

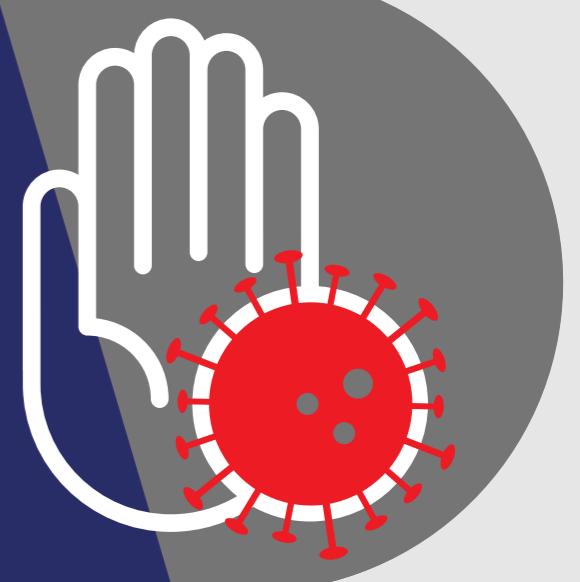
Guía Rápida para la Atención de Personas por Infección de **SARS-CoV2 (COVID-19)**



Adultos
Atención ambulatoria y domiciliaria
Mayo / 2021

Guía Clínica Rápida para Atención de Infección por SARS-CoV2 (COVID-19)

Pacientes Adultos
Atención ambulatoria y domiciliaria



Recomendaciones a seguir en cada uno de los momentos de atención para los pacientes con sospecha o confirmados por SARS-CoV2 (COVID-19):

1 Orientación inicial

Virtual

- Chatbot
- Callcenter
- Teleorientación

Definir:

- Riesgo vital
- Posible COVID

- Identifica síntomas Covid [Ver AQUÍ](#)
- Determina factores de riesgo [Ver AQUÍ](#)
- Evalúa signos de alarma [Ver AQUÍ](#)

2 Primer contacto médico

No presencial

Presencial

- [Ver AQUÍ](#) Evalúa síntomas respiratorios
- [Ver AQUÍ](#) Calcula escala FRAIL para adulto mayor
- [Ver AQUÍ](#) Evalúa sospecha de ACV

- Centros médicos o profesionales de salud (Consulta externa)
- Atención domiciliaria
- Atención prioritaria

3 Evaluación de gravedad

Define categoría clínica con HC completa. [Ver AQUÍ](#)

Clasificación clínica y de riesgo.

4 Valoración integral

Desde el inicio caracterizar el paciente en términos de pronóstico vital.

- [Ver AQUÍ](#) Realiza caracterización de pronóstico de pacientes
- [Ver AQUÍ](#) Aplica la valoración geriátrica integral.

Pronóstico vital. Caracterización

5 Atención domiciliaria

Realiza estudios según clasificación por severidad y riesgo. [Ver AQUÍ](#)

6 Manejo terapéutico

- [Ver AQUÍ](#) OXÍGENOTERAPIA
- [Ver AQUÍ](#) ANTIBIÓTICOS
- [Ver AQUÍ](#) TROMBOPROFILAXIS
- [Ver AQUÍ](#) CORTICOIDES
- [Ver AQUÍ](#) ANTI-COVID
- [Ver AQUÍ](#) MANEJO DE SÍNTOMAS

7 Egreso

Condiciones de egreso o fin del seguimiento

8 Signos de alarma

Signos de alarma para acudir por urgencias



1 CLAVES PARA LA ORIENTACIÓN INICIAL



Virtual



Signos y síntomas clave

- Fiebre cuantificada $\geq 38^\circ\text{C}$
- Tos
- Fatiga
- Dificultad respiratoria
- Falta de apetito
- Pérdida de olfato o gusto

Otros hallazgos importantes

Frecuentes

- Fatiga/cansancio
- Dolor articular o muscular
- Expectoración (secreciones respiratorias) o flemas
- Opresión en el pecho
- Diarrea o vómito
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza / mareo
- Síntomas neurológicos: problemas para hablar, ver, pérdida de la fuerza, alteraciones en la sensibilidad, NO puede mover un brazo y/o pierna

Poco frecuentes

- Goteo nasal
- Dolor en el pecho
- Brote en la piel
- Sangrado nasal
- Respiración ruidosa (silba el pecho)
- Respiración rápida / palpitaciones
- Labios o uñas morados

Síntomas atípicos en >60 años o inmunosuprimidos

- Agitación
- Exceso de sueño
- Aturdimiento
- Confusión
- Irritabilidad
- Menos activo de lo normal

Resultados de prueba COVID-19

Si hay antecedente de toma de prueba, indagar fecha de la toma, tipo de prueba (RT-PCR, Antígeno, Anticuerpos) y resultado: positivo o negativo

Antecedentes de riesgo

- Tener 60 o más años.
- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV)
- Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma)

- VIH u otra inmunodeficiencia
- Cáncer
- Uso de corticoides o inmunosupresores
- Fumadores
- Enfermedad Renal Crónica

- Enfermedades autoinmunes
- Mal nutrición (obesidad y desnutrición)
- Gestantes: aumento de la edad materna, IMC alto, etnia no blanca, enfermedades crónicas, diabetes gestacional y preeclampsia
- Enfermedad huérfana

Evalúa signos de alarma

Valoración No Presencial

- ¿Ha presentado ahogo, dificultad al respirar, respiración rápida (≥ 22 en un minuto)?
- ¿Al recibir alimentos presenta vómito persistente y/o no recibe líquidos?
- ¿La persona está somnolienta, irritable y/o menos activa de lo normal?
- Si tiene tensiómetro y tiene debilidad marcada, ¿tiene la primera cifra (sistólica) $< 100\text{mmHg}$ si su tensión habitual es $> 100\text{mmHg}$?
- Si tiene pulsoxímetro, ¿tiene un valor más bajo de lo habitual, $< 90\%$ o $< 88\%$ si es > 80 años o con antecedentes de EPOC?

Si



Direccione al paciente a un servicio de urgencias

No



Paso 2

Aislamiento y Valoración médica

Persona con sospecha de COVID-19?

No hay signos, no síntomas, no contacto



Pida atención médica usual

Si hay signos, síntomas, o contacto sin signos de alarma



- Informe signos de alarma y aislamiento
- Cita prioritaria o valoración domiciliaria





Presencial o virtual

2 PRIMER CONTACTO MÉDICO

Informe sobre medidas de aislamiento preventivo del paciente y cuidadores

- Usar mascarilla permanente
- Habitación con baño de uso exclusivo en lo posible
- Un solo cuidador encargado
- Buena ventilación (ventanas abiertas)

- Evite salir en lo posible
 - Guardar 2 metros de distancia
 - No compartir platos ni cubiertos
 - Higiene de manos y limpieza de superficies frecuente
- [Ver más en Link a folleto](#)

Recuerde siempre su seguridad en la atención

Si es atención domiciliaria: pregunte incluso antes de entrar cómo está el paciente y sea consciente de su seguridad personal



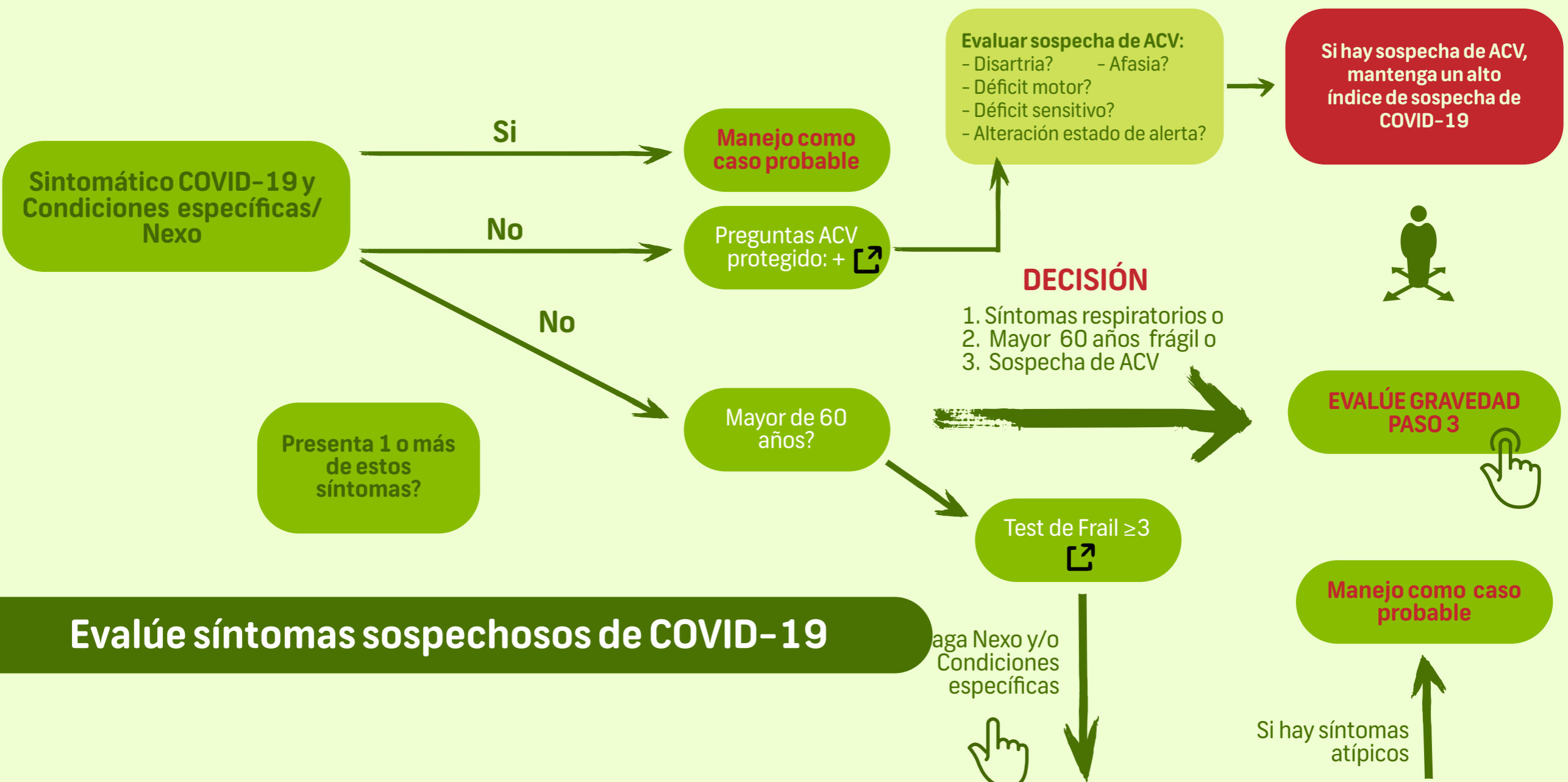
Personal de salud

EPP



Abreviar la atención presencial; optimizar el resto de la atención de manera virtual

Evalúe síntomas sospechosos de COVID-19



Evalúe síntomas sospechosos de COVID-19

Síntomas clave	Frecuentes	Poco frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre cuantificada $\geq 38^\circ\text{C}$ - Tos - Fatiga - Dificultad respiratoria - Anorexia - Anosmia/hipogeusia 	<ul style="list-style-type: none"> - Astenia - Mialgia/artralgia - Expectoración o esputo - Dolor precordial - Diarrea o vómito - Odinofagia - Cefalea / mareo - Síntomas neurológicos / oculares 	<ul style="list-style-type: none"> - Rinorrea - Rash cutáneo - Hemoptisis - Sonidos respiratorios - Taquipnea / taquicardia - Cianosis

Considere Síntomas Atípicos en mayores de 60 años o personas inmunosuprimidas:

- Ausencia de fiebre
- Fatiga
- Síntomas gastrointestinales
- Pérdida de apetito
- Astenia y adinamia
- Delirio o Síndromes geriátricos en Adulto mayor
- Letargia, Alteración estado consciencia
- Manifestaciones trombóticas
- Pérdida de funcionalidad en adulto mayor

Evalúa fragilidad en >60 años

MAYOR DE 60 AÑOS, ANTES DE ESTAR ENFERMO...					Interpretación
F	Fatiga	¿Se sentía cansado la mayor parte del tiempo?	SI	1	 Calculadora Escala FRAGIL Ver AQUÍ 0 → No Frágil 1-2 → Pre-Frágil ≥ 3 → Frágil
R	Resistencia	¿Podía subir escaleras? (un piso)	NO	1	
A	Aeróbico	¿Podía caminar una cuadra sin pausas y sin ayuda?	NO	1	
I	Illness (comorbilidad)	¿Tiene más de 5 enfermedades?	SI	1	
		HTA Angina ACV Artritis			
		Diabetes IAM EPO Enf. Renal Crónica			
L	Lost weight (pérdida de peso)	¿Ha perdido peso en el último año?	SI	1	

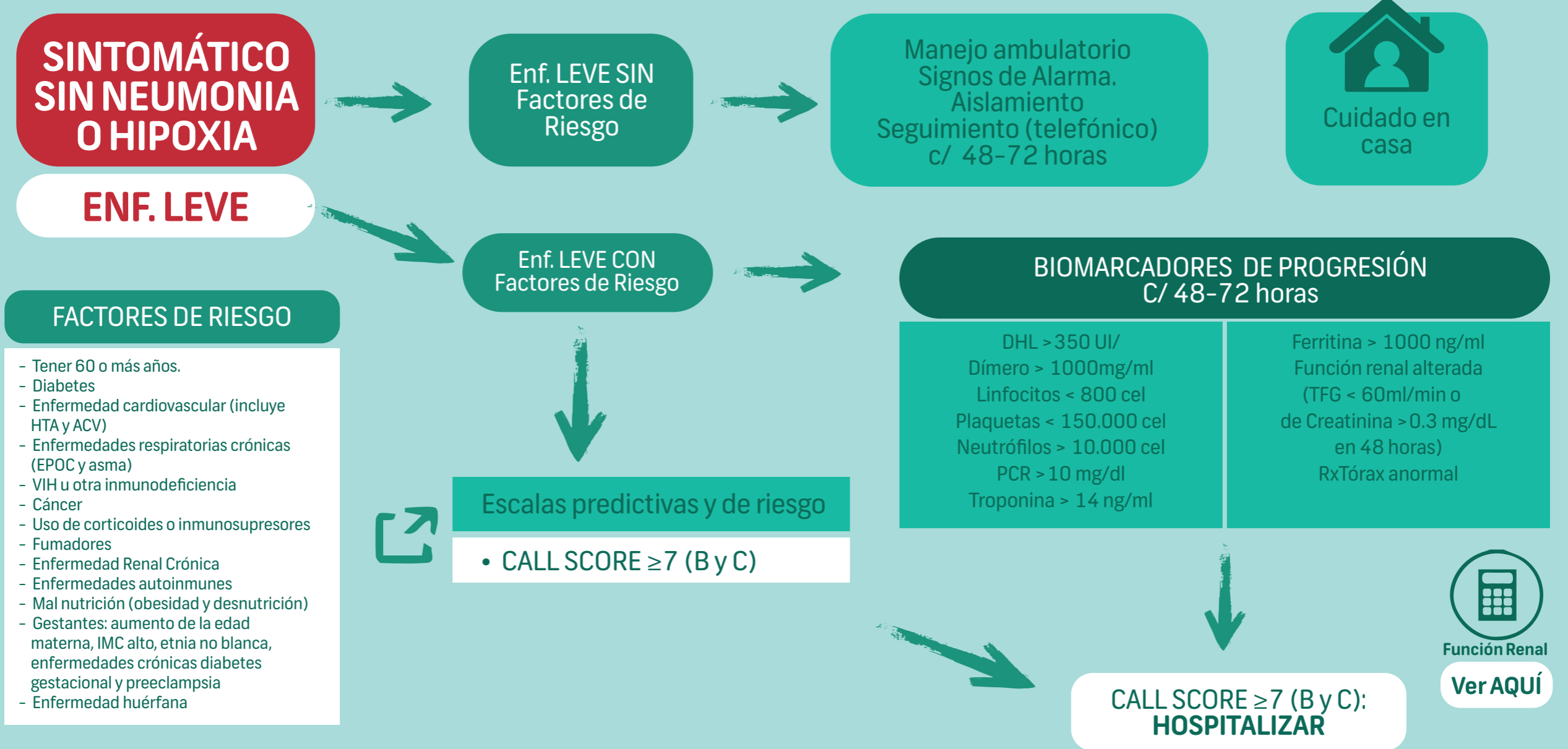




Presencial o virtual

3 DESTINO

Clasifica según hallazgos clínicos y riesgo.



Escalas predictivas y de riesgo: CRB-65 y CALL

	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
C	Confusión mental	1
R	FR > 30	1
B	Tensión arterial baja: Sistólica < 90 o Diastólica < 60	1
65	Edad ≥ 65 años	1

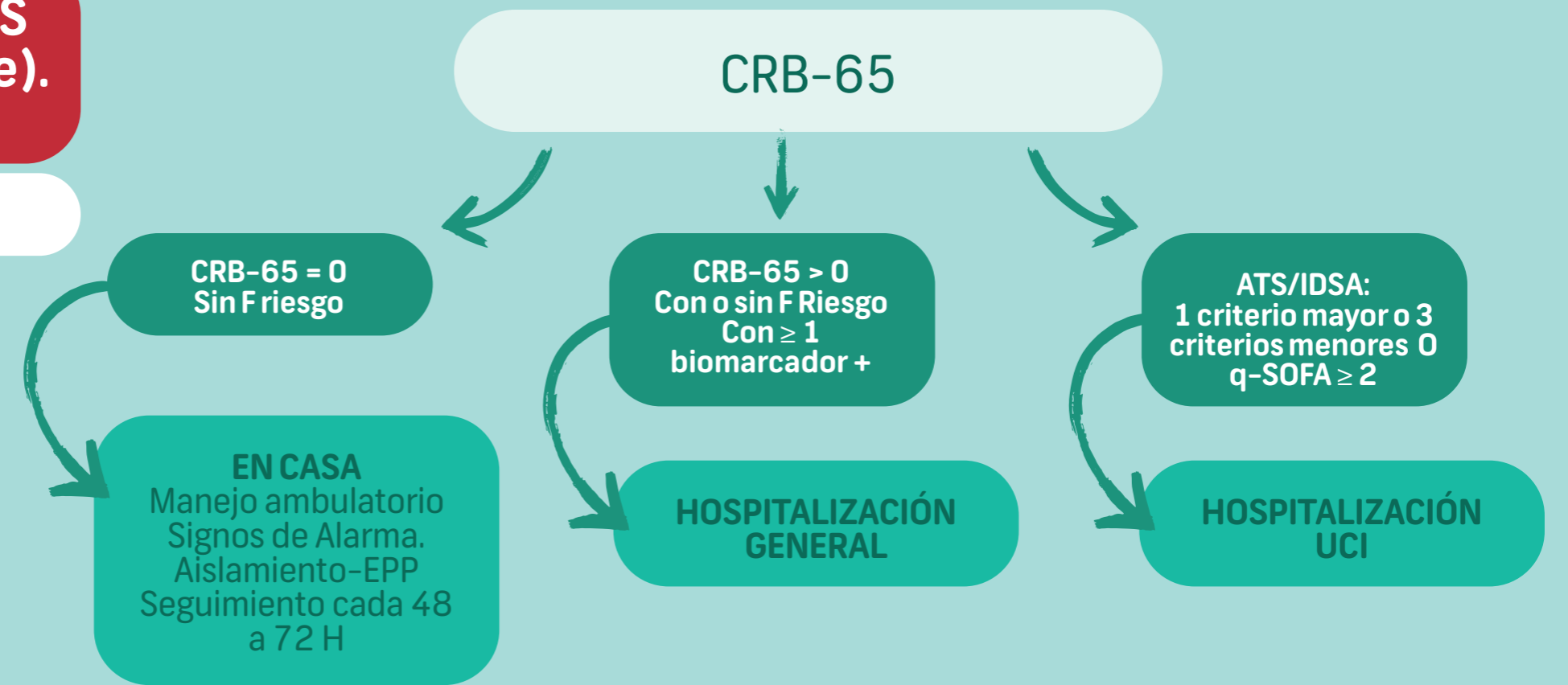
	+1	+2	+3	+4
C omorbilidad	Ninguna			≥ 1
A ge - Edad	< 60		≥ 60	
L infocitos	≥ 1000		< 1000	
L DH	< 250	250 a 500	≥ 500	

Clase A: 4 - 6 puntos (bajo riesgo, < 10% probabilidades de progresión)
Clase B: 7 - 9 puntos (riesgo intermedio, 10-40% probabilidades de progresión)
Clase C: 10 - 13 puntos (riesgo alto, 50% probabilidades de progresión)

Calculadora CALL Score Ver AQUÍ

SINTOMAS Y SIGNOS NEUMONIA (no grave). SpO2 ≥ 90%

ENF. MODERADA



BIOMARCADORES PARA COMPLICACIONES C/ 48-72 horas

DHL > 350 UI/ Dímero > 1000mg/ml Linfocitos < 800 cel Plaquetas < 150.000 cel Neutrófilos > 10.000 cel PCR > 10 mg/dl Troponina > 14 ng/ml	Ferritina > 1000 ng/ml Función renal alterada (TFG < 60ml/min o de Creatinina > 0.3 mg/dL en 48 horas) RxTórax anormal
--	--

Considere:

- Hemocultivos
- Transaminasas
- Pruebas de coagulación
- EKG

Cuando TACAR de Tórax?

- Alta sospecha de neumonía y Rx normal
- Rx tórax anormal pero hallazgos no conclusivos de COVID

***Saturación BAJA según condiciones:**

SINTOMAS Y SIGNOS NEUMONIA GRAVE SpO2 < 90%* o FR > 30

ENF. GRAVE

Primera Evaluación: < 90% SaO2 sobre el nivel del mar, o entre 90% a 94% con tendencia progresiva a la baja en personas sin patología pulmonar y < 88% SaO2: > 80 años; EPOC; hipoxemia crónica; > 2600 m sobre el nivel del mar

SDRA, SEPSIS, CHOQUE SÉPTICO

ENF CRITICA

Atención hospitalaria

Ver Guía hospitalaria

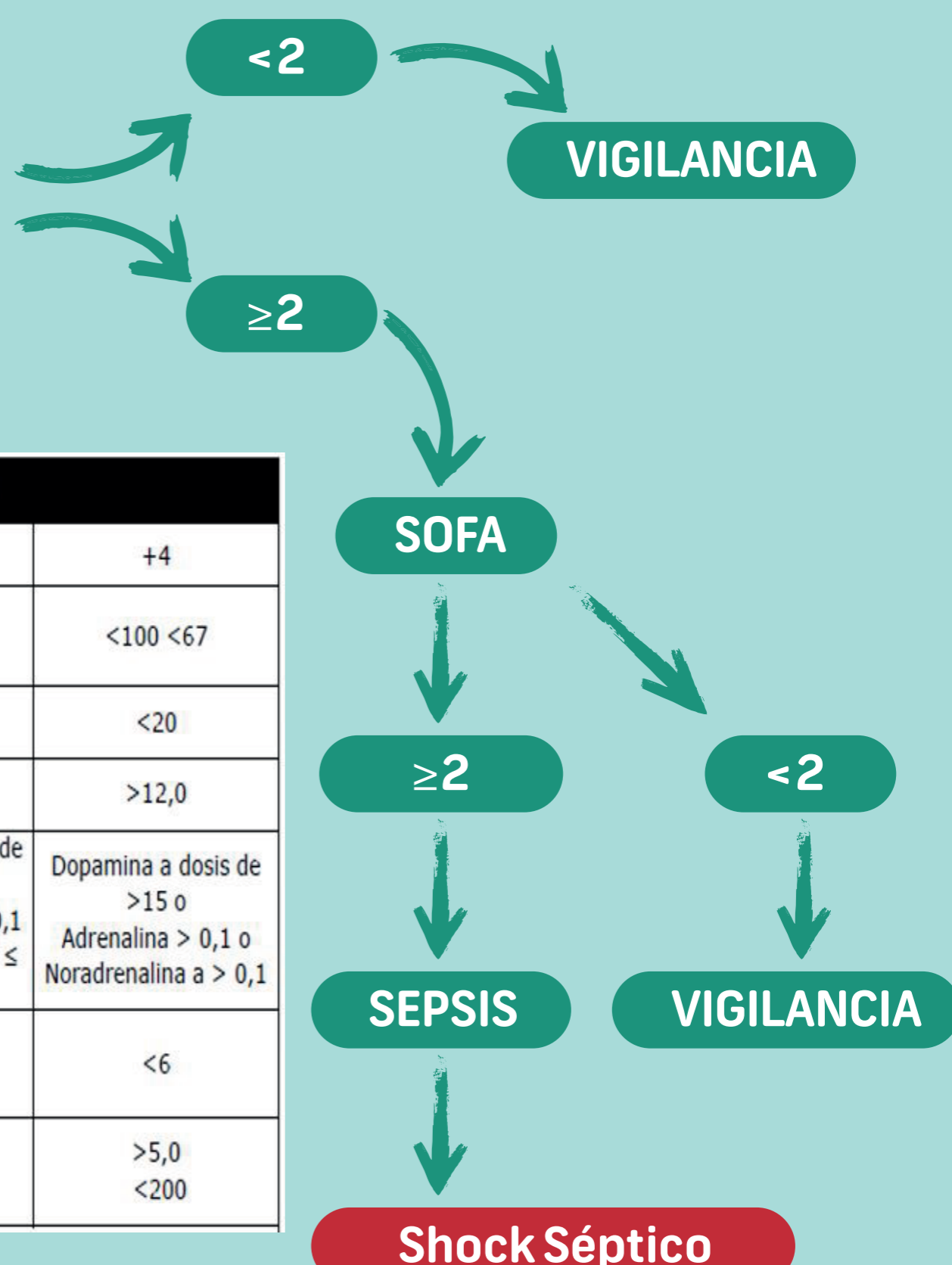


Escalas predictivas y de riesgo:

Criterios de ingreso en UCI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores	
Criterios mayores	
Necesidad de ventilación mecánica invasiva	
Shock con necesidad de vasopresores	
Criterios menores:	
Frecuencia respiratoria >30RPM	
PaO2/FiO2 <250	
Infiltrados multilobares	
Confusión/desorientación	
Uremia (BUN >20mg/dl)	
Leucopenia <4000 cel/mm3	
Trombocitopenia: Plaquetas <100.000 cel/mm3	
Hipotermia (°t central <36.8)	
Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos	

q-SOFA	
Alteración del nivel de conciencia	Escala de Glasgow ≤13
Tensión arterial sistólica	<100 mgHg
Frecuencia respiratoria	≥22 rpm

Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)					
Criterios	0	+1	+2	+3	+4
Respiración PaO2/FiO2 (mm Hg) o SaO2/FiO2	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM <70 mmHg	Dopamina a <5 o Dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Adrenalina a ≤ 0,1 o Noradrenalina a ≤ 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Adrenalina > 0,1 o Noradrenalina a > 0,1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o Flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200



- Hipotensión arterial que persiste luego de reanimación con volumen.
- Requiere vasopresores para PAM >65 mmHg
- Lactato >2 mmol/L en ausencia de hipovolemia.

Calcula la escala NEWS predicción de peligro.

Reglas de predicción de peligro para pacientes con Covid-2019 - NEWS							
Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Edad				<65			>65
Frecuencia respiratoria	<8		9 - 11				> 25
Saturación de oxígeno	< 91	92 - 93	94 - 95	>96			
Cualquier suplencia de oxígeno		Sí		No			
Presión arterial sistólica	<90	91 - 100	101- 100	111 - 219			> 220
Frecuencia cardíaca	< 40		41 - 50	51 - 90	91-110	111-130	> 131
Estado de conciencia				Alerta	3	3	Letargia, coma o confusión
Temperatura	< 35.0		35.1 - 36	36.1 - 38	38 - 39	> 39	

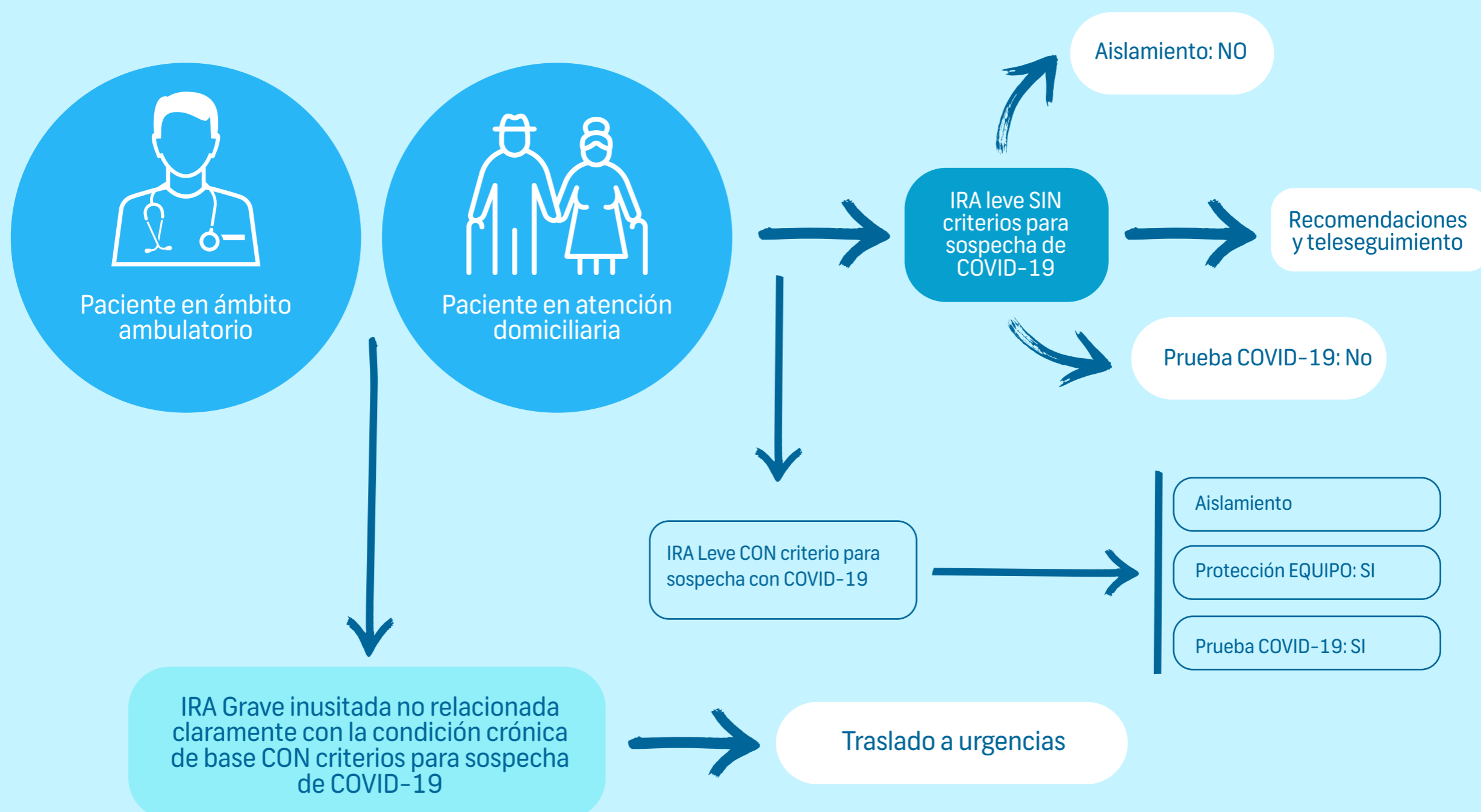
Puntuación	Riesgo	Nivel de advertencia	frecuencia de monitoria	Respuesta clínica	Solucion
0			Cada 12 horas	Monitoría rutinaria	
1-4	Bajo	Amarillo	Cada 6 horas	Evaluación a la cabecera por enfermería	Monitoria habitual / aumentar la frecuencia de la monitoria e informar al médico tratante.
5-6	Mediano	Naranja	Cada 1-2 horas	Enfermería y médico tratante	Mantener el tratamiento existente / ajustar el plan de tratamiento / consulta con el equipo de respuesta rápida de cuidado crítico
>7	Alto	Rojo	Continua	Enfermería, evaluación urgente por médico tratante, consulta al equipo de respuesta rápida de cuidado crítico	Equipo de respuesta rápida de cuidado crítico
>7	Alto	Negro	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con cuadros severos, con lesión de órgano irreversible como lesión cerebral severa, fallo multiorgánico, enfermedad hepática avanzada o enfermedad pulmonar, tumor metastásico, etc. • Se debería discutir urgentemente con el grupo de expertos acerca de la admisión del paciente 	





4 VALORACIÓN INTEGRAL

Valoración integral del paciente



Aplica la valoración geriátrica integral.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

ASPECTO A VALORAR	EVALUACIÓN	RESULTADO SI=1 / NO=0
FUNCIONALIDAD	Dependiente en 4 o más de las siguientes ABVD: 1. Comer 2. Bañarse 3. Vestirse 4. Ir al baño 5. Incontinencia urinaria o fecal (uso de pañales) 6. Deambulación asistida	SI o NO
COGNICIÓN	Antecedente confiable de demencia en etapa moderada* o severa**	SI o NO
PATOLOGIA EN ETAPA TERMINAL	Diagnóstico de enfermedad oncológica o no oncológica con pronóstico vital menor a 6 meses	SI o NO
TOTAL		

*Demencia moderada: Paciente con memoria reciente muy alterada pero recuerda.
 ** Demencia severa: Necesita ayuda para prácticamente todas las ABVD, deambulación mínima o vida en cama, lenguaje escaso, Incontinencia urinaria y fecal.

REVISA ESCALA DE FRAIL

[Ver AQUÍ](#)

En adulto mayor considere según fenotipo y VGI rápida:

FENOTIPO	VGI RÁPIDA	POSIBILIDAD DE EVOLUCIÓN NO FAVORABLE	CONDUCTA	VALORACION POR CUIDADO PALITIVO	VALORACION EN PISO POR GERIATRIA
NO FRAGIL	0	No	Desarrollo del protocolo adulto establecido	NO	NO
PREFRAGIL	0	No a menos que tenga patologías crónicas de riesgo en COVID 19	Desarrollo del protocolo adulto establecido	NO	NO
PREFRAGIL	>=1	Posible	Adecuación del esfuerzo terapéutico y evaluar caso seleccionado , valoración por grupo de adulto mayor	NO	SEGÚN CASO
FRAGIL	0	Posible - debe evaluar casos seleccionado	Adecuación del esfuerzo terapéutico, valoración por grupo de adulto mayor	SEGÚN CASO	SI
FRAGIL	>=1	Si	Adecuación del esfuerzo terapéutico, valoración por grupo de adulto mayor	SI	SI





5 ATENCIÓN DOMICILIARIA



Aislamiento en domicilio

Sintomático

Asintomático

14 días desde el inicio de síntomas

14 días desde el último día de contacto

0

0

10 días desde la toma de PCR+ Últimos 3 días sin fiebre (sin consumo de antipirético) ni disnea, mejoría de otros síntomas respiratorios

14 días desde el último día de contacto

Habitantes de la misma vivienda del paciente

10 días desde la toma de PCR+ Verificando que continúa asintomático

Solicita prueba COVID-19 y biomarcadores

BIOMARCADORES COMPLICACIONES

Hemograma	Dímero D
PCR	Ferritina
LDH	Bilirrubinas
Troponina	Rx Tórax
Creatinina / BUN	Gases arteriales (según condición clínica)

Toma RT-PCR o Prueba de Antígeno en domicilio o ambulatorio (Antes del día 11)

A quién solicitar biomarcadores: Moderados o Leves con factores de riesgo

Interpretación de Biomarcadores asociados con progresión.

- La linfopenia es el hallazgo de laboratorio más común entre las personas con COVID-19.
- La linfopenia, neutrofilia, niveles séricos elevados de alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa, niveles elevados de lactato deshidrogenasa, proteína C reactiva (PCR) y niveles altos de ferritina pueden estar asociados con una mayor gravedad de la enfermedad.
- El dímero D elevado y la linfopenia se han asociado con mortalidad.

Realiza autocontrol si 1 o más factores de riesgo



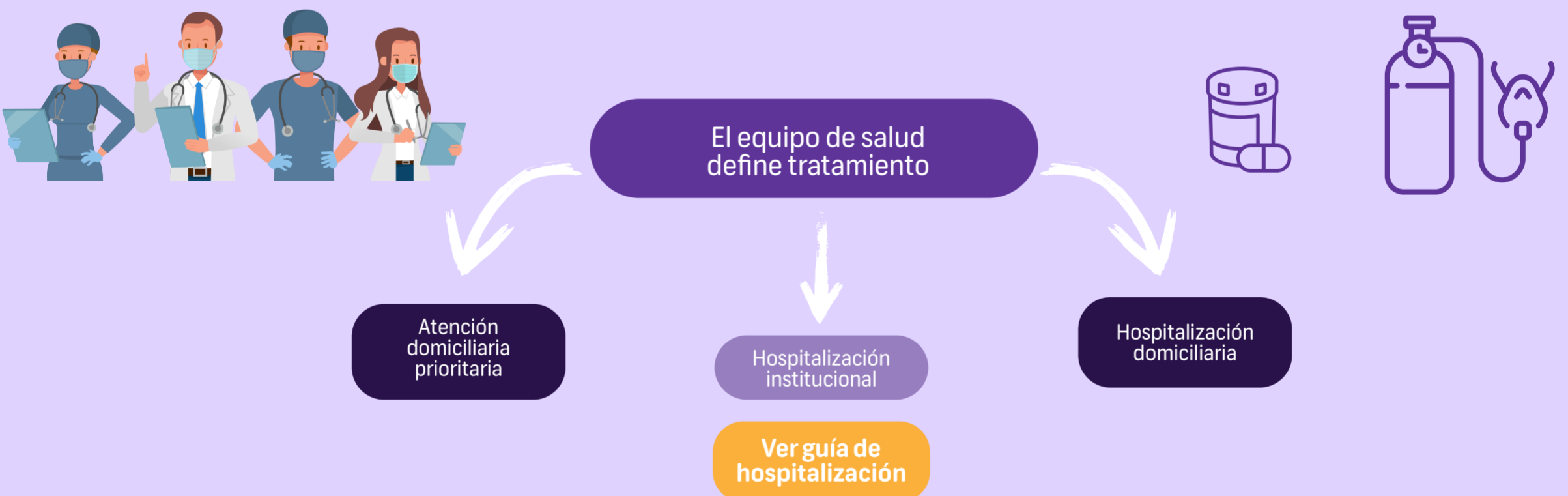
Entrega Kit

Mide T°, SaO2, signos y síntomas

Supervisión presencial o virtual según riesgo

A través de estrategias organizadas que garanticen seguimiento, tomas de paraclínicos, transporte y articulación con institución hospitalaria

Tratamiento según evaluación clínica



Criterios de atención prioritaria domiciliaria de personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19

- Enfermedad no complicada o neumonía leve con factores de riesgo, que requiere valoración integral presencial y evaluación de marcadores de mal pronóstico.
- Necesidad de toma de muestras o pruebas point of care.
- Paciente que opta por no asistir a una institución de salud cuando está indicado clínicamente, y prefiere la atención en domicilio.

Consentimiento informado

El médico tratante explica claramente al paciente y al cuidador, las condiciones de la atención, limitaciones y beneficios

Consentimiento informado

- Seguimiento telefónico diario
- Apoyo telefónico profesional 24/7
- Educación en automonitoreo
- Identificación de signos de alarma
- Mecanismo conocido y efectivo de transporte
- Red de apoyo
- Medio comunicación efectivo con IPS/EPS





6 MANEJO AMBULATORIO

PANORAMA GENERAL

GRAVEDAD COVID-19

Asintomático

- **Aislamiento:** 10 días a partir de la prueba COVID-19 positiva
- **Con factores de riesgo:** seguimiento virtual
- **Sin factores de riesgo:** autoreporte de síntomas

No hospitalizado
Leve a Moderado
Sin factores de riesgo

- **Aislamiento:** por 10 días a partir del inicio de síntomas más 3 días sin fiebre (sin antipiréticos) o disnea.
- **Autoreporte** de síntomas y seguimiento telefónico.
- **Tratamiento de soporte:** trate los síntomas con acetaminofén*, miel (una cucharadita si no hay contraindicación) en mayores de 1 año para aliviar la tos.
- **No hay evidencia** científica para recomendar terapia antiviral o con anticuerpos en esta población.
- **No se recomienda el uso de Dexametasona.**

No hospitalizado
Leve a Moderado
Con factores de riesgo

- **Aislamiento:** por 10 días a partir del inicio de síntomas más 3 días sin fiebre (sin antipiréticos) o disnea.
- **Seguimiento** telefónico o virtual diario: síntomas, control de temperatura y saturación de oxígeno.
- **Biomarcadores:** con evaluación inicial y luego de acuerdo a resultados y evaluación clínica.
- **Suplencia de oxígeno** domiciliario por cánula nasal (1-4 litros) si **hay** trastorno de la oxigenación documentado.
- **Tratamiento de soporte:** trate los síntomas con acetaminofén*, miel (una cucharadita si no hay contraindicación) en mayores de 1 año para aliviar la tos.
- **No hay evidencia** científica para recomendar terapia antiviral o con anticuerpos en esta población.
- **No se recomienda el uso de Dexametasona.**
- **Si hay factores de riesgo** indique tromboprofilaxis (ver Algoritmo).

Hospitalizado en domicilio
Leve a Moderado
Con factores de riesgo con indicación de hospitalización

- **Aislamiento:** por 10 días a partir del inicio de síntomas más 3 días sin fiebre (sin antipiréticos) o disnea.
- Seguimiento telefónico o virtual diario: síntomas, control de temperatura y saturación de oxígeno.
- Biomarcadores: con evaluación inicial y luego de acuerdo a resultados y evaluación clínica.
- **Suplencia de Oxígeno** domiciliario por cánula nasal (1-4 litros) si **hay** trastorno de la oxigenación documentado.
- Si requiere oxígeno por trastorno de oxigenación documentado, considere el uso de corticoides durante 10 días (o menos tiempo si deja de requerir oxígeno antes) (ver algoritmo en siguiente página)
- **Tratamiento de soporte:** acetaminofén, terapia antimicrobiana si hay sospecha de coinfección bacteriana si deterioro < 7 días de síntomas, consolidación segmentaria o leucocitosis o procalcitonina > 0.25 (guías locales de neumonía)
- **Si hay factores de riesgo** indique tromboprofilaxis (ver Algoritmo).
- **No hay evidencia** científica para recomendar terapia antiviral o con anticuerpos en esta población.

Aconseje al paciente y sus cuidadores sobre:

- Uso de tapabocas
- Higiene de manos
- Limpieza de superficies
- Distancia social > 2m
- Ventilación (ventanas y puertas abiertas)
- Pasar tiempo al aire libre manteniendo distancia social
- Nutrición e hidratación adecuada
- Salud mental y soporte psicosocial
- Evitar acostarse boca arriba, ya que esto hace que toser sea ineficaz.

*Acetaminofén: antes de prescribirlo descarte compromiso hepático, no indique dosis mayores de 750 mg y tenga en cuenta que la dosis máxima es de 3 gramos/día.

OXIGENOTERAPIA

Oxigenoterapia en personas con infección SARS-CoV2 /COVID-19 – ABORDAJE RÁPIDO

Adulto con diagnóstico de COVID-19 con < 90% SatO2 o entre 90% a 94% con tendencia progresiva a la baja en personas sin patología pulmonar o < 88% SatO2: > 80 años; EPOC; hipoxemia crónica

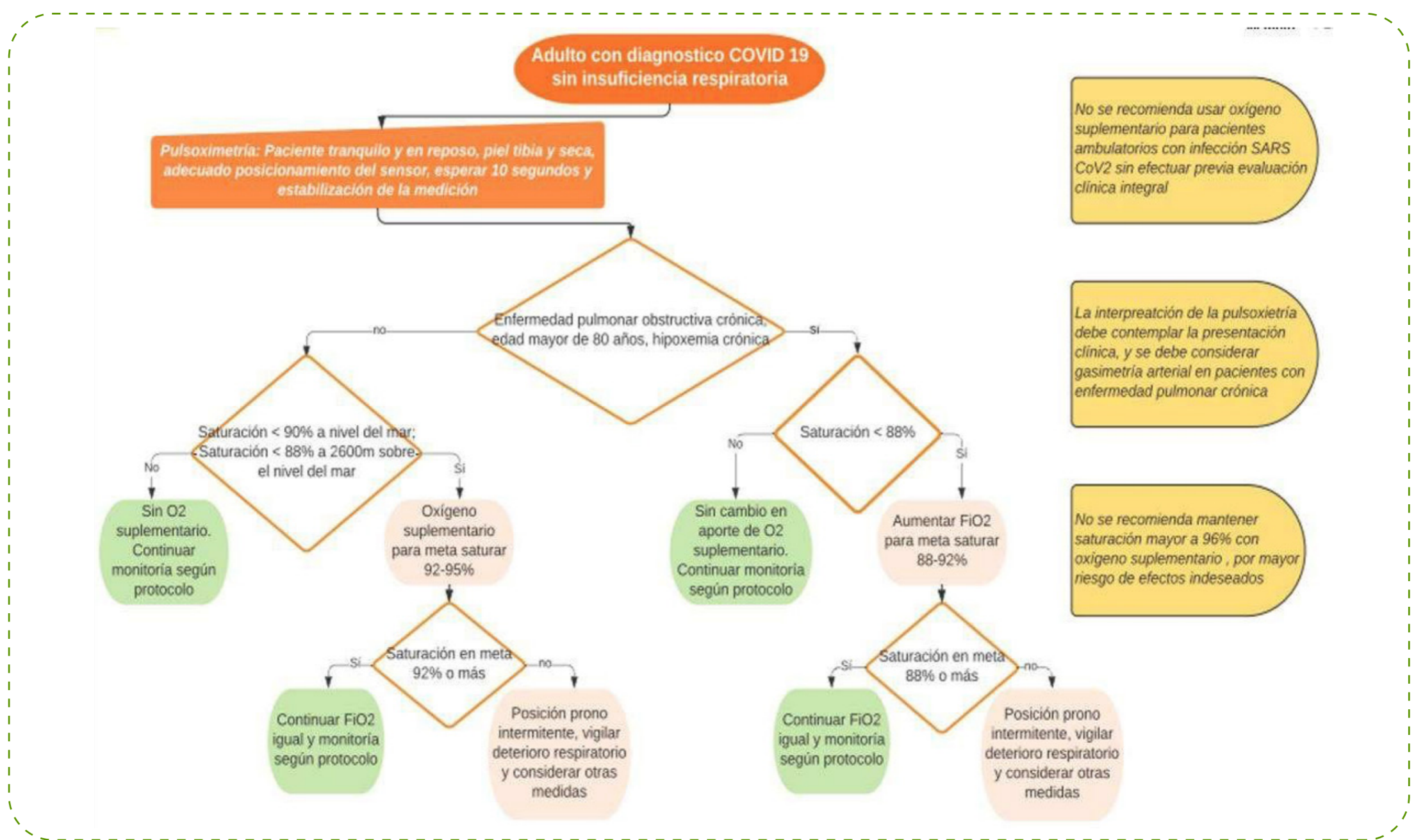
Cánula Nasal
1-4 L

- FR > 25
- Uso músculos accesorios
- Alteración estado conciencia
- SatO2 por debajo de lo normal para el paciente

SatO2 < 90% o
SatO2 < 88% en > 80
años, o hipoxemia
crónica

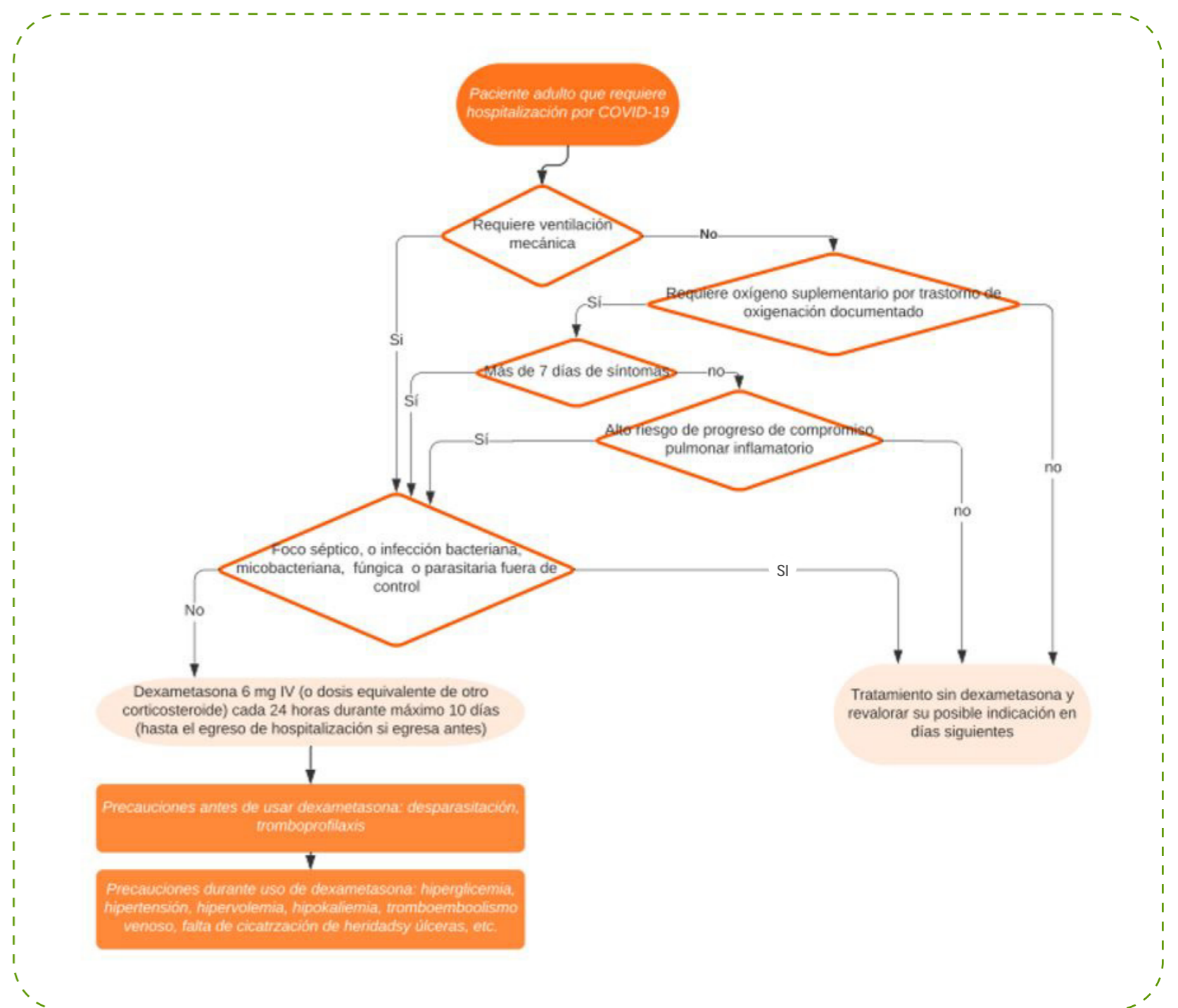
Hospitalice

Oxigenoterapia en personas con infección SARS-CoV2 /COVID-19 - AMBULATORIO



CORTICOIDES

DEXAMETASONA 6mg IV c/24h por 10 días: Prescripción y uso hospitalario
 - **Previamente:** desparasitación con Ivermectina (1 gota/Kg), dosis única)
 - Si DEXAMETASONA no disponible, considere equivalencias de otros corticoides:
 - Metilprednisolona 32mg oral o 40mg intravenoso cada 24 h
 - Prednisolona 40mg día vía oral
 - Hidrocortisona 50mg IV cada 6 horas.



ANTIBIÓTICOS

Antibióticos en personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 AMBULATORIO

En pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 leve o moderado, NO se recomienda el uso rutinario de profilaxis o terapia antibiótica

Considere iniciar antibiótico en pacientes con EPOC que presenten:
 • Disnea
 • Incremento en el volumen del esputo
 • Purulencia del esputo
 Deben estar presentes las 3 condiciones de manera simultánea para justificar el uso de antibióticos

Antibióticos en personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 HOSPITALIZADOS

Paciente con COVID-19 y requerimiento de hospitalización

No se recomienda descartar Influenza ni administrar Oseltamivir en IRAG-Inusitado dada (EN ESTE MOMENTO) la baja circulación de influenza en el país (INS - Clínicas Colsanitas)

Procalcitonina > 0,25 y/o Leucocitosis y/o Consolidación segmentaria en imágenes

Solicitar:
 1. PCR ó Ag SARS COV 2
 2. Procalcitonina si:
 a. Evolución menor a 7 días y/o
 b. Presencia de consolidación segmentaria y/o
 c. Leucocitosis

Procalcitonina < 0,25 y Ausencia de consolidación segmentaria y Ausencia de leucocitosis

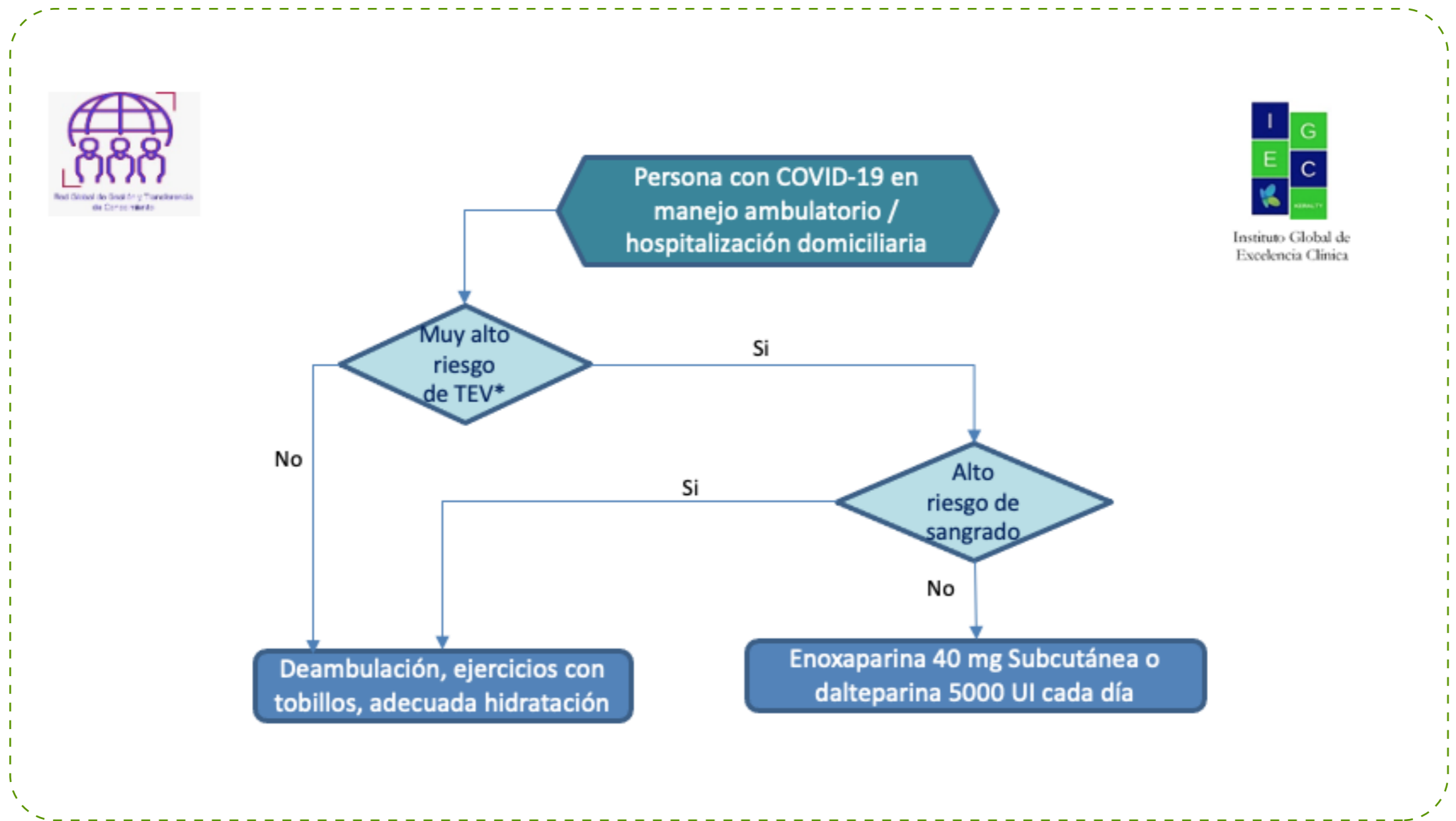
Inicio de antibiótico de acuerdo a guía nacional NAC

Continuar soporte y manejo Covid-19 según protocolo

USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO O SOSPECHA COVID-19

	QUIÉN		ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN	DÓNDE
	CRB-65	Factores de Riesgo y/o Enfermedades concomitantes		
NAC GRUPO I	0 - 1	NO	Amoxicilina o Claritromicina o Azitromicina	AMBULATORIO
		SI	Amoxicilina clavulanato + Claritromicina (o Azitromicina)	
NAC GRUPO II	2	NO	Penicilina Cristalina + Claritromicina IV o Ampicilina + Claritromicina IV	HOSPITALARIO
		FRx para bacilos Gram(-): Hogar geriátrico, enf cardiopulmonar, Uso reciente AB, Disfagia, Aspiración	Ampicilina- Sulbactam + Claritromicina IV o Cefuroxima + Claritromicina IV	HOSPITALARIO
		FRx para Neumococo Resistente a PNC: >65 años, Uso betalactámicos < 3 meses, Alcoholismo, Inmunosupresión, Exposición a niños intitucionalizados	Ceftriazona + Claritromicina IV o Moxifloxacina o Levofloxacina	HOSPITALARIO
NAC GRUPO III	≥ 3	Sin FRx para Pseudomonas aeruginosa: Broquiectasias o EPOC Grave, Terapia con Corticoides sistémicos, Terapia con AB amplio espectro < 1 mes, Malnutrición	Ampicilina- Sulbactam + Claritromicina IV + Vancomicina o Linezolid o Piperacilina-tazobactam + Claritromicina	UCI
		Con FRx para Pseudomonas aeruginosa	Piperacilina-tazobactam + Claritromicina o Cefepima + Claritromicina	UCI
		FRx para Staphylococcus aureus metilino resistente: ERC en hemodiálisis, Drogas IV, Infección por influenza, Uso fluoro-quinolonas, Neumonía necrosante	Ampicilina- Sulbactam + Claritromicina IV + Vancomicina o Linezolid o Piperacilina-tazobactam + Claritromicina + Vancomicina o Linezolid	UCI

TROMBOPROFILAXIS



*** Factores de muy alto riesgo para tromboembolismo venoso (TEV) en manejo ambulatorio**
Cualquiera de los siguientes:
Gran compromiso de la movilidad
Antecedente de TEV
Cáncer activo

Sitio de atención del paciente por COVID-19	Duración de uso de HBPM
Paciente que no se hospitaliza (manejo ambulatorio)	Durante 7 días desde el momento de atención
Pacientes hospitalizado que no requirieron UCI y sin factores de riesgo adicionales para TEV	Hasta el egreso o al menos durante 10 días, si el egreso ocurre antes
Paciente hospitalizado que no requirió UCI, con riesgo muy elevado adicional de trombosis (antecedente de TEV, cáncer activo, índice de masa corporal mayor de 35, embarazo, suerterio o movilidad muy reducida) y bajo riesgo de sangrado	Hasta 14 días después del egreso
Paciente que estuvo en UCI	Hasta 30 días después del egreso de UCI

FACTOR DE RIESGO DE SANGRADO	PUNTOS
Úlcera gastroduodenal activa	4.5
Sangrado en los 3 meses previos al ingreso	4
Recuento de plaquetas < 50 x 10 ⁹ cel/L	4
Edad ≥ 85 años	3.5
Falla hepática (INR > 1.5)	2.5
Enfermedad renal con TFG < 30 mL/min/m ²	2.5
Estancia en UCI	2.5
Catéter Venoso Central	2
Enfermedad reumática	2
Cáncer actual	2
Edad 40-84 años	1.5
Hombre vs. Mujer	1
Enfermedad renal con TFG entre 30-59 mL/min/m ²	1.5

Punto de Corte: Si el puntaje es ≥ 7 existe mayor riesgo de sangrado

Source: Acevedo J, Yomayusa N, Cantor F, Pinzón C, Barrero L, De La Hoz I, y cols. Consenso Colombiano para la prevención, diagnóstico y manejo de condiciones trombóticas en pacientes adultos con COVID-19: aplicando el Marco de la Evidencia a la Decisión (EtD) GRADE. Revista Colombiana de Cardiología 2020 (sep-oct); 27 (5): 446-460

COVID-19
(Control de síntomas)

FIEBRE
ESCALOFRÍOS
DELIRIO
ASTENIA

- ACETAMINOFEN 1 gr VO cada 6 a 8 horas
- El uso de AINES está contraindicado
- Considerar Dipirona 1 gr IV
- Si el paciente está en fin de vida considerar Parecoxib 40 mg/24 h IV

TOS

- En mayores de 3 años se recomienda uso de Miel de abejas.
- Si no presenta disnea se puede iniciar Paracodina 5 – 10 ml/8 h

DISNEA
ASTENIA
ANSIEDAD
INSOMNIO

Manejo No Farmacológico: Posición semisentada, técnicas de relajación y aumento de la ventilación
Manejo Farmacológico:
Morfina: dosis de inicio Adulto mayor 0,5 mg/4 h con máximo 6 rescates de 0,5 mg/ 24 h
Hidromorfona: Dosis inicio 0,1-0,2 mg/ 4 h, con máximo 6 rescates de la misma dosis. Infusión continua

SECRECIONES

- Butilbromuro de hioscina 20 a 40 mg /8 h
- Ipatropium Butilbromuro inhalador 2 puff /6 h





RECOMENDACIONES DE MANEJO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19

Para los tratamientos descritos en la siguiente sección, no hay evidencia de buena calidad para concluir un beneficio en los resultados clínicos del paciente con COVID-19. Todos estos tratamientos tienen el potencial de producir efectos adversos. Por tanto, consideramos que la posición más prudente es evitar su uso como tratamiento de rutina. Siempre que sea posible, se puede recomendar la participación de pacientes en estudios de investigación. La investigación sobre el tratamiento COVID-19 es un campo en rápido desarrollo y las recomendaciones de hoy pueden ser diferentes en unas pocas semanas, por lo que actualizaremos esta información de manera oportuna.

Recomendado

Más beneficios que daños, pero aún están en estudio

No recomendado

Corticosteroides

- Se recomienda el uso de corticosteroides en pacientes con COVID-19 grave y crítico que requieren oxígeno suplementario. Pacientes seleccionados en hospitalización domiciliaria podrían beneficiarse.
- Cuando se trata a pacientes con una enfermedad no grave, incluso después de 7 días de síntomas, es preferible optar por no prescribir corticosteroides. Dosis altas de corticosteroides, en fases muy iniciales de la enfermedad (con replicación viral alta y no controlada) no disminuyen la

Remdesivir

- En este momento, existen datos limitados para respaldar el uso de Remdesivir para el tratamiento de rutina de pacientes con saturación de oxígeno > 94% y sin oxígeno suplementario.

Colchicina

- No existe evidencia sólida basada en estudios de seguridad y eficacia sobre los beneficios clínicos de la colchicina para prevenir la enfermedad, disminuir la gravedad o la efectividad en el tratamiento de pacientes con COVID-19.

Anticuerpos monoclonales: (Casirivimab + Imdevimab (Regeneron); Bamlanivimab)

- En este momento, no hay datos suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de anticuerpos monoclonales para el tratamiento de pacientes ambulatorios con COVID-19 leve a moderado. En Estados Unidos está autorizado como uso de emergencia (EUA) en pacientes no hospitalizados de ≥ 12 años y con un peso de ≥ 40 kg que tengan un alto riesgo de progresar a una COVID-19 grave y/o de ser hospitalizados.

Tocilizumab

- No hay evidencia de calidad suficiente para recomendar el uso de tocilizumab, excepto en el contexto de ensayos clínicos aprobados por los comités de investigación y de ética.

Hidroxicloroquina

- Recomendación en contra de la administración de hidroxicloroquina o cloroquina.
- Probablemente no reduce la mortalidad, ni la ventilación mecánica
- Efecto incierto en el ingreso hospitalario, tiempo de mejoría clínica y aclaramiento viral.
- Riesgo de toxicidad cardíaca, delirio.

Ropinavir/litonavir

- No reduce la mortalidad, ventilación mecánica
- Efecto incierto en la eliminación del virus, lesión renal aguda, tiempo hasta la mejoría clínica.
- Puede aumentar el riesgo de diarrea y vómitos.

Ivermectina

- Actualmente, no hay datos suficientes para recomendar a favor o en contra del uso de ivermectina para el tratamiento de COVID-19.
- Se ha demostrado que la ivermectina inhibe la replicación del SARS-CoV-2 en cultivos celulares. Sin embargo, estudios farmacocinéticos y farmacodinámicos sugieren que se necesitarían dosis de ivermectina hasta 100 veces más altas que las aprobadas para su uso en humanos para alcanzar las concentraciones plasmáticas necesarias para duplicar la eficacia antiviral del fármaco in vitro. Uso como antiparasitario previo a Corticoides.

Azitromicina

- No hay diferencias significativas en la tasa de mortalidad entre los grupos de pacientes comparados.
- Los pacientes tienen tasas de mortalidad y duración de la estancia más bajas con HCQ solo en comparación con el tratamiento combinado con azitromicina, y los efectos secundarios cardíacos de la terapia combinada pueden contribuir a una mayor morbilidad y mortalidad.

AINES

- Se sugiere no usar AINE debido a efectos secundarios renales y gastrointestinales, particularmente en personas con factores de riesgo (hipertensión, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular).

Aspirina

- Aún se requieren tratamientos específicos con seguridad y eficacia indiscutibles para controlar la replicación viral, la inflamación y el riesgo trombótico durante el COVID-19.
- El ácido acetilsalicílico podría ser un candidato terapéutico seguro y razonable para ser probado en ensayos clínicos con adultos con COVID-19, pero merece más atención.
- Los pacientes que ya vienen con tratamiento con ASA, deben continuarlo.

Zinc

- Los niveles de zinc son difíciles de medir con precisión, ya que el zinc se distribuye como componente de varias proteínas y ácidos nucleicos.
- Se recomienda no usar suplementos de zinc por encima de la cantidad diaria recomendada para la prevención de COVID-19, excepto en un ensayo clínico.



7 EGRESO o FIN DEL SEGUIMIENTO

- Ausencia de fiebre >48 horas sin antipiréticos
y
- Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y la hipoxemia
y
- No requiere hospitalización por otras patologías
y
- Tolerancia a la vía oral
- Considerar condiciones sociales para definir egreso (cuidador y domicilio disponibles, apropiados)
- Vigilar manifestaciones posteriores (secuelas)
- Evalúe intervenciones de rehabilitación necesarias así como soporte emocional para el paciente y su familia.



8 SIGNOS DE ALARMA

Indique al paciente y cuidador, que ante la presencia de al menos uno de los siguientes signos de alarma debe acudir por urgencias:

- Pulsoximetría <90% (o <88% si es >80 años o EPOC o hipoxia crónica o >2600m sobre el nivel del mar)
- Cianosis (labios morados)
- Dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Presión en el pecho
- Alteración de conciencia o pérdida del conocimiento
- Hablar entrecortado por ahogo al hablar
- Dificultad para la ingesta de alimentos porque le falta el aire
- Otras recomendaciones: sangrado abundante si está con anticoagulantes, hiperglicemia (por uso de corticoides), fiebre cuantificada >38°C, problemas para hablar, ver o moverse.



REFERENCIAS

1. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> . Accessed [26/01/21]
2. BMJ Best Practice. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Treatment algorithm. Available by: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/treatment-algorithm#patientGroup-0-0>
3. WHO. COVID-19 Clinical Management. Living guidance. 25 January 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>
4. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Available by: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>
5. Acevedo-Peña J, Yomayusa-González N, Cantor-Cruz F, Pinzón-Flórez C, Barrero-Garzón L, De-La-Hoz-Siegler I, et al. Consenso colombiano para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de condiciones trombóticas en adultos con COVID-19: aplicando el Marco de la Evidencia a la Decisión (EtD) GRADE. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2020;27(5):446–60. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-consenso-colombiano-prevencion-el-diagnostico-S0120563320301303>
6. EPS Sanitas. Dirección de Planeación, Evaluación y Gestión del Conocimiento. Modelo de atención domiciliaria prioritaria y hospitalización en casa, para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. Versión 0.2. 07/10/2020. Colombia.
7. ACIN. Sección V. Manejo del paciente con infección por SARS-CoV-2/COVID-19. Infectio. Vol24 (3), suplemento 2, 2020. Available by: <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/891>
8. IDSA. Monoclonal antibodies. Available by: <https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/therapeutics-and-interventions/monoclonal-antibodies/#Guidelines>
9. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Colombia. V2. Julio 23 de 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia%20VSP%20COVID-19%2023072020.pdf>
10. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community. April 2020. Available by: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/chapter/4-Managing-cough>

Trabajo colaborativo:

Adriana Rocio Garavito
Clínica Colsanitas - Unidades Ambulatorias

Alberto Lineros Montañez
Clinica Colsanitas - Urgencias

Carlos Eduardo Pinzón Flórez
EPS Sanitas

Diego Alejandro Pinto Pinzón
Fundación Universitaria Sanitas

Fredy Orlando Guevara Pulido
Clinica Colsanitas - Enfermedades Infecciosas

Gerardo Díaz Suárez
Colsanitas

Ilich Herbert De La hoz Siegler
Instituto Global de Excelencia Clínica

Juan Ramón Acevedo Peña
Instituto Global de Excelencia Clínica

Leon Jairo Suaza Calderon
EPS Sanitas - Urgencias

Márcio Mascarenhas
Brasil

Nicolas Sanabria
Clínica Colsanitas - PHD

Suzanne Marilyn Cortez
Sanitas - Perú

Andrés Mantilla Reinaud
EPS Sanitas

Ana María Castillo Gutiérrez
Instituto Global de Excelencia Clínica

Carlos Ocampo Botero
Clínica Sebastián de Belalcazar

Eduardo La Rotta Caballero
Médico Neumólogo

Gabriela Sarmiento Brecher
Clinica Colsanitas - Cuidados Paliativos

Gonzalo Prada Martínez
Médico Neumólogo

Jorge Alberto Ordoñez Cardales
Clinica Colsanitas - Neumología

Karen Lorena Rincón Ramírez
Gerencia Modelos y Programas Keralty

Liliana Isabel Barrero Garzón
Instituto Global de Excelencia Clínica

Maria Victoria Mera Gamboa
Clinica Colsanitas - Cuidados Paliativos

Olga Victoria Gómez Gómez
Instituto Global de Excelencia Clínica

Victoria Eugenia López Paz
Colsanitas

Alexandra Malagón
Brasil

Andrés Santiago Caballero Arteaga
Médico Neumólogo

Diana López Suárez
Colsanitas

Freddy Garzón
Sanitas Perú

Geovanny Alexander Daza
EPS Sanitas

Héctor Mauricio Cárdenas
Clínica Universitaria Colombia - Geriátría

Juan Camilo Lozano
AXA Keralty México

Laura Marcela Horlandy Gómez
Clínica Universitaria Colombia - Urgencias

Lidia Patricia Reyes Pabón
Clínica Universitaria Colombia - Enfermedades Infecciosas

Nancy Yomayusa González
Instituto Global de Excelencia Clínica

Ruben Darío Contreras Paez
Médico Neumólogo

Viviana Cubillos
Clinica Colsanitas - Servicio de Terapias

Comisión Global de Calidad y seguridad
Comisión Global de Cuidado Crítico
Comisión Global de Cuidado Paliativo
Comisión Global de Ética

Comisión Global de Infectología
Comisión Global de Medicina Interna
Comisión Global de Terapia
Comisión Global de Urgencias



Instituto Global de Excelencia Clínica
Presidencia global de salud e Innovación



Fundación
Universitaria Sanitas