente:
  - Ponerse guantes desechables para manipular la ropa sucia y lavarla y secarla a la temperatura más alta posible, consultando las instrucciones de lavado de cada pieza.
  - Limpiar superficies con lejía diluida o con un desinfectante aprobado por las autoridades sanitarias.
- Limitar el contacto a un número mínimo de cuidadores y asegurar que las personas con enfermedades subyacentes no están expuestas al paciente.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

---

### **Monitorización domiciliaria, COVID-19 ~**

Los pacientes que no requieran de ingreso hospitalario deben controlarse la temperatura y los síntomas en casa y volver en caso de que empeoren.

La exacerbación de la sintomatología puede producirse después de una semana del transcurso de la enfermedad o incluso más tarde.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Educación del paciente: precauciones de transmisión por vía aérea

Educación del paciente: seguimiento médico ; notificar familiares, pareja, cuidadores y autoridades de salud pública

Educación del paciente: deshabitación tabáquica

### **Resumen de evidencia**

---

## Educación del paciente sobre el abandono del consumo de tabaco

Según revisiones sistemáticas de los programas para abandonar el consumo de tabaco para pacientes hospitalizados:

- El asesoramiento conductual de alta intensidad, empezando durante la hospitalización y continuando al menos durante 1 mes después del alta, ha demostrado ser más eficaz que la atención habitual o el asesoramiento menos intensivo.
  - Las intervenciones preoperatorias relativas al consumo de tabaco pueden reducir la morbilidad postoperatoria.
  - Generalmente, se acepta que se debe abandonar el consumo de tabaco un mes previo a la intervención quirúrgica, puesto que su consumo aumenta hasta un 50% el riesgo de complicaciones pulmonares; así como el consumo de alcohol, relacionado con complicaciones postoperatorias y sangrado intraoperatorio.
  - A nivel hospitalario, debe facilitarse la interconsulta con la unidad de deshabituación del hospital, y vincular al paciente. En caso de no realizar interconsulta o de no querer deshabituarse, facilitar al paciente tratamiento sustitutivo con parches de nicotina exógena.
- 
- Thomsen T, Villebro N, Moler AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;7 [Source](#)
  
  - Instituto Aragón de Ciencias de la Salud. *Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA)*. España. 2015: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Source](#)
  
  - Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5, CD001837. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Medida de calidad

---

### **NQF 1651; NQF 1654; NQF 1656: paquete de abstinencia tabáquica en ingresados, alta incluida**

NQF 1651; NQF 1654; y NQF 1656 son medidas de calidad de la Joint Commission relacionadas con la evaluación y tratamiento del tabaquismo en ingresados y derivación a tratamiento al alta.

#### **1.) NQF 1651. TOB-1: Evaluación del tabaquismo.**

- Pacientes ingresados de edad  $\geq 18$  años, evaluados durante el ingreso hospitalario respecto al tabaquismo (consumo de cigarrillos, tabaco sin humo, pipa y puros) en los últimos 30 días. Esta medida está planteada para usarse como parte de un grupo de medidas asociadas dedicadas al tabaquismo.

2.) **NQF 1654. TOB-2: tratamiento del tabaquismo, aportado u ofrecido, y la subcategoría TOB-2a, tratamiento del tabaquismo.**

- La medida se reseña como tasa global, que incluye todos los pacientes ingresados de edad  $\geq 18$  años a los que se facilitó tratamiento del tabaquismo durante el ingreso hospitalario, o se les ofreció y lo rechazaron; y una segunda tasa, subcategoría de la primera, que incluye tan solo a los pacientes que recibieron tratamiento del tabaquismo durante el ingreso hospitalario. Estas medidas están planteadas para usarse como parte de un grupo de medidas dedicadas al tabaquismo.
- **TOB-2:** número de pacientes que recibieron o rechazaron el asesoramiento práctico para el abandono del hábito Y recibieron o rechazaron medicamentos para el abandono aprobados por la FDA.
- **TOB-2a:** Número de pacientes que recibieron asesoramiento práctico para el abandono del hábito Y recibieron medicamentos para el abandono aprobados por la FDA.

3.) **NQF1656. TOB-3: tratamiento del tabaquismo facilitado u ofrecido al alta y la medida de subcategoría**

- **TOB-3a: tratamiento del tabaquismo al alta.** La medida se reseña como tasa global que incluye todos los pacientes ingresados de edad  $\geq 18$  años a los que se facilitó el tratamiento del tabaquismo, o bien se les ofreció y lo rechazaron, en el momento del alta hospitalaria; y una segunda tasa, subcategoría de la primera, que incluye tan solo aquellos pacientes que recibieron tratamiento del tabaquismo al alta. El tratamiento al alta incluye derivación a asesoramiento ambulatorio y prescripción de uno de los medicamentos aprobados por la FDA para el abandono del hábito. Estas medidas están planteadas para usarse como parte de un grupo de medidas dedicadas al tabaquismo.
- **TOB-3:** Número de pacientes que recibieron o rechazaron asesoramiento ambulatorio basado en la evidencia Y recibieron o rechazaron una prescripción de un medicamento para el abandono aprobado por la FDA al alta.
- **TOB-3a:** Número de pacientes derivados a asesoramiento ambulatorio basado en la evidencia Y recibieron una prescripción de un medicamento para el abandono aprobado por la FDA al alta. Source

*Promotor: Joint Commission. Prioridades de la estrategia de calidad nacional: salud y bienestar.*

*Entorno asistencial: hospital/centro de agudos.*

*National Quality Forum-endorsed measure.*

NQF 1651: [Source](#)

NQF: 1654. [Source](#)

NQF 1656: [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Respiratorio

### Resumen de evidencia

#### Oxigenoterapia suplementaria

En adultos con enfermedad aguda, el tratamiento a base de oxígeno abundante aumenta la mortalidad sin mejorar otros resultados importantes del paciente.

- No se recomienda el oxígeno en pacientes con cifras normales de saturación de oxígeno independientemente de los síntomas de la presentación o el diagnóstico.
  - En pacientes con hipoxia, el oxígeno suplementario se ajusta según un objetivo de saturación de 94-96%.
  - Para aquellos en riesgo de insuficiencia respiratoria hipercápnica debe ajustarse la saturación de oxígeno a un objetivo de 88-92%.
- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimský P; ESC Scientific Document Group.. Eur Heart J. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC).. 2018;39(2), 119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393. [Source](#)
  - O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V; British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Group; BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group. Thorax. BTS Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. 2017;72(1), 1-90. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-209729. [Source](#)
  - Ortega Ruiz, Francisco; Cejudo Ramos, Pilar: et al.. Sistemas de oxigenoterapia. Manual SEPAR de procedimientos. 2014;[Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Oxigenoterapia

### Resumen de evidencia

#### Oxigenoterapia y ventilación mecánica, COVID-19 ~

La OMS proporciona orientación específica para la oxigenación, ventilación y manejo de líquidos.

- Oxigenación y ventilación:

- o Cánula nasal a 5 l/min, ajustar para alcanzar y mantener la saturación periférica de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) a 90% o superior en adultos no gestantes y 92% o superior en gestantes.
- o En paciente pediátricos, la SpO<sub>2</sub> objetivo es 90% o superior, en la mayoría de los casos. Los pacientes que requieran reanimación urgente (p. ej. apnea, obstrucción o dificultad respiratoria grave, cianosis central, shock, convulsiones o coma), se recomienda una SpO<sub>2</sub> objetivo de 94% o superior.
- o En algunos pacientes puede requerirse oxigenoterapia nasal de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva para lograr una oxigenación adecuada, aunque estas técnicas pueden aumentar el riesgo de aerosolización del coronavirus.
- o La ventilación mecánica puede ser necesaria en aquellos pacientes en los que no es posible alcanzar los objetivos de oxigenación con medidas menos invasivas o que no pueden mantener el trabajo respiratorio.
  - Ajustes recomendados: volumen corriente de 4 a 8 ml/kg y presiones inspiratorias inferiores a 30 cm H<sub>2</sub>O.
- o El uso de PEEP puede ser necesario en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda. El régimen óptimo no está claramente definido, aunque la OMS sugiere presiones más bien altas que bajas.
- o Se recomienda colocar a los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda grave en posición prona.
- o Puede valorarse la oxigenación por membrana extracorpórea en pacientes gravemente enfermos, y si la experiencia y recursos son los adecuados.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Oxígeno Cánula nasal 5 l/min ; ajustar a saturación de oxígeno 92% o superior

Oxígeno Cánula nasal 2 l/min ; ajustar a saturación de oxígeno 92% o superior

## Dieta

Dieta: normal

Dieta: normal (, baja en grasas saturadas y colesterol, sin sal añadida)

Dieta: normal ; conteo de carbohidratos

Dieta: blanda

Dieta: clara

Dieta: absoluta

Dieta: absoluta ; excepto medicamentos

Dieta: absoluta ; iniciar: después de medianoche

## Fluidos intravenosos

### Resumen de evidencia

### Fluidos intravenosos, COVID-19

La OMS proporciona orientación específica sobre la administración de líquidos:

- Debe evitarse la sobrehidratación porque puede precipitar o exacerbar el Síndrome de Distrés Respiratorio agudo.
- En pacientes con shock:
  - Se recomienda la administración de cristaloides (solución salina o lactato de Ringer).
  - Adultos: un total de 30 ml/kg durante las primeras 3 h; el objetivo es mantener la presión arterial media a un mínimo de 65 mmHg (si hay monitorización invasiva de la presión arterial).

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Sellado con salino

Sellado con salino

## Bolos intravenosos

IV Bolo: Suero fisiológico al 0,9% ; 500 ml

IV Bolo: Suero fisiológico al 0,9% ; 1000 ml

## Infusiones intravenosas

IV Infusión: Suero fisiológico al 0,9% a 100 ml/h

IV Infusión: Suero glucosado al 5% y suero fisiológico al 0,45% a 100 ml/h

IV Infusión: Suero glucosado al 5% y suero fisiológico al 0,45% con cloruro de potasio 20 mEq/l a 100 ml/h

IV Infusión: Solución de lactato de Ringer a 100 ml/h

## Medicamentos

### Resumen de evidencia

#### Recomendaciones farmacológicas, COVID-19

Actualmente, no existe un antiviral específico aprobado para el tratamiento del COVID-19. Se están utilizando varios antivirales ya existentes en ensayos clínicos y en protocolos de uso compasivo partiendo de su actividad in vitro (contra este u otros virus relacionados) y con una experiencia clínica limitada:

- Lopinavir-ritonavir está aprobado por la FDA para el tratamiento de la infección por VIH. Se ha utilizado para otras infecciones por coronavirus; se utilizó empíricamente para el SARS y se está estudiando en el tratamiento de MERS.
  - En China, esta combinación se usa junto con interferón alfa para el tratamiento de algunos pacientes con COVID-19.
- Remdesivir es un agente antiviral experimental con actividad in vitro significativa contra coronavirus y alguna evidencia de eficacia en un modelo animal de MERS.
- La terapia con corticosteroides no se recomienda para la neumonía de etiología vírica ni en el síndrome de dificultad respiratoria aguda. Hasta la confirmación de un diagnóstico de COVID-19 mediante PCR,

se deberá administrar terapia antiviral o antimicrobiana adecuada para otros patógenos virales (p. ej. virus de la gripe) o bacterianos, en función de si la infección es hospitalaria o adquirida en la comunidad y según los factores de riesgo epidemiológicos.

- Por lo demás, el tratamiento es en gran medida de soporte e incluye oxigenoterapia suplementaria y terapia de líquidos conservadora.
- El manejo del shock séptico incluye la administración prudente de líquidos y el uso de vasopresores si la administración de líquidos no restablece la perfusión adecuada. La OMS proporciona orientación específica para el tratamiento del shock en pacientes con COVID-19.

Puede encontrar más información sobre ensayos terapéuticos en: [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov)

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

---

## AEMPS

La base de datos de los medicamentos procede de la AEMPS (CIMA) - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

- *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - AEMPS*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Antivirales y otras terapias frente COVID19

Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 400 mg ; Frecuencia: cada 12 h ;

La duración se debe individualizar; Duración máxima: 14 días

---

### Resumen de evidencia

#### Lopinavir/ritonavir, COVID-19

- Es un inhibidor de la proteasa del VIH indicado en combinación con otros agentes antiretrovirales para el tratamiento del VIH en adultos y en población pediátrica desde los 14 días de edad.
- Ha sido el tratamiento recomendado por las autoridades sanitarias chinas durante la crisis en este país. Se han publicado los resultados de un ensayo clínico aleatorizado, controlado y abierto en pacientes adultos hospitalizados con infección confirmada por el SARS-CoV-2 y enfermedad respiratoria. Los pacientes recibieron una dosis de LPV/r de 400/100mg cada 12 horas vía oral y se compararon con el tratamiento estándar (SoC).
- El ensayo incluyó un total de 199 pacientes, 99 tratados con LPV/r y 101 con el SoC. La variable principal de este estudio fue "tiempo hasta mejoría clínica", que en ambos brazos fue 16 días. La población ITT modificada (200 pacientes) mostró solo un día de diferencia, pero los números de pacientes en cada subgrupo es muy pequeños. Los resultados de algunas variables secundarias mostraron una tendencia a favor del grupo de LPV/r, pero desde el punto de vista virológico no se observó ningún efecto del tratamiento. Los autores concluyen que no se observó un efecto



beneficioso del tratamiento con LPV/r por encima del SoC aunque sin descartar que ese efecto beneficioso pudiera ser demostrado en otros estudios. Se especula, por ejemplo, con que la dosis administrada para el tratamiento de VIH es subóptima teniendo en cuenta la CE50 in vitro. Además, el tiempo en el inicio del tratamiento (13 días de mediana desde el inicio de la enfermedad hasta la aleatorización) puede ser también un factor clave. Hay otros ensayos clínicos en marcha en los que se comparan diversas alternativas, de las que LPV/r forma parte, pero todavía sin resultados publicados.

- Dosis Adultos
  - Lopinavir/Ritonavir 200 mg/100 mg comprimidos: la dosis es 400/100mg (2 comprimidos) cada 12 horas vía oral. La duración será individualizada, pudiendo utilizarse de guía para la retirada la desaparición de la fiebre, y la duración máxima será de 14 días.
  - Lopinavir/Ritonavir 80/20 mg/ml solución oral: la dosis es 400/100mg (5 ml) cada 12 horas vía administración por sonda. La solución debe reservarse para pacientes intubados en UCI y para la población pediátrica que no sea subsidiaria de tratamiento con los comprimidos, ya sea porque la dosis es inapropiada o por las dificultades para tragar los mismos.
- Debido a que la solución oral tiene alcohol, no se recomienda su uso con sondas de alimentación de poliuretano, debido a su incompatibilidad potencial, debiendo utilizarse sondas de silicona o polivinilo.
- Advertencias
  - Los comprimidos de lopinavir/ritonavir se tienen que tragar enteros, sin masticar, romper o machacar. Se debe administrar con alimentos.
  - La solución oral contiene un 42.4% de alcohol (v/v) y 15.5% de propilenglicol (p/v) como excipiente. Se deberá tener especial precaución si se realiza el tratamiento con la solución oral, debido a la posible toxicidad por propilenglicol.
- Efectos adversos
  - Frecuentes: diarrea, náuseas, vómitos, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia.
  - Infrecuentes: pancreatitis, prolongación del segmento QT del electrocardiograma.

- Ministerio de Sanidad / AEMPS. (2020). *Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2*. [Source](#)

- Cao, B., Wang, Y., Wen, D., Liu, W., Wang, J., Fan, G., Ruan, L., Song, B., et al. NEJM. A Trial of Lopinavir–Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. 2020; doi:10.1056/NEJMoa2001282 [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Hidroxiclороquina 200 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 400 mg ; Frecuencia: cada 12 h ;  
Duración: 1 día(s) ; Dosis de carga

## Resumen de evidencia

---

### Hidroxiclороquina / Cloroquina COVID-19

- Son medicamentos inicialmente utilizados como antimaláricos que, posteriormente, han encontrado su mayor uso en el contexto de diferentes enfermedades autoinmunes.
  - No hay ensayos clínicos publicados con ninguno de los dos, aunque sí datos in vitro y una revisión sobre el papel de la cloroquina en el manejo de la infección por SARS-CoV-2. La cloroquina parece ser efectiva para limitar la replicación del SARS-CoV-2 in vitro. Esto justificaría su uso con el objetivo de recabar información de la eficacia clínica en pacientes en el contexto de ensayos clínicos.
  - Su eficacia se está evaluando en al menos 23 ensayos clínicos (principalmente en China). La Comisión Nacional de Salud de China ya ha incluido la Cloroquina fosfato en sus últimas pautas de tratamiento para la neumonía por SARS-CoV-2. Sin embargo, no se dispone de los datos, por lo que se considera que el nivel de evidencia todavía es bajo y basado en los datos preclínicos y de seguridad en otras indicaciones.
  - Se considera su posible papel para la profilaxis post-exposición de contactos y para los profesionales sanitarios.
  - La cloroquina posee actividad in vitro frente a varios virus, incluyendo SARS-CoV-2. Sin embargo, no se ha podido demostrar actividad antiviral relevante en modelos animales o en humanos frente a otros virus tales como gripe, dengue o Chikungunya. Gao J. et al describen en su publicación que el tratamiento con cloroquina de pacientes con neumonía se asoció con resultados favorables en cuanto al curso de la enfermedad sin que se observasen reacciones adversas graves. Existe también una revisión sistemática sobre el papel de la cloroquina en el manejo de la infección por SARS-CoV-2.
  - Dosis Adultos
    - Hidroxicloroquina sulfato: 400 mg (2 comprimidos) cada 12 horas el día 1 seguido de 200 mg (1 comprimido) cada 12 horas oral. La duración será individualizada; inicialmente tratar durante al menos 5 días con una duración máxima de 14 días.
  - Efectos adversos
    - Trastornos oculares reversibles tras interrumpir el tratamiento de forma temprana. Pérdida del apetito y de peso. Náuseas, diarrea. Otras reacciones con frecuencia desconocida o rara podrían ser: Hipoglucemia tanto en pacientes que están tomando o no medicamentos antidiabéticos, cefalea, sordera, acúfenos, alteración de la función hepática.
- 
- Ministerio de Sanidad / AEMPS. (2020). *Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2*. [Source](#)
  - Cortegiani, A., Ingoglia, G., Ippolito, M, Giarratano, A., Einav, S. Journal of Critical Care. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. 2020; doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.005> [Source](#)
  - Gao J, Tian Z, Yang X. Biosci Trends. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. 2020;14(1), 72-73. doi:10.5582/bst.2020.01047 [Source](#)
  - Ministerio de Sanidad, AEMPS. (2018). *Registro español de estudios clínicos (REEC)*.
  - Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, Shi Z, Hu Z, Zhong W, Xiao G. Cell Res. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. 2020;30(3), 269-271. doi:10.1038/s41422-020-0282-0 [Source](#)

- Yao X, Ye F, Zhang M, Cui C, Huang B, Niu P, Liu X, Zhao L, Dong E, Song C, Zhan S, Lu R, Li H, Tan W, Liu D. Clin Infect Dis. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). 2020; doi:10.1093/cid/ciaa237 [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Hidroxiclороquina 200 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 200 mg ; Frecuencia: cada 12 h ; Dosis de mantenimiento

## Resumen de evidencia

---

### Hidroxiclороquina / Cloroquina COVID-19

- Son medicamentos inicialmente utilizados como antimaláricos que, posteriormente, han encontrado su mayor uso en el contexto de diferentes enfermedades autoinmunes.
- No hay ensayos clínicos publicados con ninguno de los dos, aunque sí datos in vitro y una revisión sobre el papel de la cloroquina en el manejo de la infección por SARS-CoV-2. La cloroquina parece ser efectiva para limitar la replicación del SARS-CoV-2 in vitro. Esto justificaría su uso con el objetivo de recabar información de la eficacia clínica en pacientes en el contexto de ensayos clínicos.
- Su eficacia se está evaluando en al menos 23 ensayos clínicos (principalmente en China). La Comisión Nacional de Salud de China ya ha incluido la Cloroquina fosfato en sus últimas pautas de tratamiento para la neumonía por SARS-CoV-2. Sin embargo, no se dispone de los datos, por lo que se considera que el nivel de evidencia todavía es bajo y basado en los datos preclínicos y de seguridad en otras indicaciones.
- Se considera su posible papel para la profilaxis post-exposición de contactos y para los profesionales sanitarios.
- La cloroquina posee actividad in vitro frente a varios virus, incluyendo SARS-CoV-2. Sin embargo, no se ha podido demostrar actividad antiviral relevante en modelos animales o en humanos frente a otros virus tales como gripe, dengue o Chikungunya. Gao J. et al describen en su publicación que el tratamiento con cloroquina de pacientes con neumonía se asoció con resultados favorables en cuanto al curso de la enfermedad sin que se observasen reacciones adversas graves. Existe también una revisión sistemática sobre el papel de la cloroquina en el manejo de la infección por SARS-CoV-2.
- Dosis Adultos
  - Hidroxiclороquina sulfato: 400 mg (2 comprimidos) cada 12 horas el día 1 seguido de 200 mg (1 comprimido) cada 12 horas oral. La duración será individualizada; inicialmente tratar durante al menos 5 días con una duración máxima de 14 días.
- Efectos adversos
  - Trastornos oculares reversibles tras interrumpir el tratamiento de forma temprana. Pérdida del apetito y de peso. Náuseas, diarrea. Otras reacciones con frecuencia desconocida o rara podrían ser: Hipoglucemia tanto en pacientes que están tomando o no medicamentos antidiabéticos, cefalea, sordera, acúfenos, alteración de la función hepática.

- Ministerio de Sanidad / AEMPS. (2020). *Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2*. [Source](#)
- Cortegiani, A., Ingoglia, G., Ippolito, M, Giarratano, A., Einav, S. Journal of Critical Care. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. 2020; doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.03.005> [Source](#)
- Gao J, Tian Z, Yang X. Biosci Trends. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. 2020;14(1), 72-73. doi:10.5582/bst.2020.01047 [Source](#)
- Ministerio de Sanidad, AEMPS. (2018). *Registro español de estudios clínicos (REEC)*.
- Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, Shi Z, Hu Z, Zhong W, Xiao G. Cell Res. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. 2020;30(3), 269-271. doi:10.1038/s41422-020-0282-0 [Source](#)
- Yao X, Ye F, Zhang M, Cui C, Huang B, Niu P, Liu X, Zhao L, Dong E, Song C, Zhan S, Lu R, Li H, Tan W, Liu D. Clin Infect Dis. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). 2020; doi:10.1093/cid/ciaa237 [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Interferón beta-1b 250 microgramos inyectable ; vía subcutánea ; Dosis: 250 mcg ; Frecuencia: cada 2 días ; Duración: 14 día(s)

## Resumen de evidencia

### Interferón beta-1b, COVID-19

- Las presentaciones disponibles son:
  - BETAFERON 250 mcg/ml polvo y disolvente para inyectable.
  - EXTAVIA 250 mcg/ml polvo y disolvente para inyectable.
- Algunas observaciones clínicas en humanos y animales han mostrado que la infección por el MERS-CoV está mediada por la replicación del virus y por la respuesta inflamatoria del hospedador. Esto condujo al estudio de los dos tipos de interferones (1 y 2), que mostraron actividad in vitro.
- El estudio MIRACLE en Arabia Saudí se inició para valorar la combinación de INFb con LPV/r. Un estudio in vitro más reciente indica que el IFNb no ve potenciado su efecto en combinación con LPV/rtv. Se ha constatado que el uso terapéutico de esta combinación podría mejorar la función pulmonar, pero carece de efecto sobre la replicación del virus o en caso de enfermedad grave.

- Dosis Adultos:
    - Dosis: 250 microgramos administrados por vía subcutánea cada 48 h durante 14 días.
  - Consejos de Preparación y administración:
    - para minimizar los efectos adversos e recomienda administrar paracetamol previo a cada administración.
  - Efectos adversos/precauciones:
    - Fiebre, cefalea, hipertensión, miastenia, rash, náusea, diarrea, linfopenia, leucopenia, reacción local, debilidad, artralgia, síndrome pseudogripal.
    - Evitar uso en pacientes con enfermedad psiquiátrica o depresión grave.
- 
- Ministerio de Sanidad / AEMPS. (2020). *Tratamientos disponibles para el manejo de la infección respiratoria por SARS-CoV-2*. [Source](#)
- 
- Martínez, MA. Antimicrob. Agents Chemother. Compounds with therapeutic potential against novel respiratory 2019 coronavirus . 2020; doi:10.1128/AAC.00399-20 [Source](#)
- 
- Sheahan TP, Sims AC2, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown AJ, Montgomery SA, Hogg A, Babusis D, Clarke MO, Spahn JE, Bauer L, Sellers S, Porter D, Feng JY, Cihlar T, Jordan R, Denison MR5, Baric RS. Nat Commun. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. 2020;11(1), 222. doi:10.1038/s41467-019-13940-6 [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Antibióticos terapéuticos

Ceftriaxona 1.000 mg inyectable IV ; vía intravenosa ; Dosis: 1.000 - 2.000 mg ; Frecuencia: cada 24 h

Azitromicina 500 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 250 - 500 mg ; Frecuencia: cada 24 h

Azitromicina 500 mg inyectable perfusión ; vía intravenosa ; Dosis: 250 - 500 mg ; Frecuencia: cada 24 h

Amoxicilina/Ácido clavulánico 875 mg/125 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 1 comprimido(s) ; Frecuencia: cada 8 h

Levofloxacino 500 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 500 mg ; Frecuencia: cada 24 h

Levofloxacino 500 mg inyectable perfusión 100 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 500 mg ; Frecuencia: cada 24 h

## Analgésicos

### Resumen de evidencia

#### AINE en personas de edad avanzada

Evite los AINE en las personas de edad avanzada con:

- Insuficiencia cardíaca (posible retención de líquidos y agravamiento de los síntomas)

- Hipertensión arterial
- Nefropatía crónica, fases IV o V (aumento del riesgo de lesión renal)
- Antecedentes de úlceras gástricas o pépticas (agravan las úlceras o las provocan)

Para adecuar la dosis terapéutica de AINE en personas de edad avanzada consulte los criterios [STOPP-START](#).

- O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S., O'Connort MN., Ryan C., Gallagher P. Age Ageing. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. 2015;44(2), 213-218. doi:10.1093/ageing/afu145 [Source](#)

- American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J. Am. Geriatr. Soc. 2015;63(11), 2227-46. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Paracetamol 650 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 650 mg (PRN: dolor leve-moderado) ; No superar los 4g/día

Tramadol/Paracetamol 37,5 mg/325 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 1 comprimido(s) ;

Frecuencia: cada 8 h ; No debe excederse la dosis total de 8 comp./día

Tramadol 50 mg cápsula ; vía oral ; Dosis: 50 - 100 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: dolor intenso)

Tramadol 100 mg inyectable 2 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 50 - 100 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: dolor intenso)

Morfina 10 mg/ml inyectable 1 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 2 mg ; Frecuencia: cada 4 h (PRN: dolor intenso)

## Antiulcerosos

Almagato 1.500 mg solución/suspensión oral sobre ; vía oral ; Dosis: 1.500 g ; Frecuencia: cada 8 h ; Si acidez de estómago. Tomar preferentemente 30min/ 1h después de las pincipales comidas

Ranitidina 150 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 150 mg ; Frecuencia: cada 12 h

Ranitidina 50 mg inyectable 5 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 50 mg ; Frecuencia: cada 8 h

Omeprazol 20 mg cápsula ; vía oral ; Dosis: 20 - 40 mg ; Frecuencia: cada 24 h

Pantoprazol 40 mg inyectable ; vía intravenosa ; Dosis: 40 mg ; Frecuencia: cada 24 h

## Antidiarreicos

Loperamida 2 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 2 mg (PRN: diarrea) ; La dosis inicial es de 4 mg (2 comp) seguida de 2 mg (1 comp) tras cada deposición diarreica. Dosis máxima: 16 mg (8 comp) al día.

## Antieméticos

Ondansetrón 4 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 4 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: náuseas y vómitos)

Ondansetrón 4 mg inyectable 2 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 4 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: náuseas y vómitos)

Metoclopramida 10 mg inyectable 2 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 10 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: náuseas y vómitos)

Metoclopramida 10 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 10 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: náuseas y vómitos)

## Antipiréticos

Paracetamol 650 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 650 mg (PRN: fiebre) ; Fiebre superior a 38 °C  
 Paracetamol 600 mg supositorio ; vía rectal ; Dosis: 600 mg ; Frecuencia: cada 6 h (PRN: fiebre) ;  
 Si fiebre superior a 38°C. Dosis máxima: 3 g/día de paracetamol (5 supositorios)

## Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos

*Las benzodiacepinas pueden incrementar el riesgo de caídas*

### Resumen de evidencia

#### Riesgos de las benzodiacepinas, ancianos

Según los criterios de Beers, las benzodiacepinas se consideran medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) para usarse en pacientes geriátricos y por lo general se recomienda evitarlas. Los ancianos son más sensibles a las benzodiacepinas.

Globalmente, todas las benzodiacepinas incrementan el riesgo de:

- Deterioro cognitivo
- Síndrome confusional
- Caídas
- Fracturas
- Accidentes de tráfico

El comité recomienda evitar las benzodiacepinas en pacientes geriátricos con las siguientes enfermedades o síntomas debido al potencial de agravamiento del trastorno o un riesgo mayor de efectos adversos:

- Síndrome confusional (posible síndrome confusional de comienzo reciente o empeoramiento)
- Demencia (efectos adversos sobre el SNC)
- Antecedentes de caídas/fracturas (ataxia, alteraciones de la función psicomotora, síncope y caídas adicionales).
- *Lorazepam. ClinicalKey. [Source](#)*
- American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J. Am. Geriatr. Soc. 2015;63(11), 2227-46. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Lorazepam 1 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 0,5 - 1 mg ; Frecuencia: cada 8 h (PRN: ansiedad)  
 Diazepam 10 mg inyectable 2 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 2,5 - 10 mg (PRN: ansiedad)

## Laxantes

Bisacodilo 5 mg comprimido ; vía oral ; Dosis: 5 - 10 mg ; Frecuencia: cada 24 h (PRN: estreñimiento) ; Se recomienda administrar antes de acostarse

Bisacodilo 10 mg supositorio ; vía rectal ; Dosis: 10 mg ; Frecuencia: cada 24 h (PRN: estreñimiento)

Magnesio hidróxido 2.400 mg solución/suspensión oral sobre ; vía oral ; Dosis: 2.400 mg ; Frecuencia: cada 24 h (PRN: estreñimiento)

Macrogol 3350 + electrolitos (producto combinado) 13,8 g solución/suspensión oral sobre ; vía oral ; Dosis: 13,8 g ; Frecuencia: cada 24 h (PRN: estreñimiento) ; Puede aumentarse a 2-3 sobres al día en dosis divididas, según la respuesta

## Profilaxis de la TVP

### Resumen de evidencia

#### Prevención de la TEV en pacientes hospitalizados con afectación médica aguda III

Según las directrices prácticas del American College of Chest Physicians (ACCP):

- Utilice tromboprofilaxis anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, heparina no fraccionada a bajas dosis 2 o 3 veces al día, o fondaparinux en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda con mayor riesgo de trombosis.
- No utilice profilaxis farmacológica o mecánica en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda con riesgo bajo de trombosis (grado: 1B).
- No utilice tromboprofilaxis anticoagulante en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda que tienen hemorragia o alto riesgo de hemorragia (grado: 1B).
- Utilice tromboprofilaxis mecánica con medias de compresión graduada (grado: 2C) o compresión neumática intermitente (grado: 2C) en vez de tromboprofilaxis no mecánica en pacientes hospitalizados con afectación médica aguda con mayor riesgo de trombosis que tienen hemorragia o alto riesgo de hemorragia importante. Si el riesgo de hemorragia disminuye y el riesgo de tromboembolia venosa persiste, sustituya la tromboprofilaxis farmacológica por la tromboprofilaxis mecánica (grado: 2B).
- No extienda la duración de la tromboprofilaxis más allá del período de inmovilización del paciente o la estancia hospitalaria aguda en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda que han recibido un curso inicial de tromboprofilaxis (grado: 2B).

#### Escala de predicción de Padua:

El ACCP recomienda la Escala de predicción de Padua para juzgar el riesgo de los pacientes hospitalizados. La Escala de predicción de Padua asigna puntos a los 11 factores de riesgo que se presentan a continuación. Una puntuación acumulada de 4 puntos o más constituye un alto riesgo de tromboembolia venosa. [Clique aquí para consultar la escala.](#)

El panel de directrices del American College of Chest Physicians definió el aumento del riesgo de hemorragia como la presencia de múltiples factores de riesgo o cualquiera de los tres primeros factores, que se asocian al mayor riesgo de hemorragia.



Ver [Factores de riesgo de hemorragia](#) en ClinicalKey (Table 2. Bleeding Risk Score Points Assigned to Each Independent Factor Identified With the Multiple Logistic Regression Model).

Las directrices del American College of Physicians difieren ligeramente de las del American College of Chest Physicians, en particular con respecto al uso de la profilaxis mecánica. Según el American College of Physicians:

Evalúe individualmente el riesgo de tromboembolia y hemorragia en pacientes con afectación médica antes de administrar la profilaxis (evidencia de calidad moderada, recomendación firme).

Administre profilaxis farmacológica con heparina o un fármaco relacionado a los pacientes con afectación médica (incluidos los que tienen accidente cerebrovascular), a menos que el riesgo de hemorragia supere los posibles beneficios (evidencia de calidad moderada, recomendación firme).

No administre profilaxis mecánica con medias de compresión graduada (evidencia de calidad moderada, recomendación firme). En los pacientes con alto riesgo de episodios hemorrágicos o en los que la heparina está contraindicada por otras razones, la compresión neumática intermitente puede ser una opción razonable.

- Qaseem A, Chou R, Humphrey LL, Starkey M, Shekelle P; . Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized patients: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011;155(9), 625-632. [Source](#)
- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M et al. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2012;141((2 Suppl)), 7S-47S. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Medida de calidad

---

### NQF 0371. Profilaxis de la tromboembolia venosa

Esta determinación evalúa el número de pacientes que recibieron profilaxis para la tromboembolia venosa o en los que se documentó el motivo por el que no recibieron la profilaxis el mismo día o el día después de su ingreso, o en la fecha en que se terminó la cirugía para las cirugías que se inician el mismo día o el día después del ingreso. Esta determinación forma parte de un conjunto de seis medidas de prevención y tratamiento aplicadas a nivel nacional para el manejo de la tromboembolia venosa.

Exclusiones:

- Los pacientes de menos de 18 años de edad
- Los pacientes que permanecen en el hospital menos de 2 días o más de 120 días

- Los pacientes con solo medidas de alivio documentadas en el mismo día o el día después de su llegada al hospital
- Los pacientes que participan en estudios clínicos relacionados con la TEV
- Los pacientes que ingresan directamente en la UCI o son trasladados a la UCI el mismo día o el día posterior a su ingreso y que permanecen en la UCI un día o más
- Los pacientes con código de diagnóstico principal CIE-9-CM de trastornos mentales o accidente cerebrovascular.
- Los pacientes con código de diagnóstico principal CIE-9-CM u otros códigos diagnósticos de obstetricia o TEV
- Los pacientes con código de intervención CIE-9-CM de cirugías seleccionadas de TEV del Surgical Care Improvement Project (SCIP)

TEV-2: profilaxis de la tromboembolia venosa en la UCI, TEV-3: pacientes con tromboembolia venosa y tratamiento anticoagulante, TEV-4: pacientes con tromboembolia venosa que reciben heparina no fraccionada con seguimiento de la dosis y el recuento de plaquetas, TEV-5: instrucciones en el momento del alta de tratamiento con warfarina para la tromboembolia venosa y TEV-6: tromboembolia venosa intrahospitalaria potencialmente prevenible que se usa en el proceso de acreditación de la Joint Commission.

*Steward: The Joint Commission.*

*Uso en el programa federal: Hospital Inpatient Quality Reporting, Meaningful Use Stage 2 (EHR Incentive Program) - Hospitals, CAHs.*

*Entorno de atención sanitaria: hospital/centro de atención de enfermedades agudas.*

*National Quality Forum-endorsed measure. [Source](#).*

Publicado por: Elsevier OS Español

## No se requiere profilaxis de la TVP

Contraindicación de profilaxis para trombosis venosa profunda documentada en la historia clínica

## Dispositivos mecánicos

*Aplicar métodos mecánicos de profilaxis de trombosis venosa profunda en riesgo de hemorragia elevado*

### Resumen de evidencia

#### Métodos mecánicos, profilaxis de la trombosis venosa profunda

Las guías publicadas contienen diferentes recomendaciones sobre el uso de dispositivos de compresión mecánica para prevenir la trombosis venosa profunda:

- El American College of Chest Physicians recomienda el uso de tromboprofilaxis mecánica con medias de compresión gradual (grado 2C) o compresión neumática intermitente (grado 2C), con

preferencia frente a la ausencia de trombotoprofilaxis mecánica, para pacientes agudos hospitalizados con riesgo creciente de trombosis y con hemorragia, o expuestos a alto riesgo de hemorragia importante.

- Cuando el riesgo de hemorragia disminuye y el de tromboembolia venosa persiste, estas directrices apuntan a la sustitución de la trombotoprofilaxis farmacológica por la trombotoprofilaxis mecánica (grado 2B)
- El American College of Physicians se muestra *contrario* al uso de profilaxis mecánica con medias de compresión gradual (MCG) (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).

Una revisión sistemática constató que las MCG son eficaces en la reducción del riesgo de TVP, aunque la evidencia es superior para pacientes de cirugía general y ortopédica que para pacientes médicos. Por otro lado, otra revisión sistemática indica que las medias que llegan hasta el muslo no son estadísticamente más eficaces que las que llegan hasta la rodilla, cuyo uso es más probable, debido a la preferencia de los pacientes.

- Qaseem A, Chou R, Humphrey LL, Starkey M, Shekelle P; . Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized patients: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011;155(9), 625-632. [Source](#)
- Wade R, Paton F, Rice S, et al. Thigh length versus knee length antiembolism stockings for the prevention of deep vein thrombosis in postoperative surgical patients; a systematic review and network meta-analysis. *BMJ open.* 2016;6, e009456. doi:10.1136/bmjopen-2015-009456 [Source](#)
- Sachdeva A, Dalton M, Amaragiri SV, Lees T. Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev.* . 2014;12, CD001484. doi:10.1002/14651858.CD001484.pub3. [Source](#)
- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M et al. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2012;141((2 Suppl)), 7S–47S. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Aplicar dispositivo de compresión intermitente

Medias de compresión graduada en ambas extremidades ; hasta el muslo

Medias de compresión graduada en ambas extremidades ; hasta la rodilla

## Medicamentos

*Los pacientes con riesgo elevado de trombosis venosa profunda deben iniciar trombotoprofilaxis con HBPM, dosis bajas de heparina no-fraccionada o fondaparinux en cuanto no exista riesgo de hemorragia*

## Resumen de evidencia

## Prevención de la TEV en pacientes hospitalizados con afectación médica aguda III

### Según las directrices prácticas del American College of Chest Physicians (ACCP):

- Utilice tromboprofilaxis anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, heparina no fraccionada a bajas dosis 2 o 3 veces al día, o fondaparinux en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda con mayor riesgo de trombosis.
- No utilice profilaxis farmacológica o mecánica en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda con riesgo bajo de trombosis (grado: 1B).
- No utilice tromboprofilaxis anticoagulante en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda que tienen hemorragia o alto riesgo de hemorragia (grado: 1B).
- Utilice tromboprofilaxis mecánica con medias de compresión graduada (grado: 2C) o compresión neumática intermitente (grado: 2C) en vez de tromboprofilaxis no mecánica en pacientes hospitalizados con afectación médica aguda con mayor riesgo de trombosis que tienen hemorragia o alto riesgo de hemorragia importante. Si el riesgo de hemorragia disminuye y el riesgo de tromboembolia venosa persiste, sustituya la tromboprofilaxis farmacológica por la tromboprofilaxis mecánica (grado: 2B).
- No extienda la duración de la tromboprofilaxis más allá del período de inmovilización del paciente o la estancia hospitalaria aguda en los pacientes hospitalizados con afectación médica aguda que han recibido un curso inicial de tromboprofilaxis (grado: 2B).

### Escala de predicción de Padua:

El ACCP recomienda la Escala de predicción de Padua para juzgar el riesgo de los pacientes hospitalizados. La Escala de predicción de Padua asigna puntos a los 11 factores de riesgo que se presentan a continuación. Una puntuación acumulada de 4 puntos o más constituye un alto riesgo de tromboembolia venosa. [Clique aquí para consultar la escala.](#)

El panel de directrices del American College of Chest Physicians definió el aumento del riesgo de hemorragia como la presencia de múltiples factores de riesgo o cualquiera de los tres primeros factores, que se asocian al mayor riesgo de hemorragia.

Ver [Factores de riesgo de hemorragia](#) en ClinicalKey (Table 2. Bleeding Risk Score Points Assigned to Each Independent Factor Identified With the Multiple Logistic Regression Model).

Las directrices del American College of Physicians difieren ligeramente de las del American College of Chest Physicians, en particular con respecto al uso de la profilaxis mecánica. Según el American College of Physicians:

Evalúe individualmente el riesgo de tromboembolia y hemorragia en pacientes con afectación médica antes de administrar la profilaxis (evidencia de calidad moderada, recomendación firme).

Administre profilaxis farmacológica con heparina o un fármaco relacionado a los pacientes con afectación médica (incluidos los que tienen accidente cerebrovascular), a menos que el riesgo de hemorragia supere los posibles beneficios (evidencia de calidad moderada, recomendación firme).

No administre profilaxis mecánica con medias de compresión graduada (evidencia de calidad moderada, recomendación firme). En los pacientes con alto riesgo de episodios hemorrágicos o en los que la heparina está contraindicada por otras razones, la compresión neumática intermitente puede ser una opción razonable.

- Qaseem A, Chou R, Humphrey LL, Starkey M, Shekelle P; . Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized patients: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011;155(9), 625-632. [Source](#)
- Guyatt GH, Akl EA, Crowther M et al. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141((2 Suppl)), 7S–47S. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

*Modificar la dosis de enoxaparina en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min) y pacientes con obesidad mórbida (IMC igual o superior a 35 kg/m<sup>2</sup>)*

## Resumen de evidencia

### Enoxaparina, profilaxis de la TVP - tratamiento médico

#### INDICACIONES

Pacientes adultos con factores de riesgo de TVP debido a movilidad restringida durante una enfermedad aguda:

- Insuficiencia cardíaca congestiva moderada-grave
- Enfermedad respiratoria grave
- Pacientes encamados que tengan 1 o más de los siguientes factores de riesgo:
  - Cáncer activo
  - Antecedentes de TEV
  - Sepsis
  - Enfermedad neurológica aguda
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
- Adultos: 40 mg/día por vía subcutánea hasta 14 días

Pacientes con obesidad:

- Aunque las directrices de práctica clínica previas recomiendan la dosificación basada en el peso para la profilaxis de TEV en pacientes obesos, las directrices actuales no contienen recomendaciones específicas de dosis sino que indican que puede ser necesaria una dosis mayor.
  - Adultos: 0,5 mg/kg por vía subcutánea 1-2 veces/día

- o Se pueden seguir las concentraciones de antifactor Xa y considerar ajustes de dosis hasta lograr una concentración de antifactor Xa de 0,2-0,5 unidades internacionales/ml

Pacientes con aclaramiento de creatinina < 30 ml/min:

- Adultos: 30 mg por vía subcutánea 1 vez/día

Otros:

- Pacientes perioperatorios, mujeres gestantes y pacientes que precisan interrumpir el tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK): consultar referencia bibliográfica
  
- Nutescu EA, Spinler SA, Wittkowsky A, Dager WE.. Low-molecular-weight heparins in renal impairment and obesity: available evidence and clinical practice recommendations across medical and surgical settings.. Ann Pharmacother.. 2009;43(6), 1064-1083. doi:10.1345/aph.1L194. [Source](#)
  
- Enoxaparina. *ClinicalKey*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Enoxaparina sodio 40 mg (4.000 UI) inyectable 0,4 ml jeringa precargada ; vía subcutánea ;

Dosis: 40 mg ; Frecuencia: cada 24 h

Enoxaparina sodio 20 mg (2.000 UI) inyectable 0,2 ml jeringa precargada ; vía subcutánea ;

Dosis: 20 mg ; Frecuencia: cada 24 h ; Administrar 20mg en pacientes con filtrado glomerular <30mL/min

*Evitar el uso de fondaparinux en pacientes con un peso inferior a 50 kg, aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min, ancianos y pacientes frágiles*

## Resumen de evidencia

---

### Fondaparinux, profilaxis de la TVP

Debe evitarse el uso de fondaparinux en pacientes que pesen < 50 kg, ancianos y pacientes frágiles porque las complicaciones hemorrágicas pueden ser mayores.

- Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, et al. Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl), e278S-e325S. doi:10.1378/chest.11-2404 [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Fondaparinux 2,5 mg inyectable 0,5 ml jeringa precargada ; vía subcutánea ; Dosis: 2,5 mg ;

Frecuencia: cada 24 h

Bemiparina sodio 3.500 UI inyectable 0,2 ml jeringa precargada ; vía subcutánea ; Dosis: 3.500 UI

; Frecuencia: cada 24 h ; Peso superior a 60kg o de riesgo elevado

Bemiparina sodio 2.500 UI inyectable 0,2 ml jeringa precargada ; vía subcutánea ; Dosis: 2.500 UI

; Frecuencia: cada 24 h ; Peso inferior a 60 kg o de bajo riesgo

Heparina sodio 5.000 UI/ml inyectable 5 ml ; vía intravenosa ; Dosis: 5.000 UI ; Frecuencia: cada 8 h

## Laboratorio

### Resumen de evidencia

#### Pruebas de laboratorio, COVID-19

Recomendaciones sobre las pruebas de laboratorio:

- Un RT-PCR (test de reacción en cadena de la polimerasa) positivo para ARN de SARS-CoV-2 (2019-nCoV) se considera confirmación del diagnóstico.
- No se diagnostica con hemogramas rutinarios, pero sí está emergiendo un patrón de anomalías típicas en algunas series de casos de pacientes hospitalizados:
  - Puede observarse leucopenia y es frecuente una linfopenia relativa, especialmente en pacientes con patología grave.
  - En una serie se apreció anemia en aproximadamente la mitad de los pacientes.
  - Se han observado recuentos plaquetarios elevados y disminuidos.
  - Se ha reportado un tiempo de protrombina prolongado.
  - Los niveles de dímero D y fibrinógeno pueden estar elevados.
  - Son frecuentes los niveles elevados de lactato deshidrogenasa y enzimas hepáticas (ALT y AST).
  - Los niveles de procalcitonina sérica suelen estar dentro del rango de referencia; se han observado niveles elevados en pacientes con infección secundaria.
  - Los niveles séricos de otros reactantes de fase aguda (p. ej. proteína C reactiva, ferritina) y la velocidad de sedimentación eritrocítica están elevados en la mayoría de pacientes.
- Un nivel de lactato de 2 mmol/l o superior sugiere shock séptico.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Bioquímica

Lab: Perfil metabólico básico , 1 vez

Lab: Perfil metabólico completo , 1 vez

Lab: Péptido natriurético cerebral , 1 vez

Lab: Proteína C reactiva , 1 vez

Lab: Dímero-D cuantitativo , 1 vez

Lab: Fibrinógeno , 1 vez

Lab: Ferritina , 1 vez

Lab: Grupo de pruebas de la función hepática , 1 vez

Lab: Lactato , 1 vez ; venoso

### Resumen de evidencia

---

#### Lactato, COVID-19

Un nivel de lactato de 2 mmol/l o superior sugiere shock séptico.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Lab: Grupo de pruebas de lípidos , 1 vez

Lab: Procalcitonina , 1 vez

Lab: Troponina I , 1 vez

### Resumen de evidencia

---

#### Bioquímica, dolor torácico

Recomendaciones de la AHA/ACC sobre los biomarcadores usados para el pronóstico, estratificación inicial del riesgo y diagnóstico:

##### Clase I

Deben obtenerse concentraciones seriadas de troponina I o T cardíaca (cuando se usa un análisis actual) en la presentación y 3-6 h después del inicio de los síntomas en todos los pacientes que se presenten con síntomas compatibles con síndrome coronario agudo (SCA) para identificar un patrón de ascenso o descenso de las cifras (nivel de evidencia: A)

Hay que obtener más concentraciones de troponina después de 6 h tras el inicio de los síntomas en pacientes con concentraciones de troponina normales en los análisis seriados cuando los cambios en el ECG o la presentación clínica confieran un grado de sospecha intermedio o elevado para SCA (nivel de evidencia: A)

Si no está claro cuándo comenzaron los síntomas, hay que considerar el momento de la presentación como el tiempo de inicio para valorar las cifras de troponina (nivel de evidencia: A)

La presencia y magnitud de las elevaciones de troponina son útiles para el pronóstico a corto y largo plazo (nivel de evidencia: B)

##### Clase IIa

Es razonable obtener un perfil de lípidos en ayunas en pacientes con SCA sin elevación del ST (SCA-SEST), preferiblemente en las 24 h siguientes a la presentación (nivel de evidencia: C)



**Clase IIb**

Puede plantearse la determinación del péptido natriurético tipo B o del péptido natriurético tipo proB N-terminal para valorar el riesgo en pacientes con sospecha de SCA (nivel de evidencia: B)

**Clase III: sin beneficios**

Con los análisis de troponina actuales, la isoenzima miocárdica de la creatinina cinasa (CK-MB) y la mioglobina no son útiles en el diagnóstico de SCA (nivel de evidencia: A)

- Amsterdam A, Wenger N, Brindis R, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;130, e344-e426. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

**Hematología**

Lab: Hemograma completo , 1 vez

Lab: Velocidad de sedimentación eritrocitaria , 1 vez

Lab: Glicohemoglobina , 1 vez

Lab: Tiempo de protrombina con INR , 1 vez

Lab: Tiempo de protrombina con INR , cada mañana

Lab: Tiempo de tromboplastina parcial , 1 vez

**Microbiología**

Hemocultivo , 1 vez ; (1 de 2)

Hemocultivo , 1 vez ; (2 de 2)

Cultivo y sensibilidad de tinción de Gram ; extraído de esputo , 1 vez

**Resumen de evidencia****Cultivo de esputo, COVID-19**

Realizar un cultivo de esputo en presencia de tos productiva:

- Tracto respiratorio inferior
  - Son aceptables las muestras de esputo obtenidas mediante tos del paciente (previo enjuague bucal).
    - La OMS recomienda no inducir el esputo porque el proceso podría incrementar la aerosolización y el riesgo de transmisión.

Publicado por: Elsevier OS Español

Cultivo y sensibilidad de tinción de Gram ; extraído de orina , 1 vez

Antígeno gripe A/B ; extraído de nariz , 1 vez

## Resumen de evidencia

---

### Antígeno A/B de la gripe, neumonía adquirida en la comunidad

#### Antígeno A/B de la gripe - gripe

- Utilice una prueba de diagnóstico rápido de la gripe si puede modificar la asistencia al paciente o a otros pacientes. Los siguientes factores justifican estas pruebas:
  - Pacientes hospitalizados
  - Pacientes con enfermedades de alto riesgo
  - Documentación de brotes hospitalarios o en residencias
  - Época atípica (p. ej., meses de verano en las zonas de clima templado)
    - En estos casos se recomienda el cultivo vírico para confirmar los resultados positivos de las pruebas rápidas e identificar la cepa
  
- Pruebas de detección de antígenos: la prueba rápida del diagnóstico de gripe suele estar disponible en los centros en los que se efectúan este tipo de intervenciones.
  - Se realiza con frotis o aspirados nasales o nasofaríngeos
  - Algunas pueden diferenciar la gripe A de la gripe B, pero no pueden identificar la cepa específica
  - La sensibilidad es del 50 al 70%
  - La especificidad es del 90 al 95%
  
- Harper SA et al. Seasonal influenza in adults and children—diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* . 2009;48(8), 1003-1032. [Source](#)
  
- *CDC: Influenza Signs and Symptoms and the Role of Laboratory Diagnostics (2016)*. [Source](#)
  
- *Gripe. Clinical Overview. ClinicalKey*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Antígeno gripe A/B ; extraído de esputo , 1 vez

Cultivo SARM ; extraído de nariz , 1 vez

Cultivo de micoplasma pneumoniae ; extraído de esputo , 1 vez

**Contactar con el Departamento de Salud Pública en caso de obtener resultados positivos de SARS-CoV-2 al realizar las pruebas de Reacción en cadena de la Polimerasa**

Reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) ; extraído de nariz , 1 vez

## Resumen de evidencia

---

### Frotis nasofaríngeo y orofaríngeo, COVID-19

Frotis del tracto respiratorio superior

- Se obtendrán dos frotis: orofaríngeo y nasofaríngeo. Los hisopos deben ser de fibra sintética y tener la varilla de plástico. Las 2 muestras deben ser remitidas en contenedores separados.
  - Insertar el hisopo en la fosa nasal en paralelo al paladar. Aguantarlo en esa posición durante unos segundos para absorber secreciones.
  - Pasar el hisopo por la faringe posterior evitando lengua y amígdalas.
- También son aceptables las muestras de lavado (o aspirado) nasofaríngeo.
- Los CDC facilitan instrucciones específicas para la toma y el manejo de muestras.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) ; extraído de bucal , 1 vez

### Resumen de evidencia

#### Frotis nasofaríngeo y orofaríngeo, COVID-19

Frotis del tracto respiratorio superior

- Se obtendrán dos frotis: orofaríngeo y nasofaríngeo. Los hisopos deben ser de fibra sintética y tener la varilla de plástico. Las 2 muestras deben ser remitidas en contenedores separados.
  - Insertar el hisopo en la fosa nasal en paralelo al paladar. Aguantarlo en esa posición durante unos segundos para absorber secreciones.
  - Pasar el hisopo por la faringe posterior evitando lengua y amígdalas.
- También son aceptables las muestras de lavado (o aspirado) nasofaríngeo.
- Los CDC facilitan instrucciones específicas para la toma y el manejo de muestras.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) ; extraído de esputo , 1 vez  
Virus sincitial respiratorio ; extraído de nariz , 1 vez

### Orina

Lab: Análisis de orina , 1 vez

Lab: Prueba de embarazo , 1 vez ; orina

Lab: Prueba de detección de drogas , 1 vez ; orina

## Radiología

### Resumen de evidencia

---

#### Pruebas radiológicas, COVID-19

La radiografía de tórax (p. ej. radiografía ordinaria, tomografía computarizada o TC) ha mostrado anomalías en la mayoría de casos reportados.

Las anomalías varían desde consolidación, en pacientes graves, a opacidad de vidrio esmerilado en pacientes con neumonía leve y en proceso de recuperación.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

## Radiografía

Radiografía de tórax PA/lateral ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de estudio]

Radiografía de tórax AP (Portátil) ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de estudio]

---

## Tomografía computarizada

### Resumen de evidencia

---

#### Tomografía computarizada, COVID-19

La tomografía computarizada es más sensible que la radiografía convencional, pero una tomografía aparentemente normal no es excluyente de diagnóstico de COVID-19.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de estudio]

Tomografía computarizada de tórax sin contraste intravenoso ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de estudio]

---

## Estudios diagnósticos

Electrocardiograma de 12 derivaciones ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ;  
Pregunta: [añadir motivo de estudio]

---

## Consultas

Consultas: Departamento de salud pública ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ;  
Pregunta: evaluación y gestión de la enfermedad  
Consultas: Enfermedades infecciosas ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta:  
evaluación y gestión de la enfermedad

### Resumen de evidencia

---

#### Enfermedades Infecciosas, COVID-19

Consultar con un especialista en enfermedades infecciosas para una adecuada gestión y coordinación con las autoridades de Salud Pública.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Consultas: Neumología ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: evaluación y  
gestión de la enfermedad

### Resumen de evidencia

---

#### Neumología, COVID-19

Consultar con un neumólogo para una adecuada obtención de muestras para el diagnóstico y un manejo correcto de la ventilación mecánica, en caso necesario.

ClinicalKey. (2020). *Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection*. [Source](#)

Publicado por: Elsevier OS Español

Consultas: Nutricionista ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de consulta]  
Consultas: Fisioterapia ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de consulta]  
Consultas: Farmacia ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de consulta]

Consultas: Terapia ocupacional ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de consulta]

Consultas: Servicios sociales ; Historia: [añadir diagnóstico, signos y síntomas] ; Pregunta: [añadir motivo de consulta]

---

## Módulos

Gestión de la glucosa: módulo

Fisioterapia respiratoria: módulo

Vacunas, Adulto - Módulo

Gestión de lesiones por presión: módulo