

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORONAVIRUS

(Versión provisional número 7)

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China surgió una nueva epidemia de neumonía viral, producida por un nuevo virus, el SARS-COVID-19. Poco después, se identificaron nuevos casos tanto dentro, como fuera de China. La COVID-19 ha sido clasificada como enfermedad infecciosa respiratoria aguda dentro de la categoría de enfermedades infecciosas de clase B, de acuerdo con la Ley de la República Popular China sobre la Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas, y se trata según el protocolo para enfermedades infecciosas de clase A. Gracias a la aplicación de una serie de medidas preventivas y terapéuticas, se ha logrado contener parcialmente la tendencia al alza de la epidemia en China. En la mayoría de las provincias, la situación epidémica ha mejorado, pero el número de brotes en el extranjero está en aumento. A través de un mayor conocimiento de las manifestaciones clínicas, una mejor comprensión fisiopatológica de la enfermedad y la progresiva experiencia en el diagnóstico y tratamiento, se ha conseguido mejorar el diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad, mejorar la tasa de curación, reducir la tasa de mortalidad y evitar la infección nosocomial de forma significativa. Simultáneamente, se recuerda la necesidad de prestar atención a una posible diseminación de los casos provenientes de fuera de China. Por todos estos motivos, se ha revisado el documento "Diagnóstico y tratamiento del coronavirus (versión provisional número 6)" y se ha publicado el presente "Diagnóstico y tratamiento del coronavirus (versión provisional número 7)".

I. CARACTERÍSTICAS ETIOLÓGICAS.

El nuevo coronavirus pertenece al género P, presenta una envoltura con partículas redondeadas u ovaladas, a menudo pleomórfica, con un diámetro de entre 60 y 140 nm. Genéticamente, el virus difiere considerablemente de los SARSr-CoV y MERSr-CoV. Los estudios actuales muestran que la homología entre el 2019-nCoV y el coronavirus SARS del murciélago (bat-SL-CoVZC45) es superior al 85%. En aislamiento y cultivo in vitro, el nuevo coronavirus se puede encontrar en el epitelio pulmonar humano tras unas 96 horas, mientras que se tarda aproximadamente 6 días en aislarlo y cultivarlo en las líneas celulares Vero E6 y Huh-7.

La mayor parte de la información sobre las propiedades físicas y químicas del coronavirus proviene de la investigación sobre SARS-CoV y MERS-CoV. El virus es sensible a los rayos ultravioleta y al calor, se inactiva a 56°C durante 30 minutos. También se puede inactivar con solventes lipídicos como el éter, etanol al 75%, desinfectantes con cloro, ácido peracético o cloroformo. Por el contrario, se ha comprobado que la clorhexidina es incapaz de inactivar el virus de manera efectiva.

II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS.

(1) Fuente de transmisión.

Hasta ahora, la principal fuente de infección observada son los pacientes infectados por el COVID-19. Los pacientes infectados y asintomáticos también pueden convertirse en una fuente de transmisión.

(2) Vías de transmisión.

El COVID-19 se contagia principalmente a través de gotas de las vías respiratorias y por contacto estrecho. Es posible la transmisión por aerosolización por exposición prolongada a aerosoles de alta concentración en estancias relativamente cerrados. Al haberse aislado el COVID-19 en las heces y en la orina, se debe prestar atención a la contaminación ambiental por estos dos elementos ya que podrían ser una posible fuente de transmisión por aerosolización y por contacto.

(3) Individuos susceptibles

Todas las personas.

III. PATOGENIA

En base a las autopsias practicadas hasta la fecha y el análisis mediante biopsia con aspiración de aguja fina (PAAF), se resumen a continuación los resultados de los exámenes histopatológicos:

(1) Pulmones

En el tejido pulmonar se observaron distintos grados de consolidación. En el interior de la cavidad alveolar se observó un líquido mucoseroso, un exudado fibrinoproteico y formación de membranas transparentes. Las células detectadas eran principalmente monocitos, macrófagos y células gigantes multinucleadas. Había una gran proliferación y desprendimiento de células epiteliales alveolares tipo II. Se apreciaron cuerpos de inclusión en las células epiteliales alveolares tipo II y en los macrófagos. Se observó congestión y edema en los vasos septales alveolares, con infiltración de monocitos y linfocitos y trombosis hialina. Se vieron hemorragias focales y necrosis del tejido pulmonar, con posibilidad de infartos hemorrágicos. También, cicatrización parcial y fibrosis intersticial pulmonar.

Se visualizó un desprendimiento del epitelio de la mucosa bronquial, pudiendo apreciarse formación de mucosidad y tapones en la cavidad bronquial. Se observó una pequeña cantidad de alvéolos con hiperinsuflación, ruptura septal alveolar o formación de cavidades quísticas.

Con el microscopio electrónico se vieron partículas del coronavirus en el citoplasma del epitelio de la mucosa bronquial y en las células epiteliales alveolares tipo II. La tinción inmunohistoquímica mostró que parte del epitelio alveolar y los macrófagos dieron positividad para antígenos del SARS-CoV-2, y la RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa) detectó ácidos nucleicos del SARS-COVID-19.

(2) Bazo, ganglios linfáticos hiliares y médula ósea.

El bazo de tamaño significativamente reducido, al igual que el número de linfocitos. Hemorragia focal y necrosis, proliferación de macrófagos en el bazo con fagocitosis. Número reducido de linfocitos en ganglios linfáticos, con necrosis de estos últimos. La tinción inmunohistoquímica mostró una disminución de las células CD4 + T y CD8 + T en el bazo y en los ganglios linfáticos. Disminución de producción de las tres líneas celulares en la médula ósea.

(3) Corazón y vasos sanguíneos.

Degeneración y necrosis de las células miocárdicas. Número reducido de infiltrados por monocitos, linfocitos y/o neutrófilos en el intersticio. Desprendimiento endotelial, inflamación de la membrana interior y formación de trombosis en algunos vasos sanguíneos.

(4) Hígado y vesícula biliar.

Hígado aumentado de tamaño y de color rojo oscuro. Degeneración hepatocitaria, necrosis focal con infiltración de neutrófilos. Hiperemia de los sinusoides hepáticos, infiltración de linfocitos y monocitos en el espacio porta y formación de microtrombosis. Se observó una vesícula biliar muy repleta.

(5) Riñones.

Se puede observar exudado proteico en la cavidad glomerular, degeneración y desprendimiento del epitelio tubular, congestión del tejido intersticial, microtrombosis y fibrosis focal.

(6) Otros órganos.

SNC: hiperemia y edema del tejido cerebral, degeneración de algunas neuronas.

Glándulas suprarrenales: necrosis focal.

Sistema digestivo: diversos grados de degeneración, necrosis y desprendimiento en el epitelio de la mucosa esofágica, gástrica e intestinal.

IV. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

(1) Manifestaciones clínicas.

Según estudios epidemiológicos, el período de incubación es de 1 a 14 días, mayoritariamente entre 3 y 7 días.

Los síntomas principales son fiebre, tos seca y cansancio. Algunos pacientes presentan síntomas tales como congestión y secreción nasal, dolor de garganta, mialgias y diarrea. Los pacientes más graves a menudo presentan disnea y/o hipoxemia una semana después del contagio. En casos graves la clínica puede progresar rápidamente a insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico, acidosis metabólica difícil de corregir, coagulopatía, e incluso fallo multiorgánico. Es importante señalar que los pacientes con enfermedades graves o críticos pueden tener fiebre moderada, febrícula o incluso no tener fiebre.

Algunos niños y neonatos pueden presentar síntomas atípicos, como vómitos y diarrea, o bien hiporreactividad e incluso disnea.

Los pacientes leves solo han mostrado febrícula, cansancio leve y no presentan insuficiencia respiratoria.

En la casuística actual, la mayoría de los pacientes presentan un buen pronóstico y una minoría evolucionan a una situación crítica. El pronóstico empeora significativamente en los ancianos y en pacientes con comorbilidades. El cuadro clínico en las mujeres embarazadas y con neumonía por COVID-19, es similar al de pacientes del mismo rango etario. En los niños, los síntomas son leves en la mayor parte de los casos.

(2) Estudios de laboratorio.

1. Estudio general

En la fase precoz de la enfermedad, el número total de leucocitos en sangre periférica es normal o está disminuido y se aprecia una reducción en el número de linfocitos. Algunos pacientes pueden presentar un aumento de las enzimas hepáticas, de la lactato deshidrogenasa (LDH), de la creatinaquinasa y de la mioglobina. Algunos pacientes críticos pueden presentar un aumento de troponina. La mayoría de los pacientes presentan niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) y un aumento de la velocidad de sedimentación globular, con procalcitonina normal. En casos graves, el dímero-D aumenta y los linfocitos disminuyen progresivamente. Los pacientes graves y en estado crítico a menudo presentan elevación de los reactantes de fase aguda.

2. Etiología y examen serológico.

(1) Examen etiológico: se detectaron ácidos nucleicos de COVID-19 en hisopos nasofaríngeos, esputo y otras secreciones del tracto respiratorio inferior, así como en sangre, heces y otras muestras utilizando los métodos RT-PCR y/o NGS. La detección en muestras del tracto respiratorio inferior (esputo o aspirador de vías respiratorias) es más sensible. Se deben enviar las muestras para su análisis lo antes posible tras la recogida.

(2) Examen serológico: la mayoría de anticuerpos IgM específicos de COVID-19 comienzan a positizarse tras 3-5 días del inicio de la enfermedad, y en el período de convalecencia, los anticuerpos IgG se positivan al menos de 4 veces más que durante la fase aguda.

(3) Análisis de imágenes torácicas. (Radiología)

En la fase precoz, se aprecian claramente una serie de infiltrados irregulares y alteraciones en el tejido intersticial, especialmente en el tejido pulmonar periférico, que se extiende por ambos pulmones como opacidades en vidrio delustrado. En casos graves, pueden formarse consolidaciones pulmonares. El derrame pleural es infrecuente.

V. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

(A) Casos sospechosos.

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los siguientes antecedentes epidemiológicos y manifestaciones clínicas:

1. Historial epidemiológico.

En los 14 días anteriores al comienzo de la enfermedad:

- (1) historial de viajes o de residencia en Wuhan y en áreas circundantes o en otras zonas con casos registrados.
- (2) Presentar antecedentes de contacto con una persona infectada con COVID-19 (prueba de PCR positiva).
- (3) Pacientes con fiebre o síntomas respiratorios de la región de Wuhan y sus alrededores, o de zonas con casos registrados.
- (4) Inicio de la enfermedad en grupos de gente (situaciones en las que, en las últimas dos semanas, se han dado 2 o más casos de fiebre y/o síntomas respiratorios en una zona reducida como el hogar, la oficina o el aula del colegio).

2. Signos clínicos

- (1) Fiebre y/o síntomas respiratorios.
- (2) Presentar las características radiológicas de neumonía por coronavirus, señaladas anteriormente.
- (3) El número total de leucocitos es normal o disminuido, y el recuento de linfocitos está en rango de normalidad o disminuye en la fase precoz de la enfermedad.

Caso sospechoso:

- Tener uno de los antecedentes epidemiológicos + 2 de los síntomas clínicos señalados.
- No presentar antecedentes epidemiológicos claros, pero tener los tres ítems clínicos.

(B) Diagnóstico de casos confirmados.

Aquellos casos sospechosos que con una de las siguientes determinaciones:

1. Resultado positivo de la prueba de RT-PCR de COVID-19.
2. Secuencia genética viral que resulte muy similar al COVID-19 conocido.
3. Positivización de anticuerpos IgM específicos del SARS-COVID-19 y anticuerpos IgG. Los anticuerpos IgG específicos del SARS-COVID-19 se positivizan durante la fase de convalecencia al menos 4 veces más que durante la fase aguda.

VI. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

(1) Leve.

Síntomas clínicos leves, no se detectan signos de neumonía en las radiografías.

(2) Moderada.

Fiebre y síntomas respiratorios. En las radiografías hay signos de neumonía.

(3) Grave.

En **ADULTOS**:

1. Insuficiencia respiratoria con una $FR \geq 30$ respiraciones/minuto.
 2. En reposo, saturación de oxígeno dactilar $\leq 93\%$.
 3. Relación $PaO_2 / FiO_2 < 300$ mmHg (1 mmHg = 0,133 kPa).
- En zonas de altitud elevada (por encima de los 1.000 metros), se debería corregir la fórmula PaO_2/FiO_2 de la siguiente manera: $PaO_2/FiO_2 \times [Presión\ atmosférica\ (mmHg)/760]$.
 - Los casos en los que en las radiografías de tórax se aprecie una evolución significativa (infiltrados que hayan crecido más del 50% respecto a radiografías previas) en un periodo

de 24-48 horas, se clasificará como casos graves.

En NIÑOS:

1. Insuficiencia respiratoria (en < 2 meses, FR \geq 60 resp/minuto; de 2 a 12 meses, FR \geq 50 resp/min; de 1 a 5 años, FR \geq 40 resp/min; en > 5 años, FR \geq 30 resp/minuto). Se exceptúan los casos debidos a fiebre o por llanto incontrolado del niño.
2. En reposo, saturación de oxígeno dactilar < 92%.
3. Respiración alterada: gemidos, aleteo nasal, cianosis, apnea intermitente.
4. Letargo y convulsiones.
5. Rechaza la comida o dificultad para alimentarlo, con signos de deshidratación.

(4) Estado crítico.

Con alguno de los siguientes escenarios:

1. Insuficiencia respiratoria que requiere el uso de ventilación mecánica.
2. Shock.
3. Fallo multiorgánico que requiere ingreso, monitorización y tratamiento en una UCI.

VII. INDICADORES DE GRAVEDAD.

(1) Adultos.

1. Linfopenia progresiva.
2. Aumento de los reactantes de fase aguda, como la IL-6 y la proteína C-reactiva.
3. Aumento progresivo del ácido láctico.
4. Los infiltrados pulmonares aumentan rápidamente en poco tiempo.

(2) Niños.

1. Aumento de la frecuencia respiratoria.
2. Hiporreactividad y somnolencia.
3. Aumento progresivo de ácido láctico.
4. Infiltrados pulmonares bilaterales o multilobares, derrame pleural de rápida evolución en las radiografías.
5. Lactantes menores de 3 meses, o niños con trastornos subyacentes (cardiopatía congénita, displasia broncopulmonar, malformaciones del aparato respiratorio, hemoglobinopatías, desnutrición grave), o con inmunodeficiencias secundarias al tratamiento crónico con inmunosupresores.

VIII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(1) Debe hacerse en los casos leves de COVID-19 con otras infecciones virales del tracto respiratorio superior.

(2) La neumonía causada por el nuevo coronavirus se diferencia principalmente de otras infecciones virales de las vías respiratorias (virus de la gripe o influenza, adenovirus, virus respiratorio sincitial) y la neumonía causada por micoplasma. Para los casos sospechosos, es imprescindible realizarse tests para diferenciación con microorganismos comunes, como el test de detección rápida de antígenos y la prueba de ácido nucleico mediante PCR múltiple.

(3) También hay que diferenciar de enfermedades no-infecciosas como vasculitis, dermatomiositis y la neumonía organizada criptogénica.

IX. DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS.

Cuando el personal médico detecte casos que cumplan con la definición de caso sospechoso expuesta anteriormente, deberá de inmediato aislar al paciente. Se consultará al equipo de infectólogos del hospital para realizar el diagnóstico de confirmación. Si los infectólogos confirman el caso como sospechoso, deberán informar del caso por vía web en menos de dos horas, tomar una muestra para realizar la PCR para el SARS-COVID-19, y realizar el traslado

seguro del paciente a un hospital designado. A los pacientes que han mantenido un contacto estrecho con un caso confirmado se les debe realizar la PCR para COVID-19, aunque sean previamente positivos para otros microorganismos propios de las vías respiratorias.

Se descartará el caso como sospechoso si es negativo en dos pruebas consecutivas de PCR para COVID-19 (con al menos 24 horas de separación entre las dos tomas de muestras), además de que los anticuerpos IgM e IgG también sean negativos en los 7 días posteriores al inicio de la enfermedad.

X. TRATAMIENTO

(A) SE DETERMINARÁ EL LUGAR DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO AL ESTADO DEL PACIENTE.

1. Los casos sospechosos y confirmados deberán aislarse y tratarse en hospitales designados en condiciones efectivas de aislamiento y de protección para el personal sanitario. Los casos sospechosos deben ser aislados en habitaciones habilitadas, pudiendo admitirse varios casos confirmados en una misma habitación.
2. Los casos críticos deberán ser tratados en una UCI lo antes posible.

(B) TRATAMIENTO GENERAL.

1. Reposo en cama y tratamiento de soporte, garantizando el aporte nutricional, con especial atención al equilibrio hidroelectrolítico. Además de monitorizar las constantes vitales, se debe vigilar estrechamente la saturación de oxígeno dactilar.
2. En función del estado de la enfermedad se deberán realizar controles analíticos de sangre y análisis de orina, incluyan la proteína C-reactiva, indicadores bioquímicos (enzimas hepáticas y miocárdicos, función renal, etc.), coagulación, gasometrías arteriales y radiografías de tórax. Si se tiene la posibilidad, se determinarán los niveles de citoquinas.

3. Terapia antiviral:

- Interferón alfa (5 millones de U o cantidad equivalente para un adulto, agregar 2 ml de agua esterilizada para cada inyección, aplicar mediante aerosol dos veces al día).
- Lopinavir/Ritonavir (en el adulto 200 mg/50 mg en cápsulas, 2 cápsulas cada vez, 2 tomas al día, no superar los 10 días de tratamiento).
- Ribavirina (se recomienda su uso con Interferón o Lopinavir/Ritonavir, 500 mg en cada toma en adultos, infusión intravenosa 2 a 3 veces al día, no superar los 10 días de tratamiento)
- Fosfato de cloroquina (para adultos de 18 a 65 años; en pacientes con peso corporal superior a 50 kg, administrar 500 mg dos veces al día durante 7 días; en pacientes con peso corporal inferior a 50 kg, administrar 500 mg dos veces al día en el primer y el segundo día, del tercer al séptimo día 500 mg una vez al día).
- Abidol (200 mg en adultos, 3 veces al día, no superar 10 días de tratamiento).

Se debe prestar atención a las reacciones adversas de los fármacos, las contraindicaciones (se desaconseja el uso de cloroquina en pacientes con patología cardíaca) e interacciones con otras medicaciones. Se ha de continuar con la evaluación de la eficacia de los fármacos actualmente aplicados clínicamente. No se recomienda usar simultáneamente 3 o más fármacos antivirales y el uso de la medicación debe suspenderse cuando haya efectos secundarios importantes.

Para el tratamiento en embarazadas, hay que tener en consideración la semana de gestación y, en la medida de lo posible, seleccionar aquellos fármacos que tengan un mínimo impacto sobre el feto. Hay que informar siempre a la paciente sobre los posibles efectos secundarios, y asesorarles en la toma de decisión de una posible interrupción del embarazo antes de comenzar el tratamiento

4. **Tratamiento antibiótico:** evitar el uso indiscriminado o inapropiado de antibióticos, especialmente su uso combinado.

(C) TRATAMIENTO DE CASOS GRAVES Y CRÍTICOS.

1. Bases del tratamiento: prevenir activamente las complicaciones, tratar las enfermedades subyacentes, prevenir infecciones secundarias y dar tratamiento de soporte y sintomático.

2. Soporte respiratorio:

(1) Oxigenoterapia: los pacientes graves deben ser tratados con cánulas nasales o una mascarilla de oxígeno. Valorar si con ello mejora la insuficiencia respiratoria y/o la hipoxemia.

(2) Oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva: cuando la insuficiencia y/o la hipoxemia no mejoran con la oxigenoterapia convencional, hay que considerar el uso de cánulas nasales de alto flujo o la ventilación mecánica no invasiva. Si la clínica no mejora o incluso empeora en un corto espacio de tiempo (1-2 horas), se deberá proceder inmediatamente a la ventilación mecánica invasiva.

(3) Ventilación mecánica invasiva: utilizar una estrategia de ventilación protectora, es decir, volúmenes corrientes bajos (6-8 ml/kg de peso ideal) y una presión meseta ≤ 30 cm H₂O con el objetivo de prevenir la lesión pulmonar inducida por el ventilador. Se recomienda utilizar niveles de PEEP elevados (15-20). Evitar la sedación prolongada y siempre que se pueda, realizar ventanas de sedación para valorar el inicio del destete de la ventilación mecánica y comenzar el proceso de rehabilitación motora y respiratoria. En aquellos pacientes que no estén adecuadamente adaptados al ventilador, se debe proceder al tratamiento con relajantes musculares. Es recomendable utilizar un circuito cerrado de aspiración que minimiza el riesgo de aerosolización y evita la pérdida de presión en la vía aérea.

(4) Tratamiento complementario: en aquellos pacientes con un SDRA severo.

Siempre y cuando haya suficiente personal, se recomienda realizar la ventilación en posición prono más de 12 horas al día. Si esta terapia no fuera efectiva, se debe considerar la oxigenación pulmonar por membrana extracorpórea (ECMO) lo antes posible, si se tiene disponibilidad y personal cualificado. Las indicaciones del ECMO son:

- ① Si FiO₂ > 90% y el cociente PaO₂/FiO₂ es < 80 mmHg, durante al menos 3-4 horas
- ② Presión meseta ≥ 35 cm H₂O

En los pacientes con únicamente fallo respiratorio, se recomienda el modo VV-ECMO. Si requiere soporte hemodinámico, se recomienda de entrada el modo VA-ECMO.

3. Soporte hemodinámico: Tras una adecuada reanimación con soluciones cristaloides, se utilizarán fármacos vasoactivos, con monitorización invasiva de la presión arterial, frecuencia cardíaca, diuresis, ácido láctico y gasometrías arteriales seriadas. Es recomendable el uso rutinario de eco Doppler, ecocardiografía, presión arterial invasiva y control continuo del gasto cardíaco (sistema PiCCO). Prestar atención especial a los balances hídricos tanto para evitar la sobrehidratación como el déficit hídrico.

Hay que estar atentos a los signos precoces de shock séptico: aumento de la frecuencia cardíaca > 20% de su valor inicial, disminución de la presión arterial > 20% del valor basal, signos de mala perfusión periférica, disminución del ritmo de diuresis, etc.

4. Insuficiencia renal y terapia de sustitución renal: en el paciente crítico se debe buscar de forma activa la etiología del fallo renal, (ej. hipotensión, nefrotoxicidad).

En los pacientes críticos se recomienda la terapia de reemplazo renal continua (TRRC).

Sus indicaciones incluyen:

- ① Hipercalcemia
- ② Acidosis
- ③ Edema pulmonar o edematización excesiva
- ④ Optimización del equilibrio hídrico en el paciente con disfunción multiorgánica.

5. Serología de pacientes recuperados / Terapia con plasma sanguíneo en pacientes en fase de recuperación: es adecuada para pacientes con una progresión rápida de la enfermedad, pacientes graves y en estado crítico. Para detalles sobre su uso y la dosificación, consulte el "Plan de tratamiento clínico durante el período de recuperación de pacientes en rehabilitación por el coronavirus (Versión de prueba número 2)".

6. Tratamiento de hemodiafiltración: incluye el intercambio de plasma, adsorción, perfusión, filtración de sangre/plasma, entre otros. Pretende eliminar factores pro-inflamatorios y bloquear la "Tormenta de Citoquinas", reduciendo así el daño causado por la respuesta inflamatoria. Se puede aplicar en las fases iniciales o a medio plazo en pacientes graves o en estado crítico.

7. Inmunoterapia: tratamiento con tocilizumab en pacientes graves con amplias lesiones pulmonares, que suelen presentar niveles elevados de IL-6. La primera dosis es de 4-8 mg/kg (se recomienda 400 mg, diluida en 100 ml de suerosalino al 0,9%, tiempo de infusión > 1 hora). Si esta primera dosis no fuese efectiva, se puede aplicar otra dosis suplementaria tras pasar 12 horas. El número acumulado de administraciones no podrá superar las 2 y la dosis única máxima no podrá superar los 800 mg. Prestar atención a las reacciones alérgicas, se desaconseja su uso en pacientes con una infección activa, como la tuberculosis.

8. Otros tratamientos

Los pacientes con un deterioro progresivo de los indicadores de oxigenación, un avance rápido de los infiltrados en la radiografía y con una excesiva respuesta inflamatoria, se pueden tratar con glucocorticoides durante un período corto de tiempo (3 a 5 días). La dosis recomendada es de 1 a 2 mg/kg de metilprednisolona/día, teniendo en cuenta que dosis mayores de glucocorticoides pueden retrasar la eliminación del coronavirus debido a sus efectos inmunosupresores.

En niños con afectación grave y en estado crítico, se considera apropiado la infusión intravenosa de gammaglobulina.

Las embarazadas con neumonía grave por coronavirus o en estado crítico deben considerar la interrupción del embarazo, siendo preferible el parto por cesárea.

Los pacientes a menudo presentan un estado de ansiedad e incluso miedo, siendo recomendable proporcionarles asesoramiento psicológico.

XI. REQUISITOS PARA EL ALTA HOSPITALARIA Y PRECAUCIONES DESPUÉS DEL ALTA

(1) Requisitos para el alta hospitalaria.

1. Estado afebril durante más de 3 días.
2. Mejoría significativa de los síntomas respiratorios.
3. La radiografía torácica muestra una mejora significativa de los infiltrados.
4. PCR negativa 2 veces consecutivas (con un intervalo de al menos 24 horas) en el esputo, hisopos nasofaríngeos y otras muestras respiratorias.

Podrán ser dados de alta aquellos que cumplan todas estas condiciones.

(2) Precauciones después del alta.

1. Los hospitales de referencia deben realizar un seguimiento con los centros de atención primaria de los pacientes, compartir registros médicos y enviar rápidamente información de los pacientes dados de alta al comité residencial de la jurisdicción del paciente y a los centros médicos de zona.
2. Una vez dado de alta el paciente, se recomienda continuar con el aislamiento y realizar un seguimiento durante 14 días, usar mascarilla y vivir en una habitación individual bien ventilada,

reducir el contacto estrecho con los miembros de la familia, comer de forma separada, llevar una buena higiene de manos y evitar salir.

3. Se recomienda volver al hospital para realizar un seguimiento y consulta en la segunda y cuarta semana después del alta.

XII. PRINCIPIO DE TRANSFERENCIA

Se ha puesto en ejecución de acuerdo con el Plan de Trabajo para la Transferencia de Casos de Neumonía por COVID-19 (en prueba) emitido por la Comisión Nacional de Higiene y Salud.

XIII. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN CENTROS SANITARIOS.

Se deben seguir estrictamente los requisitos dispuestos en las "Directrices Técnicas para la Prevención y el Control del COVID-19 en Centros sanitarios (Primera edición)" y las "Directrices para el Uso de Productos de Protección Médica Comunes en la Protección contra el COVID-19 (en prueba)" emitidos por la Comisión Nacional de Higiene y Salud.

Reenviar a todos los organismos para la prevención y control de la epidemia de neumonía por coronavirus (líder de sección o departamento a cargo) de todas las provincias, regiones autónomas, municipios y al Cuerpo de Producción y Construcción de Xinjiang para combatir la epidemia del coronavirus.

Emitido por la Oficina General de la Comisión Nacional de Higiene y Salud de China el 3 de marzo de 2020

Amistad entre China y España