

Manejo de la infección por SARS-CoV-2 en urgencias

Management of SARS-CoV-2 infection in the emergency department

Juan González del Castillo^{1,2}, Pascual Piñera Salmerón³, Sonia Jiménez⁴, Juan Emilio Losa⁵, Juan Berenguer⁶, Santiago Moreno⁷, Manuel Vázquez Lima⁸, Guillermo Burillo-Putze⁹ y Grupo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (INFURG-SEMES)

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

²Grupo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (INFURG-SEMES).

³Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España.

⁴Servicio de Urgencias, Hospital Clinic, Barcelona, España.

⁵Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.

⁶Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

⁷Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

⁸Servicio de Urgencias, Hospital do Salnes, Villagarcía de Arousa, España.

⁹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España.

Correspondencia:

Juan González del Castillo. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. C/ Dr. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid, España.

E-mail:

jgonzalezcast@gmail.com

Información del artículo:

Recibido: 17-1-2022

Aceptado: 26-1-2022

Online: 28-1-2022

Introducción

La infección por SARS-CoV-2 está teniendo un gran impacto en términos de salud pública, suponiendo un continuo desafío en los servicios de urgencias por el incremento de la frecuentación, la necesidad de establecer un doble circuito para la atención de los pacientes y el reto en la toma de decisiones sobre las altas o ingresos hospitalarios.

En los últimos meses, la elevada tasa de vacunación ha supuesto un cambio en la historia natural de la infección, puesto que el estar vacunado supone una disminución del riesgo de progresión de la enfermedad y de la mortalidad asociada. El impacto de la vacunación es claro. La aparición de tratamientos para los pacientes con enfermedad leve o moderada que no requieren ingreso hospitalario viene a completar las herramientas que tenemos para luchar contra la pandemia y mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

La estratificación del riesgo de malos resultados es una de las labores más importantes del médico de urgencias de cara a la toma de decisiones. Pronto durante la pandemia comenzaron a publicarse estudios que describían variables relacionadas con un incremento de la mortalidad y, posteriormente, se han publicado numerosos modelos de estratificación del riesgo presentados como herramientas de ayuda.

No obstante, tanto las escalas de riesgo como los estudios pivotaes desarrollados para evaluar la eficacia de los tratamientos se han realizado en poblaciones no vacunadas que tienen mayor riesgo de peores resultados. Por este motivo, puede resultar complejo evaluar la verdadera eficacia de los tratamientos y la selección de aquellos pacientes a los que ofrecérselo porque realmente estén en riesgo de tener una mala progresión.

En este escenario, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha decidido realizar un posicionamiento para ayudar a seleccionar los pacientes susceptibles de recibir tratamiento específico frente al COVID-19 mediante la

elaboración de las presentes recomendaciones. El documento que se presenta recoge, además, los procedimientos de evaluación y estratificación del riesgo que pueden ser utilizados durante la labor asistencial del médico de urgencias.

Metodología

Para el desarrollo del presente documento, el coordinador del grupo de infecciones (INFURG.SEMES) realizó un primer borrador que se presentó y discutió en una reunión con los presidentes, o sus representantes, de las agrupaciones de SEMES de cada Comunidad Autónoma (Adenda). El documento acordado en esa reunión se distribuyó a todos los miembros del grupo de infecciones para su evaluación y crítica. Finalmente, el manuscrito resultante fue trasladado a 3 especialistas en enfermedades infecciosas que han actuado como revisores externos.

Procedimiento de evaluación

a) En todos los pacientes en que sea preciso el ingreso hospitalario, debe solicitarse una prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) para COVID-19, debiendo permanecer en aislamiento aéreo hasta conocer su resultado. Si se realiza un test antigénico y este resulta positivo, no es necesaria la realización de RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa) y se considerará positivo al paciente.

b) Anotar comorbilidades, especialmente aquellas relacionadas con un estado de inmunosupresión, y el tratamiento habitual del paciente.

c) El perfil analítico COVID en urgencias deberá incluir al menos, hemograma, coagulación, urea, creatinina, sodio, potasio, glucosa, proteína C reactiva, transaminasas, bilirrubina, LDH, procalcitonina y D-dímero.

d) Valorar la realización de gasometría arterial basal en función de la saturación de oxígeno y la situación clínica del paciente.

e) Preguntar y dejar registrado día de inicio de síntomas y la historia de vacunación.

f) Anotar frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno basal y con oxígeno, indican-

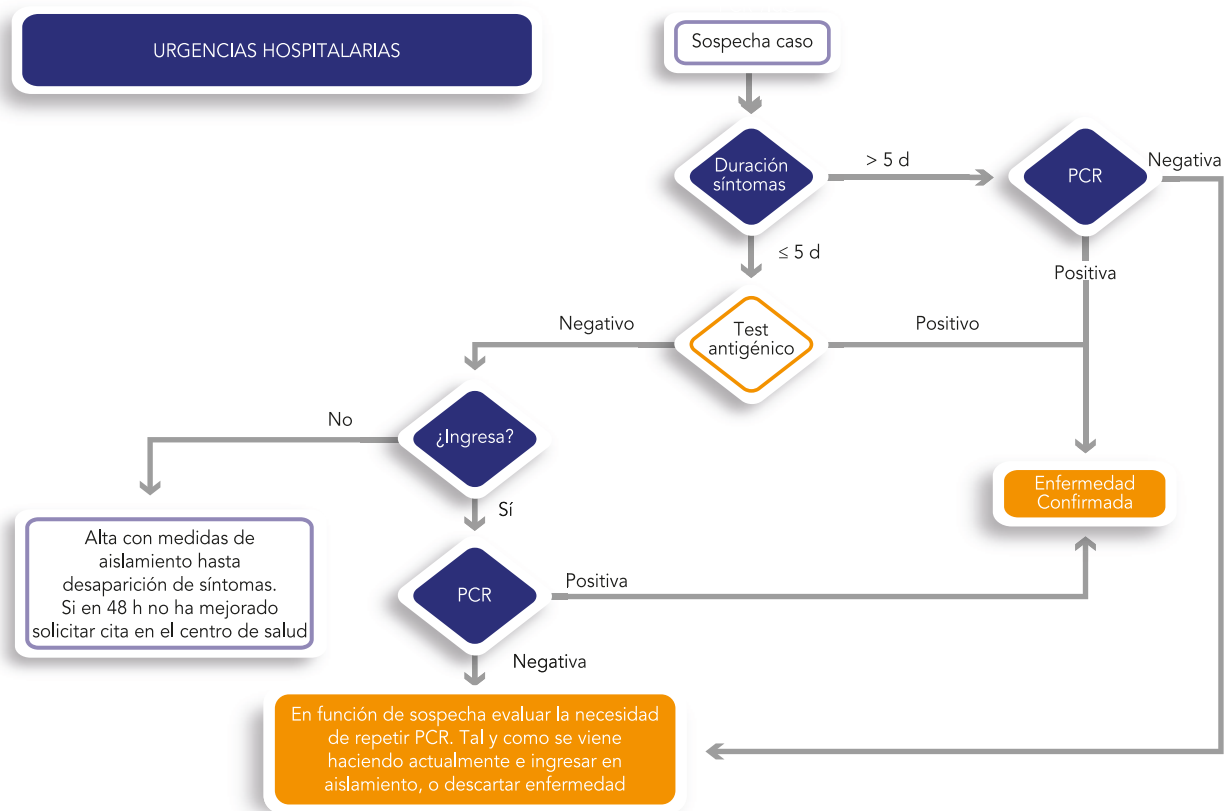


Figura 1. Diagnóstico microbiológico en pacientes de 0 a 5 días de clínica. (Adaptado de Candel FJ et al.¹.)

do la FiO₂ que está recibiendo (en caso de que sea con gafas nasales, registrar los litros/minuto).

g) Valorar la obtención de muestras microbiológicas en caso de sospecha de sobreinfección bacteriana.

Diagnóstico microbiológico

Usar los antígenos en pacientes de 0 a 5 días de clínica¹ (Figura 1).

Estratificación del riesgo

Para estratificar el riesgo de eventos adversos graves (entre otros muerte a los 30 días), debemos utilizar alguna de las siguientes escalas:

Pacientes no vacunados

- Escala (PrediCOVID-ED).

https://predicovid.shinyapps.io/RISK_MODEL_COVID/

- COVID-19 SEIMC score². <https://covid19.seimc.org/index.php/seimc-score-mortalidad/>



Pacientes vacunados

- QCovid risk -NHS³. <https://bmjsept2021.qcovid.org>
- Centers for Disease Control and Prevention⁴. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7101a4.htm>



Criterios de ingreso

Se recomienda valorar el ingreso hospitalario a los pacientes que cumplan uno de los siguientes criterios:

- Insuficiencia respiratoria gasométrica o clínica (valorar si frecuencia respiratoria (FR) > 24 rpm, saturación < 90% o < 92% en < 55 años).
- Criterios de gravedad de la neumonía: PSI 4-5.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Fallo orgánico: incremento de 2 o más puntos en la escala SOFA respecto a la basal.
- Neoplasia en tratamiento activo o inmunodepresión (Anexo 1) por otra causa sin posibilidad de seguimiento estrecho domiciliario.
- Elevación de biomarcadores de respuesta inflamatoria: PCR > 75 mg/L.

Al margen de lo anterior, puede haber pacientes que, a pesar de que no cumplan estrictamente ningún criterio, requieran ingreso hospitalario por la situación clínica que presenten. De la misma manera, existen pacientes que tras un periodo de observación realizado en urgencias y tras comprobarse una buena evolución clínica podrían ser dados de alta con seguridad.

Manejo terapéutico general

- No retirar aislamiento respiratorio en pacientes con alta sospecha clínica de enfermedad por COVID, aunque el resultado de la PCR o el test de detección antigénica sea negativo.
- Evitar realizar aerosoles en circuito abierto en urgencias. Recomendamos en su caso utilizar sistemas de malla vibrante. Valorar administrar, si es posible o preferente-

Tabla 1. Antivirales disponibles para el tratamiento de pacientes con enfermedad leve o moderada por SARS-CoV-2

	Nirmatrelvir-ritonavir	Sotrovimab	Casirivimab+indeivimab	Remdesivir	Molnupiravir
Mecanismo de acción	Inhibidor de la proteasa viral	Unión a la proteína S, evitando la unión y la entrada en la célula del virus	Unión a la proteína S, evitando la unión y la entrada en la célula del virus	Inhibe la ARN polimerasa viral	Error catastrófico por acumulación de mutaciones en el virus a través de la ARN polimerasa viral
Eficacia	Reducción RR 88% NNT: 18	Reducción RR 85% NNT: 17	Reducción RR 71% NNT: 19	Reducción RR 87% NNT: 22	Reducción RR 50-30% NNT: 35
Dosis y días de tratamiento	300/100 mg cada 12 horas 5 días	500 mg 1 dosis	600 mg/600 mg 1 dosis	Día 1: 200 mg Días 2 y 3: 100 mg	800 mg cada 12 horas 5 días
Vía de administración	VO	IV	IV	IV	VO
Periodo de ventana de uso	5 días	5 días	5 días	7 días	5 días
Ventajas	Alta eficacia Administración oral	Alta eficacia Dosis única	Alta eficacia Dosis única	Alta eficacia Experiencia de uso Escasas interacciones farmacológicas	Administración oral No previsible las interacciones farmacológicas
Desventajas	Interacciones medicamentosas IR moderada: 150 mg/100 mg cada 12 h No utilizar en pacientes con ClCr < 30 o con Child- Pugh C	Requiere infusión IV en 30' y observación 1 hora	Requiere infusión IV en 30' y observación 1 hora	Necesita administrarse 3 días iv No puede administrarse si ClCr < 30	Menor eficacia
Observaciones	Eficaz en Omicron Evaluar cuidadosamente interacciones farmacológicas: https://www.covid19-druginteractions.org/checker No hay datos en mujeres embarazadas.	Eficaz en Omicron Los anticuerpos monoclonales se suelen considerar seguros en el embarazo	No usar en la variante Omicron Los anticuerpos monoclonales se suelen considerar seguros en el embarazo	Eficaz en Omicron Datos de seguridad en el embarazo limitados	No usar en embarazadas

RR: riesgo relativo; NNT: *number needed to treat* (número de pacientes necesarios tratar); Eficacia: reducción de la progresión a enfermedad grave (variable compuesta que incluye hospitalización y muerte); ClCr: aclaramiento de creatinina; IR: insuficiencia renal; VO: vía oral; VI: vía intravenosa. (Adaptado de Ghandi RT et al.⁸)

mente, broncodilatadores en cartucho presurizado en cámara, evitando su administración en forma de nebulizaciones. En caso de precisar ventilación hacerlo en condiciones de aislamiento adecuadas para proteger al resto de pacientes.

- Tratamiento sintomático.
- Manejo conservador de la fluidoterapia si no existe shock, evitando soluciones hipotónicas y gelatinas.

Tratamiento en urgencias del paciente que requiere ingreso hospitalario

A.- Generalidades

Inicialmente, no se recomienda el uso de antibioterapia. Si se sospecha sobreinfección bacteriana, algo muy infrecuente, el antibiótico de elección es ceftriaxona (alternativa levofloxacino).

- En los enfermos anticoagulados, pasar a heparinas de bajo peso molecular (HBPM). Si el paciente toma acenocumarol, cuando el International normalised ratio (INR) sea < 2. En caso de tomar anticoagulantes orales directos (ACOD) cuando requiera la siguiente dosis. Administrar enoxaparina 1 mg/kg/12 horas sc o 1,5 mg/kg/24 horas o bempiparina 115 UI/kg/24 horas o tinzaparina 175 UI/

kg/24 horas. Ajustar las dosis considerando la función renal.

- En pacientes estables, con válvulas cardiacas mecánicas se sugiere mantener tratamiento con acenocumarol.
- En pacientes no anticoagulados, prescribir tromboprolifaxis con HBMP salvo contraindicación absoluta (sangrado activo, plaquetas < 30.000), en cuyo caso se recomienda utilizar compresión neumática intermitente.

B.- Antiinflamatorios

- Dexametasona 6 mg/24 horas iv. Recomendada si se necesita O₂ de bajo flujo para mantener SatO₂ > 94%⁵.

C.- Antivirales

- Remdesivir. Recomendado si se necesita O₂ de bajo flujo para mantener SatO₂ > 94% en paciente con hasta 10 días de síntomas. Se recomienda la administración precoz⁶.

- Remdesivir. En pacientes con enfermedad leve o moderada por SARS-CoV-2 (pacientes con síntomas respiratorios y sistémicos, pero sin hipoxia, taquipnea u otras complicaciones que requieran hospitalización), con factores de riesgo a progresión grave, que requieren ingreso hospitalario por una circunstancia distinta, podría administrarse tratamiento con remdesivir durante 3 días⁷.

Tratamiento en el paciente sin criterios de ingreso, que va a ser dado de alta

A.- Generalidades

– La sobreinfección bacteriana es muy poco frecuente en los pacientes con COVID, sobre todo en los casos leves de manejo ambulatorio. Antibioterapia (si está indicado clínicamente): cefditoren 400 mg cada 12 horas ± azitromicina 500 mg cada 24 horas durante 3 días o amoxicilina 1 g cada 8 horas durante 7 días ± azitromicina 500 mg cada 24 horas durante 3 días o levofloxacin 500 mg cada 12-24 horas durante 7 días. Dado las alertas de las agencias reguladoras sobre las fluorquinolonas, se recomienda levofloxacin como alternativa y no como de elección.

– Profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa. En general no se recomienda. En pacientes con varios factores de riesgo [cáncer activo, antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP), tromboembolismo pulmonar (TEP), inmovilización] se sugiere tromboprofilaxis al alta.

B.- Antiinflamatorios

– No se recomienda la utilización de dexametasona⁵.

C.- Antivirales

En pacientes sin criterios de ingreso hospitalario, pero con factores de riesgo a progresión grave, deben considerarse la administración de antivirales (Tabla 1).

Son factores de riesgo de progresión a enfermedad grave: la edad avanzada, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedad neurológica crónica,

enfermedad cardíaca crónica, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, obesidad (IMC > 35) e inmunosupresión (Anexos 1 y 2).

En función de la disponibilidad de tratamiento se debe priorizar:

1. Personas inmunocomprometidas, independientemente del estado de vacunación, aunque priorizando los seronegativos.

2. No vacunados. Los criterios de inclusión de los ensayos clínicos comprenden edad por encima de 55-60 años o presentar alguna comorbilidad.

3. Vacunados. Dado el impacto de la vacunación sobre la evolución de la enfermedad, se debe valorar el tratamiento de estos pacientes cuando presentan una edad más avanzada o un acúmulo de comorbilidades.

De cara a establecer estos grupos de priorización se ha tenido en cuenta los datos de mortalidad publicados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España y diversas publicaciones realizadas sobre población vacunada⁹⁻¹¹.

Adenda

Presidentes de las agrupaciones de SEMES en cada CCAA, o sus representantes, que han participado en la discusión y elaboración de este manuscrito:

Javier Povar Marco, Anselma Fernández Testa, Plácido Mayán Conesa, Ricardo Juárez González, María González Ruiz, Gonzalo Ibáñez Gallego, Javier Millán Soria, Antonio Nacarino Jiménez, Jose Manuel Fandiño Orgeira, Iñaki Santiago Aguinaga, Rosa Ibán, Jose Ramón Casal Codesido.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: La empresa GSK ha financiado la reunión de trabajo de INFURG-SEMES que sirvió de base para elaborar este manuscrito. No obstante, no se ha discutido con GSK el contenido de la guía ni ha participado en la elaboración de la misma.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a REUE.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Candel FJ, Barreiro P, San Román J, Abanades JC, Barba R, Barberán J, et al. Recommendations for use of antigenic tests in the diagnosis of acute SARS-CoV-2 infection in the second pandemic wave: attitude in different clinical settings. *Rev Esp Quimioter.* 2020;33:466-84.
2. Berenguer J, Borobia AM, Ryan P, Rodríguez-Baño J, Bellón JM, Jarrín I, et al; COVID-19@Spain and COVID@HULP Study Groups. Development and validation of a prediction model for 30-day mortality in hospitalised patients with COVID-19: the

- COVID-19 SEIMC score. *Thorax.* 2021;76:920-9.
3. Hippisley-Cox J, Coupland CA, Mehta N, Keogh RH, Diaz-Ordaz K, Khunti K, et al. Risk prediction of covid-19 related death and hospital admission in adults after covid-19 vaccination: national prospective cohort study. *BMJ.* 2021;374:n2244.
 4. Yek C, Warner S, Wiltz JL, Sun J, Adjei S, Mancera A, et al. Risk Factors for Severe COVID-19 Outcomes Among Persons Aged ≥18 Years Who Completed a Primary COVID-19 Vaccination Series - 465 Health Care Facilities, United States, December 2020-October 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71:19-25.
 5. RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, Linsell L, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;384:693-704.
 6. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al; ACTT-1 Study Group Members. Remdesivir for the Treatment of Covid-19 - Final Report. *N Engl J Med.* 2020;383:1813-26.
 7. Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, Mera J, Webb BJ, Perez G, et al; GS-US-540-9012 (PINETREE) Investigators. Early Remdesivir to Prevent Progression to Severe Covid-19 in Outpatients. *N Engl J Med.* 2021. (En prensa). doi: 10.1056/NEJMoa2116846.
 8. Gandhi RT, Malani PN, Del Rio C. COVID-19 Therapeutics for Nonhospitalized Patients. *JAMA.* 2022 Jan 14. doi: 10.1001/jama.2022.0335.

9. Yek C, Warner S, Wiltz JL, Sun J, Adjei S, Mancera A, et al. Risk Factors for Severe COVID-19 Outcomes Among Persons Aged ≥18 Years Who Completed a Primary COVID-19 Vaccination Series - 465 Health Care Facilities, United States, December 2020-October 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71:19-25.
10. Antonelli M, Penfold RS, Merino J, Sudre CH, Molteni E, Berry S, et al. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. *Lancet Infect Dis.* 2022;22:43-55.
11. Hippisley-Cox J, Coupland CA, Mehta N, Keogh RH, Diaz-Ordaz K, Khunti K, et al. Risk prediction of covid-19 related death and hospital admission in adults after covid-19 vaccination: national prospective cohort study. *BMJ.* 2021;374:n2244.
12. Bierle DM, Ganesh R, Tullidge-Scheitel S, Hanson SN, Arndt LL, Wilker CG, et al. Monoclonal Antibody Treatment of Breakthrough COVID-19 in Fully Vaccinated Individuals with High-Risk Comorbidities. *J Infect Dis.* 2021;jjab570.
13. Gupta A, Gonzalez-Rojas Y, Juarez E, Crespo Casal M, Moya J, Falci DR, et al; COMET-ICE Investigators. Early Treatment for Covid-19 with SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody Sotrovimab. *N Engl J Med.* 2021;385:1941-50.
14. Weinreich DM, Sivapalasingam S, Norton T, Ali S, Gao H, Bhore R, et al; Trial Investigators. REGEN-COV Antibody Combination and Outcomes in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;385:e81.

Anexo 1. Definición de inmunosupresión

- Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, vacunados en los 2 años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan EICH independientemente del tiempo desde TPH.
- Receptores de trasplante de órgano sólido.
- Tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal).
- Tratamiento quimio y radioterápico en los 6 meses previos por cualquier indicación.
- Inmunodeficiencias primarias.
- Infección por VIH con 200 CD4/uL (analítica de los últimos 6 meses).
- Fibrosis quística.
- Síndrome de Down con 40 o más años de edad (nacidos en 1981 o antes).
- Tratamiento inmunosupresor (Anexo 2).

Anexo 2. Definición de tratamiento inmunosupresor

- Tratamiento con corticoides orales a altas dosis de manera continuada (equivalente a ≥ 20 mg/día de prednisona durante 10 o más días consecutivos en los 30 días previos a la vacunación).
- Tratamiento prolongado con corticoides orales a dosis moderadas (equivalente a ≥ 10 mg/día de prednisona durante más de 4 semanas consecutivos en los 30 días previos a la vacunación).
- Altas dosis de corticoides orales (equivalente a > 40 mg/día de prednisona durante más de una semana) por cualquier motivo en los 30 días previos a la vacunación.
- Tratamiento en los 3 meses anteriores con fármacos inmunomoduladores no biológicos, como metotrexato (> 20 mg/semana, oral o subcutáneo), 6 mercaptopurina ($> 1,5$ mg/kg/día) o azatioprina (> 3 mg/kg/día).
- Tratamiento con inmunomoduladores biológicos en los 3 meses previos.
- Anticuerpos monoclonales anti-TNF- α o moléculas análogas al receptor de TNF- α : Infliximab, Adalimumab, Certolizumab, Etanercept y Golimumab.
- Anticuerpos monoclonales anti-CD20: Rituximab, Ocrelizumab, Obinituzumab y Ofatumumab.
- Inhibidores de la proliferación de células B: Ibrutinib.
- Proteínas de fusión supresoras de Linfocitos T: Abatecept.
- Inhibidores de la interleukina 1 (IL-1): Anakinra, Canakinumab.
- Anticuerpos monoclonales inhibidores del receptor de la IL-6: Tocilizumab, Sarilumab.
- Anticuerpos monoclonales anti- $\alpha 4\beta 1$ -integrina: Natalizumab.
- Anticuerpos monoclonales frente a integrina $\alpha 4\beta 7$: Vedolizumab.
- Anticuerpos monoclonales inhibidores de IL-12, IL-23, IL-17: Ustekinumab, Guselkumab, Ixekizumab, Tildrakizumab, Riskankizumab, Secukinumab y Brodalumab.
- Anticuerpos monoclonales anti-CD52: Alemtuzumab.
- Anticalcineurínicos: Tacrolimus y Sirolimus.
- Antimetabolitos: Micofenolato y Ciclosporina.
- Moduladores del receptor de la esfingosina-1-fosfato: Fingolimod, Siponimod, Ozanimod y Ponesimod.
- Inhibidores de la familia janus kinasa (JAK): Tofacitinib, Baricitinib, Upadacitinib y Filgotinib.

Anexo 3. Anticuerpos monoclonales

- Los anticuerpos monoclonales son útiles para evitar la progresión de la enfermedad leve a grave cuando se administran a población con factores de riesgo de mala evolución y siempre que se administren en un periodo de tiempo de 10 o menos días desde el inicio de los síntomas.
- Están indicados en adultos y adolescentes (mayores de 12 años y que pesen al menos 40 kg) que no requieran oxígeno suplementario y que tienen riesgo de progresión a enfermedad grave.
- Dada la limitada disponibilidad de los anticuerpos monoclonales en la actualidad, la solicitud debe tramitarse como medicamentos en situaciones especiales. Debe incluirse en el informe el estado de inmunosupresión, el estado serológico del enfermo (siempre que sea posible), los factores de riesgo de mala evolución y la puntuación de la escala MASS¹².

MASS score ¹²
Edad ≥ 65 (2 puntos)
IMC ≥ 35 (1 punto)
Diabetes mellitus (2 puntos)
Enfermedad renal crónica (3 puntos)
Enfermedad cardiovascular distinta de hipertensión arterial en ≥ 55 años (2 puntos)
Enfermedad respiratoria crónica en ≥ 55 años (2 puntos)
Hipertensión arterial en ≥ 55 años (1 punto)
Inmunosupresión (3 puntos)

- Debe considerarse la actividad de cada compuesto para las variantes virales circulantes. Solo sotrovimab tiene efecto frente a la variante omicron, predominante actualmente. Si es posible debe tenerse en cuenta por la información preliminar de la reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) la variante sospechada para la elección adecuada del anticuerpo monoclonal.
- Los anticuerpos monoclonales disponibles son:
 1. **Sotrovimab**. La dosis recomendada es una única perfusión diluida de 500 mg por vía intravenosa administrada durante 30 minutos. Se debe controlar a los pacientes durante y al menos 1 hora después de que se complete la perfusión. No se considera necesario un ajuste de dosis en el paciente anciano o con insuficiencia renal¹³.
 2. **Ronapreve**. La dosis recomendada es una única perfusión diluida de casirivimab (600 mg) y 600 mg de imdevimab por vía intravenosa durante 30 minutos. Para el tratamiento no debe utilizarse la vía subcutánea. No se requiere ajuste de dosis en edad avanzada, insuficiencia renal o hepática¹⁴.