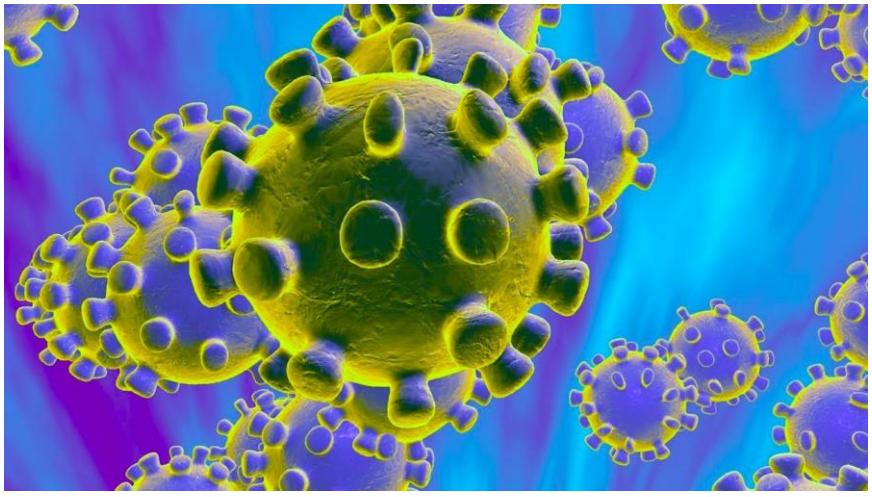
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
GERENTE



GUAMAL – MAGDALENA
2020

1. PROPOSITO

Brindar a los trabajadores de la entidad hospitalaria orientaciones para identificar los casos de infección causada por el SARS-COV2 y pautas para el manejo clínico del paciente con enfermedad por COVID-19.

2. ALCANCE DEL PROCEDIMIENTO

Establecer las pautas de manejo y tratamiento del paciente con enfermedad por COVID-19, en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

Este lineamiento está en continua revisión y podrá ser actualizado con base en las recomendaciones que emita la Organización Mundial de la Salud –OMS, organizaciones científicas nacionales e internacionales y cuando la situación epidemiológica así lo requiriera.

3. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005.
- Ley 09 de 1979
- Ley Estatutaria 1751 de 2015
- Decreto 780 de 2016.
- Decreto 538 de 2020
- Resolución 3280 de 2018
- Resolución 2654 de 2019
- Resolución 3100 de 2019
- Resolución 3512 de 2019
- Resolución 385 de 2020
- Resolución 502 de 2020
- Resolución 521 de 2020
- Resolución 536 de 2020
- Directiva presidencial 02
- Circular 023 de 2017
- Circular 031 de 2018
- Circular 05 de 2020
- Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años.
- Lineamiento de prevención, diagnóstico y control de casos de Influenza.
- Manual de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS.
- Programa Nacional de Prevención, manejo y control de la IRA

- Protocolo de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda – Instituto Nacional de Salud – INS

4. DEFINICIONES

Aislamiento: Separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, con el objetivo de prevenir la propagación de COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligatorio cuando se emita una orden por parte de la autoridad sanitaria.

Aislamiento en cohorte: Es el conjunto de procedimientos que permite la separación de pacientes infectados con una misma patología o agente infeccioso, de los huéspedes susceptibles, durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales que permitan cortar la cadena de transmisión de acuerdo con la vía de transmisión de los patógenos involucrados.; Esta medida de aislamiento busca optimizar recursos y concentrar esfuerzos de trabajo en un área específica con mayor costo-efectividad de las intervenciones.

Aislamiento por gotas: Se refiere a las medidas para controlar las infecciones por virus respiratorios y otros agentes transmitidos por gotas (> 5 micras) impulsadas a corta distancia a través del aire y que pueden ingresar a través de los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.

Aislamiento respiratorio: Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro).

Aislamiento supervisado: Se aplica para los casos confirmados asintomáticos o leves en los cuales se ordena asilamiento en casa con vigilancia estricta y periódica de una entidad sanitaria.

Autocontrol: Es el control que realiza la persona a sí misma para detectar fiebre, con la toma de la temperatura dos veces al día, permaneciendo alerta ante la tos o la dificultad para respirar. La persona bajo autocontrol debe conocer el protocolo para comunicarse con el equipo de salud a cargo si presentara fiebre, tos o dificultad para respirar durante el período de autocontrol con el fin de determinar si necesita una evaluación médica.

Autocontrol con supervisión: En este autocontrol las autoridades de salud pública de la jurisdicción asumen la responsabilidad de supervisar el autocontrol de ciertos grupos de personas. En estos casos las autoridades locales de salud establecerán una comunicación inicial con las personas en autocontrol y definirán un plan con instrucciones claras para notificar a la autoridad de salud antes de que esta busque atención médica si desarrolla

fiebre, tos o dificultad para respirar, y de acuerdo con el caso, verificará la evolución de la persona durante el período de autocontrol.

Contacto estrecho: Es el contacto entre personas en un espacio de 2 metros o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-19 confirmado o probable, durante un tiempo mayor a 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.

Contacto de persona que se encuentra a menos de 2 metros de un caso confirmado de SARS-CoV-2/COVID-19: Este contacto puede ocurrir mientras cuida, viva, visite, comparta un área de espera, se encuentra en el lugar de trabajo o en reuniones con un caso de SARS-CoV-2/ COVID-19. o - Una persona que tenga contacto directo, sin protección, con secreciones infecciosas de un caso de SARS-CoV-2/COVID-19 (por ejemplo, con la tos o la manipulación de los pañuelos utilizados). o - Un trabajador del ámbito hospitalario que tenga contacto con caso probable o confirmado o con secreciones infecciosas de un caso de SARS-CoV-2/COVID-19, sin EPP. o - Una persona que viaje en cualquier tipo de transporte y se siente a distancia de dos asientos o menos, en cualquier dirección, del caso de SARS-CoV-2/COVID-19. Los contactos incluyen compañeros de viaje y personal de la tripulación que brinde atención al caso durante el viaje.

COVID-19: Es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano llamado SARS-CoV-2, que causa una mayor mortalidad en personas de ≥60 años y en personas con afecciones médicas subyacentes como enfermedades cardiovasculares, enfermedad respiratoria crónica, diabetes y cáncer. Cuarentena: Es el aislamiento de personas que razonablemente se cree han estado expuestas a una enfermedad contagiosa, durante un período de tiempo no específico como método para evitar o limitar el riesgo de que se extienda una enfermedad.

Mascarilla Quirúrgica: Elemento de protección personal para la vía respiratoria que ayuda a bloquear las gotitas más grandes de partículas, derrames, aerosoles o salpicaduras, que podrían contener microbios, virus y bacterias, para que no lleguen a la nariz o la boca.

Máscaras de alta eficiencia (FFP2, FFP3 N95, N99): Están diseñadas específicamente para proporcionar protección respiratoria al crear un sello hermético contra la piel y no permitir que pasen partículas (< 5 micras) que se encuentran en el aire, entre ellas, patógenos como virus y bacterias en una proporción de acuerdo a su designación (ejm: La designación N95 indica que el respirador filtra, al menos, el 95% de las partículas que se encuentran en el aire; FFP2 94%, N99 99%, FFP3 99%)

Prestadores de servicios de salud: Hace referencia a las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, profesionales independientes de salud, transporte asistencial de pacientes y entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud.

SARS-CoV-2: Versión acortada del nombre del nuevo coronavirus "Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave" (identificado por primera vez en Wuhan, China) asignado por El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

5. MANEJO CLÍNICO

El manejo dependerá de los criterios de severidad clínica del paciente, la cual esta descrita en el documento técnico "Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud", por lo que en este lineamiento se indica el uso de criterios CRB-65 y ATS 2007 para la hospitalización e ingreso a UCI.

5.1. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se orientará, según lo establecido en la Circular 19 del Ministerio de Salud y Protección Social de 2020, de acuerdo con las recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia del consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en establecimientos de atención de la salud.

La prueba recomendada para el seguimiento epidemiológico de la pandemia en cada país y para la evaluación de pacientes en los ensayos de diagnóstico y de evaluación de intervenciones es la basada en amplificación de ácidos nucleicos virales y la confirmación del diagnóstico de COVID-19 se hará siempre a través de una prueba por RT-PCR, que es la prueba estándar de oro para la confirmación diagnóstica de COVID-19, de muestras de aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo orofaringeo, o hisopado.

Las orientaciones para el manejo de las pruebas se encuentran consignadas en el documento técnico Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-COV-2 (COVID- 19) en Colombia, disponible en la página WEB del Ministerio en el enlace https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf

Las pruebas rápidas se utilizarán de acuerdo con el lineamiento mencionado.

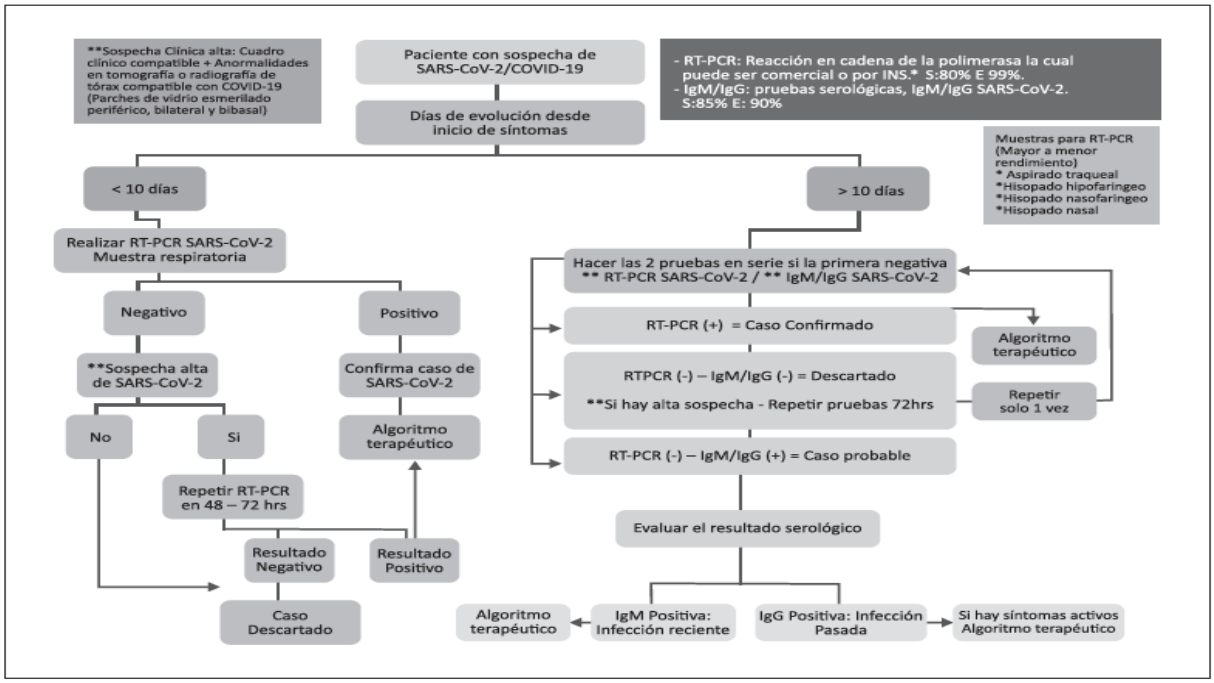
A continuación, se presenta la infografía con la interpretación del significado clínico de acuerdo con el resultado de las pruebas rápidas serológicas de anticuerpos IgM/IgG y de la prueba RT-PCR SARS CoV2.

Resultado			Significado Clínico
IgM	IgG	PCR	
−	−	−	Negativo
−	−	+	Positivo
+	−		Probable positivo
+	+		Probable positivo
−	+	+	Positivo
		−	Recuperado /Infección resuelta

Fuente: Instituto Nacional de Salud. 2020.

En el siguiente flujograma se observa la recomendación dada por el Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud, para el proceso diagnóstico de la infección por SARS- CoV-2.

FLUJOGRAMA PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19



Fuente: Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud

4.2. CRITERIOS PARA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

A continuación, se describen los criterios CRB65 y ATS 2007 para orientar las decisiones clínicas en el manejo de los casos:

- **CRITERIOS CRB-65**[1]

Esta escala se utiliza para decidir HOSPITALIZACION o traslado a CASA. No se debe utilizar para definir INGRESO O NO A UCI.

Para decidir necesidad de hospitalización se requiere puntuación >0.

Un puntaje de cero indica un riesgo bajo (0.9% mortalidad) y probablemente no precisaría hospitalización. Todo puntaje mayor de 0 obliga a considerar la hospitalización.

Criterio	Puntos
El enfermo presenta confusión	1
Frecuencia respiratoria mayor o igual que 30/rpm	1
T.A. sistólica < 90 mm Hg o T.A. diastólica menor o igual a 60 mm Hg:	1
Edad es igual o mayor que 65 años:	1

Puntuación	Riesgo	Conducta
1	Riesgo moderado (5.2% mortalidad)	Requiere hospitalización
2	Riesgo Elevado (12.2% mortalidad)	Requiere hospitalización
3	Riesgo Alto (31.2% mortalidad)	Requiere hospitalización
4	Riesgo Alto (31.2% mortalidad)	Requiere hospitalización

Adicional a lo anterior, deberá considerarse como criterio de hospitalización las condiciones socioeconómicas o geográficas que imposibiliten el seguimiento del paciente.

- **Criterios ATS 2007**

Esta escala se utiliza para decidir INGRESO O NO A UCI de acuerdo con la presencia de criterios mayores y menores.

[1] sistema de evaluación de la Neumonía Adquirida en la Comunidad muy similar al CURB-65, del que se diferencia en que no toma en cuenta los niveles de urea sanguínea. Tiene, por tanto solamente cuatro parámetros: La existencia de confusión, la frecuencia respiratoria, la TA sistólica, y la edad del enfermo. Por tanto, el número máximo de puntos es de cuatro, en lugar de cinco del CURB-65, por lo que la gama de mortalidades atribuídas es algo más compacta. Ha sido validado en varios trabajos, y sus condiciones de sensibilidad, especificidad en la atribución de mortalidad parecen muy similares a las del CURB-65.

Para decidir necesidad de ingreso a UCI: Un (1) criterio mayor o tres (3) menores

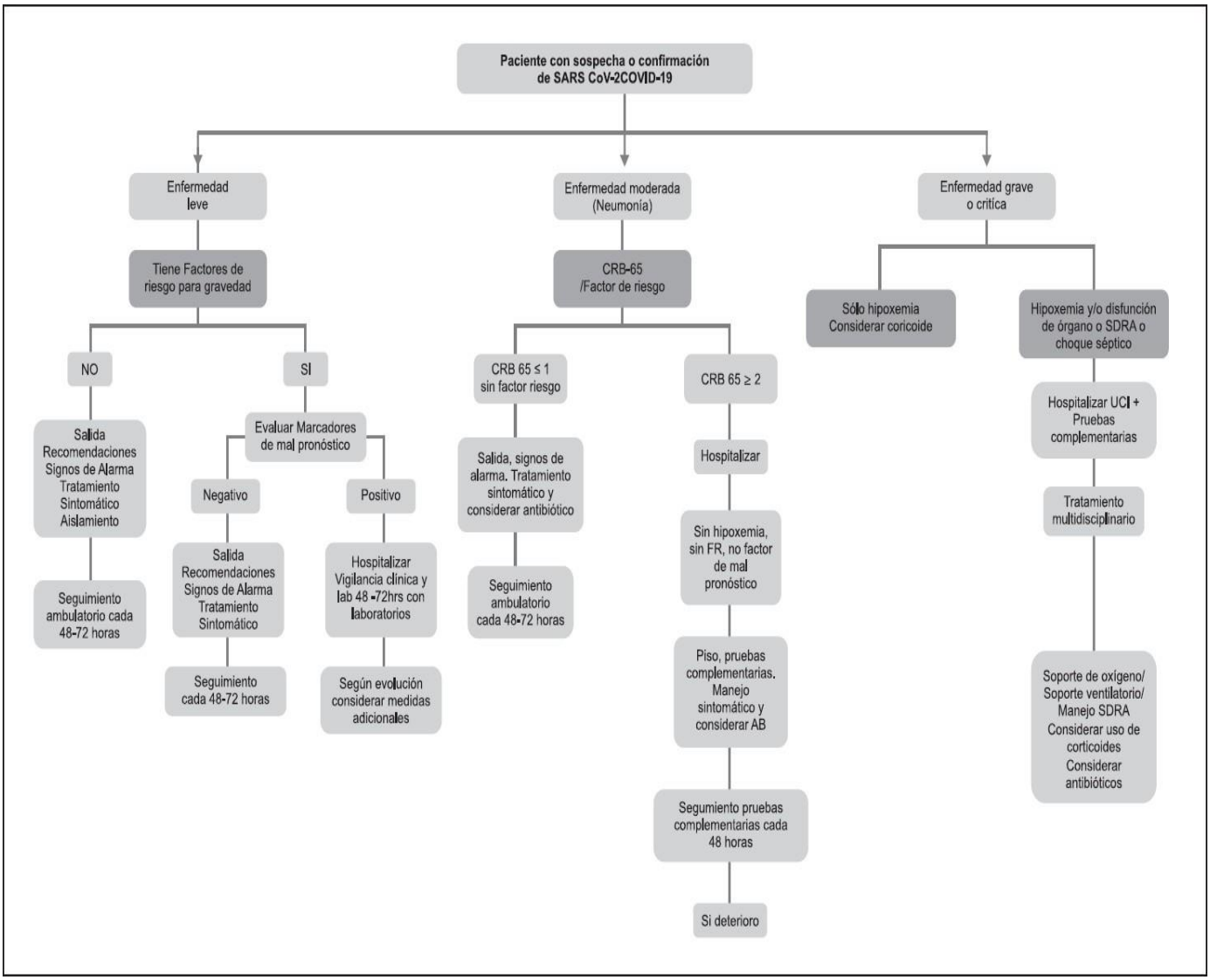
Criterios mayores:	Necesidad de ventilación mecánica Presencia choque séptico
Criterios menores:	Frecuencia respiratoria≥30 rpm; PaO_2/FiO_2<250, Compromiso multilobar, Confusión / desorientación, BUN≥20mg/dl; Leucopenia<4.000/mm3; PAS<90 mmHg; Hipotensión que requiere aporte intensivo de líquidos; Temperatura central <36°C; Plaquetas<100.000/mm3

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS DE ACUERDO CON GRAVEDAD EN SARS-COV-2/ COVID-19.

SEVERIDAD	DESCRIPCION
Enfermedad leve	Pacientes sintomáticos con base en criterio de definición de caso COVID-19 sin evidencia de neumonía viral o hipoxia
Enfermedad Moderada Neumonía	Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) sin signos de neumonía grave, con SpO2≥90% en aire ambiente
Enfermedad Grave Neumonía grave	Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) más uno de los siguientes - Frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min - Dificultad respiratoria severa - SpO2<90% en aire ambiente
Enfermedad critica	Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda SDRA Sepsis Choque séptico
Asintomático	Se debe indicar aislamiento por 10 días desde la toma de la muestra para rt-PCR. No es necesario realizar control de detección de anticuerpos o prueba de rt-PCR, como un requisito para reincorporarse al trabajo.

Fuente: ORDENES MEDICAS SALA GENERAL COVID-19 - FORMATO 27 DE JULIO 2020, DR. ABRAHAM KATIME ZUÑIGA.

FLUJOGRAMA ENFOQUE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO SARS-CoV-2/ COVID-19.



6. MANEJO EN URGENCIAS

Triage: Se recomienda desde el ingreso del paciente, indagar en la estación de Triage la presencia de síntomas respiratorios o fiebre, y en tal caso iniciar medidas de contención e implementar la "etiqueta respiratoria". Se debe realizar un cuestionario que indague sobre los criterios clínicos y epidemiológicos de la definición operativa de caso, si la persona cumple con la definición establecida, el encargado del Triage debe entregarle inmediatamente una mascarilla quirúrgica al paciente y alertar frente a la presencia de un posible caso al médico de turno, con el fin que sea realizado el aislamiento por gotas y contacto de forma inmediata.

La persona será direccionada a la zona de aislamiento para enfermedades respiratorias la cual la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, cuenta para los casos de COVID-19, donde se garantiza el aislamiento; la valoración clínica se completará en este sitio, restringiendo el acceso de familiares o acompañantes. En caso de niños, niñas, adolescentes o pacientes que requieran acompañamiento, este se permitirá adoptando las medidas necesarias para su protección, esto es, dotación de mascarilla quirúrgica e indicaciones sobre el lavado de manos.

De forma general, los casos en estudio deberán mantenerse en aislamiento de contacto y por gotas. Se cumplirá una estricta higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y de la retirada del equipo de protección personal. El personal de salud que acompañe al paciente hasta la zona de aislamiento llevará los elementos de protección personal de acuerdo con el riesgo según la Recomendaciones de EPP para personal de salud según el área de atención para COVID-19.

Iniciar la administración de oxígeno en pacientes con dificultad respiratoria o choque con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad, estado del paciente y altitud del municipio.

- Suministrar oxígeno a pacientes con COVID-19 en los diversos escenarios (SARS, SDRA, hipoxemia o choque) para lograr metas mayores a 94%.

- Iniciar oxígeno a 4-5 Litros/minuto y titular el flujo para mantener SaO2>93% durante la reanimación o usar mascara facial con bolsa de reservorio (10-15 L/min) si el paciente está en condición crítica.

- Una vez el paciente se encuentre estable la meta de SaO2>90% en adultos y >92-95% en embarazadas.

- Niños con obstrucción, ausencia de ruidos, cianosis central, choque, coma o convulsiones deberían recibir oxígeno para lograr meta de SaO2>94%.

Administrar, en los casos que sea necesario, broncodilatadores en forma de inhalador de dosis medida asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles.

Recomendación especial de evitar en lo posible el uso de terapias nebulizadas.

Se recomienda evitar en lo posible intervenciones que incrementan riesgo de aerosoles: cánula de alto flujo, nebulizaciones, reanimación cardiopulmonar, intubación (bolsa de reanimación con mascara) y si se considera asumir el riesgo se debe garantizar equipo de protección especial completo. La aspiración de secreciones en vía aérea en pacientes intubados debe hacerse con equipos de succión cerrada.

No administrar de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón.

Para embarazadas, la Organización Mundial de la salud (OMS) recomienda la terapia prenatal con corticosteroides para mujeres en riesgo de parto prematuro de 24 a 34 semanas de gestación cuando no hay evidencia clínica de corioamnionitis, la edad gestacional es confiable y se dispone de atención adecuada para el parto y el recién nacido. Sin embargo, en los casos en que la mujer cursa infección leve por COVID-19, los beneficios clínicos del corticosteroide antenatal podrían superar los riesgos de daño potencial para la madre. En esta situación, el equilibrio de beneficios y daños para la mujer y el recién nacido prematuro debe discutirse con la mujer para garantizar una decisión informada, ya que esta evaluación puede variar según la condición clínica de la mujer, sus deseos y los de su familia, y los recursos de atención médica disponibles.

En el caso de choque séptico, deberá administrarse antibioterapia de manera precoz considerando la microbiología local, los diversos diagnósticos (neumonía adquirida en comunidad, neumonía nosocomial, neumonía asociada a ventilador o cualquier otro foco infeccioso) y previa toma de hemocultivos.

Si el paciente presenta criterios de severidad valorar la necesidad de hospitalización o ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos el cual se deberá remitir a una instalación hospitalaria de mayor nivel de complejidad para el ingreso a la misma.

El uso de líquidos parenterales debe realizarse minimizando una reanimación exagerada que podría empeorar la oxigenación.

Realizar el diagnóstico diferencial con otras posibles etiologías frecuentes que justifiquen el cuadro clínico del paciente. En este sentido, deberá valorarse el inicio del tratamiento

para influenza estacional o para una infección respiratoria de origen bacteriano en función de la sospecha clínica o la gravedad del paciente.

Tener en cuenta la (s) comorbilidad (es) del paciente a fin de evaluar si es preciso iniciar, continuar o suspender tratamiento durante la estancia en urgencias y conciliar la medicación.

En caso de realizarse procedimientos que generen aerosoles (tomas de muestras respiratorias, intubación, reanimación cardiopulmonar, entre otras) se debe realizar aislamiento en el consultorio con medidas de precaución de vía aérea (Respirador N95, Visor, careta o gafas. Bata manga larga antifluido, Guantes no estériles, Vestido de Mayo debajo de la bata que se retira al final del turno Opcional: Gorro).

En pacientes con neumonía severa, mientras se define o descarta la influenza se recomienda iniciar tratamiento con oseltamivir.

No se recomienda medicación en pacientes asintomáticos ni tampoco la profilaxis.

Recomendar tratamiento sintomático para los pacientes con formas leves de infección por SARS CoV 2/COVID 19.

Informar a los pacientes con infección leve por SARS CoV-2 /COVID-19 los signos de alarma, e indicarle acudir nuevamente al sistema de salud si estos se presentan.

"Hasta la fecha, no hay ninguna vacuna ni medicamento antiviral específico para prevenir o tratar la COVID-2019. Sin embargo, los afectados deben recibir atención de salud para aliviar los síntomas. Las personas que presentan casos graves de la enfermedad deben ser hospitalizadas. La mayoría de los pacientes se recuperan con la ayuda de medidas de apoyo".

7. MANEJO EN SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

El médico que atiende el caso realizará la valoración del paciente y adoptará la conducta necesaria según severidad, evaluará el riesgo del paciente para definir su internación o su manejo domiciliario

En los casos que se decida manejo domiciliario se deben brindar las orientaciones al paciente para:

- Aislamiento en el domicilio.
- Higiene de manos, respiratoria y del entorno.
- Uso de elementos de protección para cuidadores.

- Autocontrol del paciente supervisado por el prestador, la EAPB o la ETS, con identificación de signos de alarma (aparición de fiebre, dificultad respiratoria, odinofagia, mialgias, malestar).
- Cuándo, por qué y cómo consultar.
- omunicación de resultados de laboratorio y otros paraclínicos e imágenes diagnósticas.
- Características del seguimiento.
- Medidas farmacológicas cuando se requieran.

Los pacientes que de acuerdo con la valoración requieran manejo en internación, deberán ser remitidos, según su severidad, al prestador que determine la EPS, en un transporte asistencial con las medidas de bioseguridad consignadas en los lineamientos emanados por el MSPS.

Deberá considerarse la internación de las personas con sospecha o confirmación de COVID con CRB mayor a cero (0) con alguna de las siguientes condiciones:

- Edad de 60 años o más,
- Diabetes,
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades respiratorias crónicas,
- Cáncer,
- Cualquier inmunodeficiencia,
- Cualquier condición socioeconómica o geográfica que impida realizar el seguimiento o el aislamiento domiciliario en las condiciones definidas en el documento técnico Lineamientos para el manejo del aislamiento domiciliario, frente a la introducción del SARS-CoV-2 (COVID-19) a Colombia, disponible en el enlace https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf
- Otras condiciones crónicas.

En los pacientes con enfermedad renal crónica deberán tenerse en cuenta lo dispuesto en el documento técnico Recomendaciones para pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, diálisis peritoneal y en cualquier estadio de la enfermedad renal crónica durante la epidemia de Coronavirus (COVID-19) disponible en: https://www.minsalud.gov.co/RID/recomendaciones-pte-enf-renal-covid-19-t.pdf.

Para la atención de pacientes con diferentes patologías y condiciones relacionadas con nefrología, se puede consultar los siguientes enlaces:

- Consenso de expertos sobre recomendaciones informadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y manejo de infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en pacientes con Lesión Renal Aguda: https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/473
- Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Nefrología en trasplante renal durante la pandemia por coronavirus (COVID19): https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/447/542
- Consenso colombiano de expertos sobre recomendaciones informadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y manejo de infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en diálisis: https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/474/553

7.1. MANEJO DE PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON PRUEBA POSITIVA PARA INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19)

Se recomienda el manejo domiciliario con aislamiento estricto mínimo por 10 días desde la toma de la muestra y considerar la realización de pruebas serológicas de acuerdo con el criterio médico.

7.2. RECOMENDACIONES PARA EL AISLAMIENTO DOMICILIARIO

- Recomendar el uso de mascarilla quirúrgica por parte del paciente aislado, con o sin síntomas.

- Instalar al paciente en una habitación individual y bien ventilada (puerta cerrada y ventana abierta).

- Limitar los movimientos del paciente dentro del domicilio y reducir al mínimo los espacios compartidos (por ejemplo, cocina y baño), garantizando en todo caso que estén bien ventilados (por ejemplo, dejando las ventanas abiertas).

- Los demás habitantes del hogar deben instalarse en una habitación distinta; si ello no es posible, deben mantener una distancia mínima de dos metros con el enfermo (por ejemplo, durmiendo en camas separadas).

- Limitar el número de cuidadores. De ser posible, de la atención del paciente se debe ocupar una persona que goce de buena salud y que no presente enfermedades crónicas o que afecten a su respuesta inmunitaria.

- Restringir la entrada de visitantes hasta que el paciente no se haya recuperado por completo y esté libre de signos o síntomas.

- Aplicar las medidas de higiene de manos después de cualquier tipo de contacto con los enfermos o con su entorno inmediato, al igual que antes y después de preparar alimentos, antes de comer, después de usar el baño y siempre que se advierta suciedad en las manos. Si no hay suciedad visible en las manos, también puede usarse un gel hidroalcohólico. Cuando haya suciedad visible, habrá que lavárselas con agua y jabón.

- Para secarse las manos después de lavárselas con agua y jabón, es preferible usar toallitas de papel desechables. De no haberlas, se utilizarán toallas de tela limpias, que se deben cambiar cuando estén húmedas.

- Cuando se encuentren en la misma estancia que el paciente, los cuidadores deberán utilizar una mascarilla quirúrgica bien ajustada que cubra la boca y la nariz. La mascarilla no debe tocarse ni manipularse durante su uso. Si se moja o se mancha con secreciones, deberá sustituirse inmediatamente por una mascarilla seca nueva. Para quitarse la mascarilla se utilizará una técnica adecuada que evite tocar su parte frontal. Inmediatamente después de ello se debe desechar la mascarilla y aplicar medidas de higiene de manos.

- Se debe evitar el contacto directo con los fluidos corporales —sobre todo las secreciones orales y respiratorias— y con las heces. Para efectuar cualquier maniobra en la boca o las vías respiratorias del paciente y para manipular las heces, la orina y otros desechos se deben utilizar guantes desechables y mascarilla quirúrgica. Antes y después de quitarse los guantes y la mascarilla se aplicarán medidas de higiene de manos.

- No se deben reutilizar las mascarillas desechables ni los guantes.

- Las sábanas, toallas, platos y cubiertos utilizados por el paciente no deben compartirse con otras personas. No es necesario desechar estos artículos, pero sí lavarlos con agua y jabón después de su uso.

- En la estancia del enfermo es necesario limpiar y desinfectar diariamente las superficies de uso cotidiano con las que exista contacto frecuente (como la mesa de noche, la estructura de la cama y otros muebles). Tras una limpieza inicial con jabón o detergente doméstico ordinarios, y una vez aclarado el producto, se aplicará un desinfectante doméstico de tipo habitual.

- Las superficies del cuarto de baño y el sanitario deben limpiarse y desinfectarse al menos una vez al día. Tras una limpieza inicial con jabón o detergente doméstico ordinarios, y una vez aclarado el producto, se aplicará un desinfectante doméstico de tipo habitual.

- La ropa, las sábanas y las toallas sucias del paciente deben separarse y lavarse a mano con agua y jabón ordinario, o a máquina a 60–90 °C con detergente ordinario, y dejarse secar por completo. La ropa sucia no debe sacudirse y se debe evitar que entre en contacto directo con la piel.

- Para la limpieza de superficies y la manipulación de ropa, sábanas o toallas manchadas con fluidos corporales se deben utilizar guantes y ropa de protección (por ejemplo, delantales de plástico). Según el contexto pueden emplearse guantes de limpieza domésticos o guantes desechables. En el primer caso, después de su uso los guantes deben lavarse con agua y jabón y descontaminarse con una solución de hipoclorito de sodio al 0,5%. Los guantes desechables (por ejemplo, de nitrilo o látex) deben desecharse después de su uso. Antes y después de quitarse los guantes se deben aplicar medidas de higiene de manos.

En el caso cuando la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, brinde la atención domiciliaria deberán evaluar el riesgo para el equipo de protección individual idóneo y mantener las precauciones recomendadas en relación con la transmisión por gotas y por contacto.

Los guantes, las mascarillas y otros desechos generados durante la atención domiciliaria al paciente deben colocarse en un recipiente con tapa situado en la habitación del paciente y posteriormente eliminarse como desechos infecciosos. Se deben evitar otros tipos de exposición a objetos contaminados del entorno inmediato del paciente (por ejemplo, no se deben compartir cepillos de dientes, cigarrillos, platos y cubiertos, bebidas, toallas, esponjas ni ropa de cama).

7.3. RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS PARA ASINTOMÁTICOS

No se recomienda realizar intervención farmacológica en personas asintomáticas.

7.4. EXÁMENES DE LABORATORIO PARA ASINTOMÁTICOS

No se recomienda realizar exámenes de laboratorio a personas asintomáticas.

8. HOSPITALIZACIÓN

Respecto del tratamiento específico para el COVID-19 y en consonancia con las últimas recomendaciones de OPS-OMS y con la última actualización del documento técnico "Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la Infección por SARS-2 / COVID-19 en establecimientos de atención de la salud" en su actualización de mayo 28 2020 se recomienda, en espera de mayor evidencia, únicamente lo siguiente:

- Evaluación de comorbilidades y tratamiento individualizado de las mismas.

- Terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de coinfección SARS CoV-2 /COVID-19 y neumonía bacteriana leve o moderada acorde a guías nacionales o guías institucionales.

- Terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de coinfección SARS CoV-2 /COVID-19 y neumonía bacteriana grave acorde a guías nacionales o institucionales para esta enfermedad, cuando no estén disponibles pruebas diagnósticas de alta precisión (PCR múltiple)

- Iniciar soporte respiratorio en insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SARS CoV-2 /COVID-19 en pacientes con:

  Disnea moderada-grave con signos de trabajo respiratorio y/o uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico

  O

  Taquipnea mayor de 30 rpm

  O

  Criterios gasométricos: PaO2/FiO2 <200 pH< 7,35 con PaCO2>45 mm Hg

En el caso de:

Paciente con definición operativa de caso que presenta:

- Neumonía leve con disnea leve que logra saturación mayor a 90% a 2lt/min.
- Edad de 65 o más años con factores de riesgo (EPOC, hipertensión, cardiopatías, diabetes, inmunosupresión) incluido el social.
- Tolerancia a la vía oral.

8.1. MANEJO HOSPITALIZACIÓN

- Medidas de aislamiento para evitar la transmisión.
- Hidratación oral.
- Líquidos endovenosos si se requiere. se recomienda un manejo conservador de líquidos para evitar el balance positivo que podría deteriorar la oxigenación.
- Oxigenoterapia: iniciar la administración en pacientes con dificultad respiratoria o choque con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno adecuada a la edad, estado del paciente y altitud del municipio de acuerdo con los principios anotados en el punto sobre manejo en el servicio de urgencias.
- Acetaminofén.
- Monitorización de signos vitales cada 4 horas con oximetrías.
- Antibiótico si tiene indicación para su uso.
- Remitir a una mayor complejidad en caso de evolución desfavorable.
- Paraclínicos básicos: Hemograma y EKG.
- Radiografía de tórax, de ser posible portátil.

8.2. EGRESO HOSPITALARIO

Se autoriza egreso cuando haya tolerancia a la vía oral, no haya fiebre durante 24 horas, ausencia de dificultad respiratoria con saturación de oxígeno >90% al aire ambiente por más de 48 horas sin alteraciones del ritmo cardíaco, con criterios de curación. Se recomendará al paciente mantener las medidas de aislamiento tras el egreso por 14 a 28 días, de acuerdo con la gravedad de los síntomas y la resolución de estos.

9. TRATAMIENTO ESPECÍFICO COVID - 2019

No existe actualmente evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el coronavirus SARS-CoV-2 en pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

No obstante, esta información podría cambiar rápidamente debido a los resultados de varios ensayos clínicos en marcha.

Los tratamientos no autorizados deberían ser administrados solo en el contexto de ensayos clínicos éticamente aprobados. Sin embargo, dada la alta mortalidad de pacientes con COVID-19 que desarrollan SDRA se deberá evaluar individualmente cada caso por parte de una junta médica compuesta, al menos, por dos de los siguientes: especialista en medicina crítica, neumólogo, infectólogo. Esta actividad podrá realizarse en la modalidad de telemedicina.

Dentro de las dificultades y limitaciones que genera la pandemia es necesario una comunicación con la familia.

INDICACIONES GENERALES

Hospitalizar por Medicina

Definir nivel de gravedad del paciente: Enfermedad no complicada - Neumonía leve - Neumonía grave -Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda SDRA - Sepsis – Shock séptico.

Establecer escala **CURB-65** como sistema de evaluación de gravedad en Neumonía Adquirida en la Comunidad.

Escala **CURB-65**. Sistema evaluación gravedad en Neumonía Adquirida en la Comunidad.

C: Confusión.
Puntuación test mental abreviado ≤ 8 o Presencia de desorientación en persona, lugar o tiempo.
U: Urea > 44 mg/dl o BUN > 19 mg/dl
R: Frecuencia respiratoria ≥ 30/min
B: Presión arterial sistólica < 90 mm Hg Presión arterial diastólica ≤ 60 mm Hg
65: Edad ≥ 65 años

Test mental abreviado para evaluar Confusión.

Preguntas o evaluaciones a realizar	Puntuación	
	Correcta	**Incorrecta**
Edad	1	0
Fecha de nacimiento	1	0
Tiempo (hora, día, noche)	1	0
Año	1	0
Nombre de la institución u hospital	1	0
Reconocimiento de dos personas: familiares o personal medico	1	0
Recordar direcciones	1	0
Nombres de personajes de actualidad	1	0
Fecha de acontecimientos históricos	1	0
Contar números hacia atrás	1	0
PUNTAJE TOTAL	**10**	**0**

Tratamiento Neumonía Adquirida en la Comunidad según escala CURB-65.

CURB-65 Puntuación	Mortalidad %	Recomendaciones
0	0.6	Grupo I Bajo riesgo. Tratamiento ambulatorio
1	2.7	Grupo I Bajo riesgo. Tratamiento ambulatorio
2	6.8	Grupo II Tratamiento ambulatorio supervisado o curso corto de tratamiento hospitalario
3	14	Grupo III Neumonía severa: hospitalizar y considerar manejo en UCI. En este grupo, se deben utilizar los criterios de la ATS para definir ingreso a UCI. (Criterios mayores y menores de la ATS para definir ingreso terapia intensiva)
4 o 5	27.8	Grupo III Neumonía severa: hospitalizar y considerar manejo en UCI. En este grupo, se deben utilizar los criterios de la ATS para definir ingreso a UCI. (Criterios mayores y menores de la ATS para definir ingreso terapia intensiva)

Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Segunda Edición. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia.
Sección VIII. Prevención y control de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19. VOL. 24 (3) SUPLEMENTO 2 2020, versión 06 junio 2020. http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.872.
http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/103

Revisar reportes de paraclínicos que identifican pacientes de mal pronóstico:
- Linfopenia (menor de 1000 células/mm3)
- Dímero D elevado (mayor a 1000 ng/ml o ug/L)
- PCR elevada (mayor a 15 mg/dl)
- Ferritina elevada (mayor a 1000 ng/ml o ug/L)

Habitación individual o traslado a zona hospitalaria para pacientes con diagnostico o sospecha de COVID-19.

Aislamiento de contacto – gotas.
Se recomienda seguir las precauciones estándar más precauciones por contacto (bata antifluido y guantes) y por gotas (mascarilla quirúrgica y gafas o visores protectores), en caso de tener contacto a menos de dos metros del paciente, cuando no se hagan procedimientos generadores de aerosoles.
Respirador N95 o su equivalente, cuando se realicen procedimientos generadores de aerosoles.

Dieta según características del paciente por nutricionista clínica.

Se recomienda permanecer el mayor tiempo posible en decúbito prono

Suplencia de Oxigeno si SaO2 (cánula nasal convencional o de alto flujo o mascara ventury según sea el caso). Suministrar oxígeno a pacientes con COVID-19 en los diversos escenarios (SARS, SDRA, hipoxemia o choque) para lograr metas mayores a 94%. Iniciar oxígeno a 4-5 Litros/minuto y titular el flujo para mantener SaO2>93% durante la reanimación o usar mascara facial con bolsa de reservorio (10-15 L/min) si el paciente está en condición crítica. Una vez el paciente se encuentre estable la meta de SaO2>90% en adultos y >92-95% en embarazadas.
Tapón venoso o líquidos endovenosos Lactato de Ringer 500 ml IV para 24 h para mantener vena permeable. Se recomienda un manejo conservador de líquidos para evitar un balance positivo que podría deteriorar la oxigenación.
Verificar historial de alergias a medicamentos del paciente.
Monitorizar Saturación arterial de Oxigeno con pulso oximetría cada 12 horas.
Control de signos vitales y avisar cambios.
Curva térmica.
Control de líquidos administrados y eliminados, evitar sobrecarga hídrica de los pacientes.
Recomendaciones generales y signos de alarma.
En caso de deterioro clínico (respiratorio o hemodinámico) presentar caso en la UCI.
En caso de pacientes con hipertensión arterial crónica de base, indicar antihipertensivos si tensión arterial es mayor de 130/80 mm Hg. No se recomienda suspender o cambiar ARAII o IECA si es del caso.
Gestionar con el área encargada los elementos de protección personal (EPP) para equipo sanitario a cargo de paciente en zona hospitalaria, según indicaciones del protocolo establecido.
Notificar caso y contactos estrechos comunitarios a salud publica para indicaciones de aislamiento preventivo y toma de muestras RT-PCR. Persona asintomática con o sin factores de riesgo que es contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19: - Dejar en aislamiento, insistir en medidas de prevención y notificación temprana en caso de aparecer síntomas. - Tomar RT-PCR dentro de los 7 a 14 días del contacto estrecho. - Si RT-PCR es positiva y paciente persiste asintomático: continuar aislamiento por 10 días desde la toma de la muestra, en caso de pacientes con inmunosupresión de base se sugiere continuar aislamiento por 15 días desde la toma de la muestra. - Si RT-PCR es negativa y paciente se encuentra asintomático, puede reiniciar sus actividades sociales y laborales con medidas de prevención. - Si no se logra realizar la RT-PCR y persiste asintomático, se recomienda aislamiento domiciliario por 14 días desde el momento de la exposición, con reintegro social y laboral si paciente no desarrolla síntomas; en estos casos se sugiere realizar luego de la segunda semana del contacto riesgo una prueba rápida para la detección de anticuerpos SARS CoV-2 IgG e IgM.
Según reportes de estudios microbiológicos realizar los ajustes que sean del caso en la terapia antimicrobiana. - Si reporte rt-PCR en aspirado traqueal o hisopado nasofaríngeo para SARS CoV-2 es negativo y cuadro clínico- imagenológico es compatible con COVID-19, enviar nueva muestra de aspirado

traqueal o secreciones traqueobronquiales con 48 a 72 h de diferencia y solicitar anticuerpos IgG-IgM SARS-CoV-2 si paciente tiene más de 11 días de evolución con respecto al inicio de los síntomas.
- Si se descarta coinfección por Influenza Virus, suspender Oseltamivir VO.
- Si se descarta coinfección bacteriana, suspender antimicrobianos IV – VO.

En caso de considerar egreso, notificar previamente a la secretaria de salud departamental o municipal según sea el caso y EPS de la paciente. Se debe gestionar traslado a casa en ambulancia no medicalizada o vehículo destinado para tal fin, si el paciente no cuenta con vehículo particular para su traslado o su familia y convivientes se encuentran en aislamiento preventivo.

En caso de egresar indicar incapacidad médica para reposo relativo y aislamiento obligatorio en casa de 10 a 28 días contados a partir del inicio de los síntomas:

En caso de pacientes con síntomas leves a moderados: 10 a 14 días.
En caso de pacientes con síntomas severos: 20 a 28 días.

En cuanto a lo relacionado con el reintegro social y laboral de casos con síntomas leves a moderados, este se puede dar si se cumplen 3 requisitos:
- Aislamiento por un mínimo de 10 días contados a partir del inicio de los síntomas.
- Ausencia de fiebre por más de 24 a 72 h sin el uso de medicamentos antipiréticos.
- Mejoría de síntomas respiratorios (tos y disnea) o gastrointestinales (diarrea).
- En caso de pacientes con inmunosupresión de base se recomienda un aislamiento por 15 a 20 días.
- En casos de COVID-19 severo o crítico el aislamiento se debe extender a 20 días.
- No es necesario realizar control de detección de anticuerpos o prueba de rt-PCR / PRDA, como un requisito para reincorporarse al trabajo.

ADENDO: ACTUALIZACIÓN CONSENSO 27/06/2020 CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD: RECOMENDACIONES BASADAS EN CONSENSO DE EXPERTOS E INFORMADAS EN LA EVIDENCIA ACIN-IETS.
https://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/895

LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS MOLECULARES RT-PCR Y PRUEBAS DE ANTÍGENO Y SEROLÓGICAS PARA SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA, Código GIPS21, Versión 05.
https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf

Se recomienda que los pacientes con infección SARS CoV-2/ COVID-19 pueden ser dados de alta y continuar aislamiento en casa si cumplen los siguientes criterios:
► Ausencia de fiebre ≥ 24 horas sin antipiréticos
►Ausencia de dificultad respiratoria con saturación de oxígeno >90% al aire ambiente por más de 48 horas sin alteraciones del ritmo cardíaco.
► No requiere hospitalización por otras patologías
► Tolerancia a la vía oral

Recomendaciones para el manejo de la LACTANCIA MATERNA si es del caso: Se sugiere, en caso de no ser posible la extracción manual de la leche, el neonato sea amamantado, teniendo en cuenta realizar una limpieza previa del área de las mamas y pezones con jabón, y abundante agua, higienizar de manos previo a la lactancia y usar mascarilla convencional por parte de la madre.
Se recomienda que el neonato asintomático hijo de madre sintomática, permanezca en aislamiento de la madre en habitación individual con cuidador sano o de no disponer del mismo, en la unidad neonatal, mientras cumple los cuidados rutinarios para el egreso.
Recomendaciones adicionales egreso MADRE – RECIEN NACIDO: Se recomienda al egreso continuar el aislamiento de la madre y el recién nacido por 28 días, con las medidas indicadas de higiene de manos antes de tocar al recién nacido, o de extraerse leche, uso permanente de mascarillas quirúrgicas estándar. Evitar hablar especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche y mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.
En caso de realizarse un procedimiento generador de aerosoles, el personal no podrá ingresar durante 3 horas después de la realización del procedimiento a menos que ingrese con protección contra aerosoles.
Se recomienda el uso de equipo médico exclusivo para los casos sospechosos o confirmados de infección por SARS CoV-2/COVID-19 (Fonendoscopio, esfigmomanómetro, termómetro) con desinfección posterior a cada uso.
Se recomienda que el familiar o cuidador del paciente con infección por SARS CoV-2 / COVID-19 que cumpla criterios de acompañamiento debe ser único, sin comorbilidades y menor de 60 años. Diligenciar solicitud de consentimiento informado escrito para el acompañamiento de pacientes con infección sospechada o confirmada por SARS CoV-2 / COVID-19.
Se recomienda restricción absoluta de visitas de familiares de pacientes infectados por SARS CoV-2 / COVID-19 en las unidades de cuidado intensivo, servicios de urgencias y servicios de hospitalización salvo en las siguientes situaciones: ► Pacientes pediátricos ► Pacientes adultos con dependencia o discapacidad que ameriten acompañante permanente según criterio de los médicos tratantes. La movilización del acompañante está absolutamente restringida.
Se recomienda en la institución donde fallece el paciente permitir un momento de despedida a 1 o 2 familiares designados quienes no tengan factores de riesgo ni sean mayores de 60 años, con los EPP apropiados (mascarilla quirúrgica, bata, guantes). No se permitirá tocar al fallecido, debiéndose mantener la distancia de dos metros del cuerpo y un tiempo de exposición inferior a 15 minutos.

ANTIMICROBIANOS EMPIRICOS DIRIGIDOS CONTRA BACTERIAS ASOCIADAS A NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Se recomienda terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de neumonía bacteriana acorde a guías nacionales o guías institucionales.

Claritromicina

- Dosis: 500 mg IV cada 12 h, diluir en 500 ml de Lactato de Ringer y pasar en perfusión de 1 h, cuando las condiciones clínicas lo permitan considerar terapia secuencial oral con 500 mg VO cada 12 h para completar 7 a 10 días de tratamiento según evolución.
- Precauciones: Se deben vigilar interacciones medicamentosas.
- Alternativa: Azitromicina 500 mg VO cada 24 h (en pacientes con intolerancia a Claritromicina).
- Presentación disponible:
  Claritromicina viales x 500 mg, tabletas x 500 mg, suspensión 250 mg/ 5 ml.
  Azitromicina tabletas 500 mg, suspensión 200 mg/ 5 ml.

Ceftriaxona

- Dosis: 2 g IV cada 12 h por 2 dosis y luego continuar con 2 g IV cada 24 h para completar 7 a 10 días de tratamiento según evolución.
- Alternativa: Ampicilina Sulbactam 1,5 a 3 g IV cada 6 h.
- Situaciones especiales:
  En caso de factores de riesgo para Pseudomona aeruginosa o bacilos gram negativos resistentes considerar Cefepime 2 g IV cada 8 h (diluir en 100 a 250 ml de SSN y pasar en perfusión de 1 a 4 h) o Piperacilina Tazobactam 4,5 g IV cada 6 h (diluir en 100 a 250 ml de SSN y pasar en perfusión de 1 a 4 h) para completar 7 a 10 días de tratamiento según evolución.
- Presentación disponible:
- Ceftriaxona viales x 1 g.
  Ampicilina Sulbactam viales x 1,5 g. Cefepime
  viales x 1 y 2 g.
  Piperacilina Tazobactam viales x 4,5 g.

TERAPIA ANTIVIRAL EMPIRICA DIRIGIDA CONTRA INFLUENZA VIRUS A/B.

Se recomienda terapia antiviral empírica en los pacientes con sospecha de neumonía por Influenza virus.

Oseltamivir

- Dosis: 75 mg VO cada 12 h durante 5 a 10 días según evolución.
- Presentación disponible: Capsulas x 75 mg.

TERAPIA ANTIVIRAL EMPIRICA DIRIGIDA CONTRA SARS-CoV-2.
Lopinavir/Ritonavir **Evidencia actual no apoya el uso de inhibidores de la proteasa en pacientes con COVID-19:** - WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID-19. https://www.who.int/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19
Cloroquina o Hidroxicloroquina **Evidencia actual no apoya el uso de antimalaricos en pacientes con COVID-19:**
No se recomienda por el momento el uso de Ivermectina como antiviral teniendo en cuenta evidencia clínica limitada: Recomendación sobre el uso de ivermectina para el tratamiento de la COVID-19 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52379/OPSIMSCDECOVID-19200033_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y López Reboiro M.L, et al. COVID-19 y Argumentum ad ignorantiam o «no todo vale». Revista Clínica Española, Available online 4 May 2020. https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.013 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301223?via%3Dihub Schmith V. D, et al. The Approved Dose of Ivermectin Alone is not the Ideal Dose for the Treatment of COVID-19. Clinical Pharmacology & Therapeutics. https://doi.org/10.1002/cpt.1889 https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpt.1889

TERAPIA ANTI-INFLAMATORIA
Se recomiendan dosis bajas de esteroides sistémicos en casos de pacientes con más de 7 días de evolución de los síntomas que requieran suplencia de Oxigeno.
Dexametasona - Dosis: 6 mg/día IV o VO durante 6 a 10 días según evolución. - Alternativas: Hidrocortisona 80 mg cada 12 h IV o Prednisolona 40 mg/día VO (Embarazo o Lactancia). Metilprednisolona 32 mg/día IV. - Precaución: 1. Se debe indicar profilaxis Estrongiloidiasis (síndrome de hiperinfestación) con Ivermectina solución 0.6% a dosis de 200 ug/kg/día VO por 1 a 2 días (1 gota/kg/día VO por 1 a 2 días), especialmente en pacientes procedentes de zonas rurales o zonas urbanas con deficiencias higiénicas y sanitarias; las contraindicaciones para el uso de Ivermectina son: Embarazo, Lactancia, Edad menor de 1 año, y peso menor de 15 kg; no se recomienda el uso de Albendazol como alternativa a la Ivermectina teniendo en cuenta estudios que demuestran menor eficacia. 2. Se debe descartar neumonía por Influenza virus teniendo en cuenta aumento de mortalidad relacionada con el uso de esteroides sistémicos.

- Presentación disponible: Dexametasona Viales x 4 mg y 8 mg. Hidrocortisona viales x 100 mg.
Metilprednisolona viales x 500 mg. Prednisolona tabletas x 5 mg.
Ivermectina solución oral 0,6%, frasco x 5 ml (150 gotas).

Tocilizumab.
Se sugiere el uso de Tocilizumab en pacientes que no respondieron a esteroides o tienen contraindicación para su uso y en quienes se cumplan todos los siguientes criterios:
► Más de 7 días de evolución de los síntomas.
► Deterioro respiratorio (evidente requerimiento de soporte ventilatorio o aumento en requerimiento de parámetros ventilatorios, en pacientes que ya se encuentran en ventilación mecánica).
► Niveles de IL 6 > 40 pg/mL en donde estén disponibles o alternativamente niveles de Dímero D mayores a 1500 ng/ml.
► 2 de 3 de los siguientes:
1. PCR > 100 mg/L o > 50 mg/L, si su valor se duplicó en las últimas 48 h.
2. Recuento absoluto de linfocitos < 600 células/mm3
►Haber descartado otros posibles focos de infección aparte del SARS CoV-2.

Contraindicaciones:
- Recuento absoluto de neutrófilos menor a 500 células/ uL.
- Recuento plaquetario menor a 50000 células/ uL.
- Transaminasas ALT/AST elevadas más de 5 veces con respecto al límite superior del valor de referencia (hombres 29-33 U/L, mujeres 19-25 U/L).
- Diverticulitis activa.
- Enfermedad inflamatoria intestinal u otra condición que predisponga a perforación intestinal.
- Tuberculosis activa.
- Sobreinfección bacteriana o fúngica activa.
- Historia de reacciones alérgicas severas con los anticuerpos monoclonales.
- Embarazo.

Dosis:
- 8 mg/kg (400 a 800 mg) IV por 1 o 2 dosis con intervalo de 8 a 24 h.

La segunda dosis se indicaría a los pacientes que no muestren datos de mejoría clínica.
- Diluir a 100 ml con solución salina normal y pasar en perfusión de 60 a 90 minutos.
- No se requiere ajuste de la dosis en pacientes con disminución de la Tasa de Filtración Glomerular.
- En pacientes con Hemodiálisis realizar la sesión correspondiente al menos 4 horas antes de la administración de Tocilizumab.
- Presentación comercial: viales 80, 200, y 400 mg (20 mg/ml).
- Monitorizar ALT/AST, Hemograma Ferritina de forma diaria durante 5 días.
- Se debe vigilar progresión a sHLH – Linfohistiocitosis hemofagocitica secundaria (presentación severa del síndrome de liberación de citoquinas: pancitopenia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, aumento de LDH e hipofibrinogenemia) - CHEST 2020; 158(1): e15-e19.
- El riesgo de sobreinfecciones en pacientes con VMI se aumenta 2 a 3 veces con el uso de Tocilizumab (54% vs. 26%; p<0.001) - medRxiv 2020.05.29.20117358.

Evidencia: Débil a favor, no RCT publicado a la fecha. Zhang Chi, et al. Cytokine release syndrome in severe COVID-19: interleukin-6 receptor antagonist tocilizumab may be the key to reduce mortality. International Journal of Antimicrobial Agents 55 (2020) 105954. https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105954
No se recomienda por el momento el uso de Colchicina teniendo en cuenta evidencia clínica limitada.

DOSIS DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CON PESO MENOR A 40 KG.
Azitromicina: 26-35 kg: 300 mg VO día; 36-45 kg: 400 mg VO día; ≥ 46 kg: 500 mg VO día.
Claritromicina: 7.5 mg/kg IV/VO cada 12 horas (max: 500 mg/dosis).
Dexametasona: 150 ug/kg IV/VO día (max: 6 mg/día).
Hidrocortisona: 0.5 mg/kg IV cada 12 horas.
Metilprednisolona: 0.8 mg/kg IV día (max: 32 mg/día).
Prednisolona: 1 mg/kg VO día (max: 40 mg/día).
MEDICACION GENERAL.
- Dipirona 1 g IV cada 8 h o Acetaminofén 500 a 1000 mg VO cada 8 h en caso de dolor o fiebre.
- Tramadol 50 mg IV cada 6 h en caso de dolor persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.
- Metoclopramida 10 mg IV o VO cada 8 h en caso de nauseas o vómitos, previa hidratación del paciente.
- Omeprazol 20 a 40 mg VO 30 minutos predesayuno (o 40 mg IV cada 24 h) o Ranitidina 150 mg VO cada 12 h o 300 mg VO en las noches (o 50 mg IV cada 8 h) o Sucralfate 1 g VO 3 veces al día, 1 h antes de los alimentos, administrar antimicrobianos 2 h antes o 4 h después del Sucralfate para disminuir riesgo de interacciones. - Indicar Ranitidina o Inhibidores de bomba de protones en pacientes con factores de riesgo para sangrado gastrointestinal: ventilación mecánica por ≥48 h, coagulopatía, terapia de reemplazo renal, hepatopatía, y múltiples comorbilidades,
- Dihidrocodeina bitartrato jarabe 12,1 mg/ 5 ml a dosis de 5 ml VO cada 8 h o 7.5 ml VO cada 12 h en caso de tos seca persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas. O - Acetaminofén/Codeína tabletas 325 mg/8-30 mg a dosis de 8-30 mg VO cada 6 a 8 h en caso de tos seca persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas. En caso no respuesta a codeína, se sugiere inicio Morfina, usar la mínima dosis requerida para proveer alivio y titular de acuerdo a su necesidad. En caso de falla renal o intolerancia se puede considerar el uso de Oxicodona o Hidromorfona IV/SC.
- Dosis recomendadas de Morfina: Tos 1- 2 mg IV/SC cada 6 - 8 h - Disnea o dolor 2- 3 mg IV/SC cada 6 h.
- Difenhidramina jarabe 12,5 mg/ 5 ml o Clorfeniramina jarabe 2 mg/ 5 ml a dosis de 10 a 20 ml vía oral en las noches en caso de insomnio persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.

- Bisacodilo 5 a 10 mg vía oral en las noches en caso de estreñimiento persistente.
- Loperamida 2 mg vía oral cada 8 h en caso de diarrea persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.
- Hidróxido de Aluminio suspensión a dosis de 30 ml vía oral en caso de síntomas acidopépticos o tabletas 234 mg a dosis de 2 tabletas vía oral en caso de síntomas acidopépticos.
- Salbutamol 100 ug/puff mas Bromuro de Ipratropium 20 ug/puff para utilizar con inhalocamara en caso de broncoespasmo.
- No Micronebulizar por alto riesgo de generar aerosoles.
- Enoxaparina SC.
  a. COVID-19 severo o crítico: antiacoagulación plena con 1 mg/kg cada 12 h. Si depuración de creatinina es < 30 ml/min, disminuir dosis de Enoxaparina en un 50%.
  b. En casos no severos o críticos que requieran hospitalización considerar dosis intermedias de Enoxaparina (40 mg cada 12 h) si Dímero D es > 1500 ng/ml.
- Si Dímero D es ≤ 1500 ng/ml, indicar dosis profilácticas de Enoxaparina según el peso del paciente:
  <70 Kg: 40 mg/día –
  70-100 kg: 60 mg/día –
  >100 kg: 40mg cada 12 h o 80 mg/día –
  Se debe continuar Enoxaparina SC hasta el egreso hospitalario.
- Evitar AINES de forma sistémica en pacientes hospitalizados por COVID-19
- Recomendaciones para el manejo del Delirium
  • Para el manejo no farmacológico se recomienda identificar y tratar posibles causas, incluyendo la oxigenoterapia para tratamiento de hipoxemia.
  • En adultos:
  ► Delirium hiperactivo, se recomienda uso de Haloperidol vía IV/SC, usar la mínima dosis requerida para proveer alivio y titular de acuerdo con su necesidad, considerar uso por horario cada 8 horas si el síntoma es persistente.
  ► Delirium con predominio de insomnio por intranquilidad o agitación nocturna, considerar uso de Quetiapina o Levomepromazina.

PARACLINICOS DE INGRESO / SEGUIMIENTO:

1. Hemograma.
2. BUN – Creatinina.
3. Bilirrubinas
4. Glicemia.
5. Uroanálisis
6. Electrocardiograma convencional
7. Gram –cultivo aerobios – antibiograma en esputo (si paciente presenta tos con expectoración). Se recomienda no usar el uso del esputo inducido por el alto riesgo de formación de aerosoles.
8. Tamizar infecciones crónicas ocultas:
   - VIH EIA o ELISA.
   - VDRL sérico (opcional).
9. Muestra de aspirado traqueal debe ser tomada idealmente por Terapia Respiratoria. Rt-PCR en aspirado traqueal para SARS-CoV-2. En caso de no posibilidad de aspirado traqueal, tomar muestra de hisopado nasofaríngeo. Muestra de aspirado traqueal debe ser tomada idealmente

por Terapia Respiratoria.
Código CUPS 90.8.8.56 Identificación de otro virus (específica) por pruebas moleculares rt-PCR.
Se recomienda rt-PCR control a los 14 días de la prueba inicial en las siguientes situaciones:

- COVID-19 crítico.
- COVID-19 grave.

En pacientes asintomáticos o con cuadros leves a moderados, no se requiere rt-PCR control.

10. Radiografía de Tórax postero-anterior y lateral

Adaptado de:
Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de infección COVID-19 en establecimientos de salud, versión 12 abril 2020.

10. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PARA LA BIOSEGURIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON COVID-19

Se recomienda el uso de EPP según el área de atención de pacientes con sospecha o confirmación de SARS-CoV-2/ COVID-19 según las recomendaciones realizadas por el consenso IETS- ACIN en la tabla siguiente:

Recomendaciones de EPP para personal de salud según el área de atención para COVID-19. Consenso IETS- ACIN

Área	Personal de salud o pacientes	Actividad	Tipo de EPP o actividad
Urgencias, Hospitalización, Unidades de Cuidado Intensivo, Salas de cirugía, Salas de partos, Consulta externa, Radiología, Laboratorios que manipulan muestras de pacientes con sospecha de SARS-CoV-2, Odontología, Endoscopia	Trabajadores de la salud*	Contacto directo con el paciente en procedimientos que no generan aerosoles	Mascarilla quirúrgica Visor, careta o gafas. Bata manga larga Guantes no estériles. Vestido de Mayo debajo de la bata que se retira al final del turno Opcional: Gorro En odontología el gorro no es opcional
		Contacto directo con el paciente en procedimientos que generan aerosoles	Respirador N95 Visor, careta o gafas. Bata manga larga antifluido Guantes no estériles. Vestido de Mayo debajo de la bata que se retira al final del turno Opcional: Gorro
		Procedimientos quirúrgicos Procedimientos con anestesia general Procedimientos en los que se utilicen dispositivos de alta velocidad	Respirador N95 Visor, careta o gafas. Bata manga larga antifluido. Guantes estériles. Vestido de Mayo debajo de la bata que se retira al final del turno Gorro Polainas
	Personal de limpieza	Entrar a la habitación	Mascarilla quirúrgica Uniforme de trabajo debajo de la bata que se retira al final del turno Bata manga larga antifluido Guantes de caucho Monogafas de protección personal para material orgánico o químico Botas o zapato cerrado
	Acompañante permanente	Entrar a la habitación	Mascarilla quirúrgica Bata Guantes
Urgencias, Hospitalización, Salas de cirugía, consulta externa	**Paciente**		Colocar mascarilla quirúrgica si es tolerada por el paciente.
Otras áreas de tránsito (pasillos, salas)	**Todo el personal, incluidos trabajadores de la salud***	Cualquier actividad que no involucra contacto a menos de dos metros con pacientes SARS-CoV-2/COVID-19	Mascarilla quirúrgica
Áreas administrativas sin contacto con pacientes	**Todo el personal incluidos trabajadores de la salud***	Labores administrativas que no involucran contacto con pacientes SARS-CoV-2/COVID-19	Mascarilla quirúrgica
Áreas administrativas con contacto con pacientes	**Todo el personal incluidos trabajadores de la salud***	Labores administrativas que involucran riesgo de contacto con pacientes sospechosos de SARS-CoV-2/ COVID-19 a menos de dos metros	Mascarilla quirúrgica. Se recomienda separación en lo posible con ventanilla de vidrio
Laboratorio Clínico	**Personal del laboratorio**	Manipulación de muestras respiratorias	Mascarilla quirúrgica Uniforme de trabajo debajo de la bata que se retira al final del turno Bata manga larga antifluido Guantes no estériles Careta de protección si hay riesgo de salpicaduras

Adaptado de: Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance 27 February 2020. World Health Organization.

*Trabajador de la salud: persona que con motivo de su actividad atienda o deba estar en contacto estrecho con un paciente sospechoso o infectado por SARS CoV-2/COVID 19.

Nota: Revisar que el respirador o su equivalente, sellen perfectamente sobre la cara antes de iniciar un procedimiento generador de aerosoles.

ANEXO DE GRUPO NAC CON BASE EN CURB-65

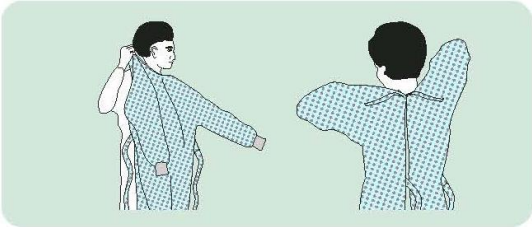
Grupo de NAC con base en CURB-65	Sitio de tratamiento
Grupo I: **Puntajes 0 y 1** a) Sano sin factores de riesgo b) Con factores de riesgo o comorbilidades c) Sin factores de riesgo o comorbilidades pero con condiciones socio demográficas	• Ambulatorio • Ambulatorio • Hospitalario en salas fuera de UCI
Grupo II: **Puntaje 2** a) Sin factores de riesgo y sin comorbilidades b) Con factores de riesgo o comorbilidades	Hospitalario en Salas fuera de UCI
Grupo III: **Puntaje ≥ 3 (NAC severa)** a) Sin factores de riesgo para P. aeruginosa o MRSA b) Con factores de riesgo para P. aeruginosa c) Con factores de riesgo para MRSA	Hospitalización en UCI
Factores modificadores o comorbilidades:	EPOC, IC, DM, ERC, Abuso de alcohol, Inmunosupresión, Neoplasia, Exposición previa a AB
Factores de riesgo específicos	Asociaciones etiológicas
Condiciones socio-demográficas	Incapacidad de auto cuidado. Carencia de soporte familiar y social. Residencia en áreas de difícil acceso. Habitantes de la calle. Situaciones de conflicto armado. Edad avanzada.

Tipo de microorganismo	Características epidemiológicas
Streptococcus pneumoniae **resistente a penicilinas**	• **Edad: > 65 años** • **Uso de Betalactámicos en los últimos 3 meses** • **Alcoholismo** • **Enfermedades comórbidas múltiples** • **Inmunosupresión (incluyendo terapia con corticosteroides > 10 mg/día)** • **Exposición a menores en un centro de cuidado diario u hogar infantil**
Bacilos gram negativos Entéricos (Enterobacteriaceae)	• **Residencia en un hogar de cuidado crónico u hogar geriátrico** • **Enfermedad cardiopulmonar de base** • **Uso reciente de antibióticos** • **Enfermedades comórbidas múltiples**
Pseudomonas aeruginosa	• **Enfermedad o alteración pulmonar de base (bronquiectasias o EPOC severo)** • **Terapia con corticosteroides (>10 mg de prednisolona por día)** • **Terapia con antibióticos de amplio espectro ≥ 7 días en el último mes** • **Malnutrición**
Staphylococcus aureus	• **Enfermedad renal crónica en hemodiálisis** • **Abuso de drogas Intravenosas** • **Infección previa por Influenza** • **Uso de antibióticos previos especialmente fluoroquinolonas.** • **NACs necrosante o infección severa de piel concomitante**
Legionella pneumophila	• **Pacientes fumadores** • **Pacientes jóvenes sin comorbilidades** • **Síntomas gastrointestinales y neurológicos concomitantes** • **Enfermedad severa (NACs) con compromiso multiorgánico**

INFOGRAFÍAS RELACIONADAS

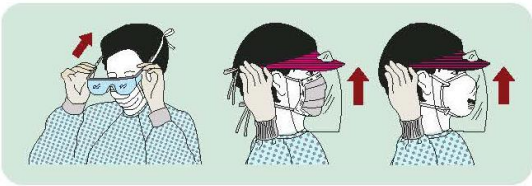
SECUENCIA PARA PONERSE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

1. BATA
- Cubra con la bata todo el torso desde el cuello hasta las rodillas, los brazos hasta la muñeca y dóblela alrededor de la espalda
- Átesela por detrás a la altura del cuello y la cintura

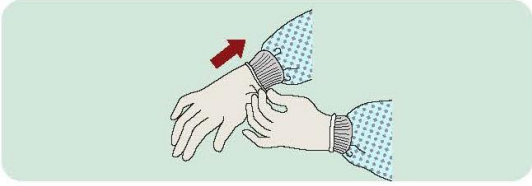


2. MÁSCARA O RESPIRADOR
- Asegúrese los cordones o la banda elástica en la mitad de la cabeza y en el cuello
- Ajústese la banda flexible en el puente de la nariz
- Acomódesela en la cara y por debajo del mentón
- Verifique el ajuste del respirador

3. GAFAS PROTECTORAS O CARETAS
- Colóquesela sobre la cara y los ojos y ajústela



4. GUANTES
- Extienda los guantes para que cubran la parte del puño en la bata de aislamiento



UTILICE PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURAS PARA PROTEGERSE USTED MISMO Y LIMITAR LA PROPAGACIÓN DE LA CONTAMINACIÓN

- Mantenga las manos alejadas de la cara
- Limite el contacto con superficies
- Cambie los guantes si se rompen o están demasiado contaminados
- Realice la higiene de las manos

Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 24/03/2020

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

ACIN

Gestantes

Transmisión madre-hijo

- Precauciones de aislamiento en postparto por contacto o secreciones respiratorias.

Manejo farmacológico y no farmacológico

- Interdisciplinario.
- Vigilancia del bienestar fetal con monitoria, perfil biofísico, presencia de contracciones uterinas y en casos necesarios Doppler feto-placentario
- Compromiso severo y manejo con ventilador: decisiones interdisciplinarias
- Uso de corticoides para maduración pulmonar fetal Interdisciplinaria.

Soporte ventilatorio y de oxigenación

- Manejo interdisciplinario
- SDRA mantener una PaCO2 entre 28 y 45 mmHg y una PaO2 mayor de 70mm Hg.
- Ventilación en prono en pacientes embarazadas con SDRA con PaO2/FIO2<150mmHg.
- Decisión de desembarazar: causa obstétrica
- Modos de ventilación mecánica similares a poblacion general.
- Evitar hipocapnia-hipercapnia
- Evaluar la presencia hipoxemia grave en el feto después de las 28 semanas mediante la monitorización electrónica del corazón fetal
- Medir y registrar (>28 semanas)
- Monitorización fetal electrónica diaria
- Crecimiento fetal
- Estado del líquido amniótico.
- Sedación – analgesia: dexmedetomidina y opiáceos
- Evitar uso de relajantes neuromusculares por periodos largos y/o cerca del parto



Lactancia

- No suspender lactancia materna
- Extracción manual de leche materna
  - Almacenamiento
  - Administración mediante "vaso y cuchara"
- NO Extracción manual de la leche
  - Amamantado
- Limpieza previa de las mamas y pezones
- Higienización de manos
- Mascarilla convencional materna



Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 24/03/2020

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

ACIN

Neonatos

NEONATO ASINTOMATICO

Con cuidador sano

- Permanezca en aislamiento en habitación individual o en la unidad neonatal

- Hospitalizar al neonato en habitacion individual o en la unidad neonatal por cohorte.
- Aislamiento en casa con un cuidador sano durante 28 dias
- Garantizar el seguimiento ambulatorio con signos de alarma.

- Continuar en alojamiento conjunto con la madre, garantizando el uso de la mascarilla convencional en ella.

NEONATO SINTOMATICO

Habitación individual

Hospitalice en unidad neonatal -
Medidas generales de aislamiento

De no ser posible espacios individuales

Crear cohortes con pruebas diagnósticas confirmatorias
Ubicar neonatos en incubadoras

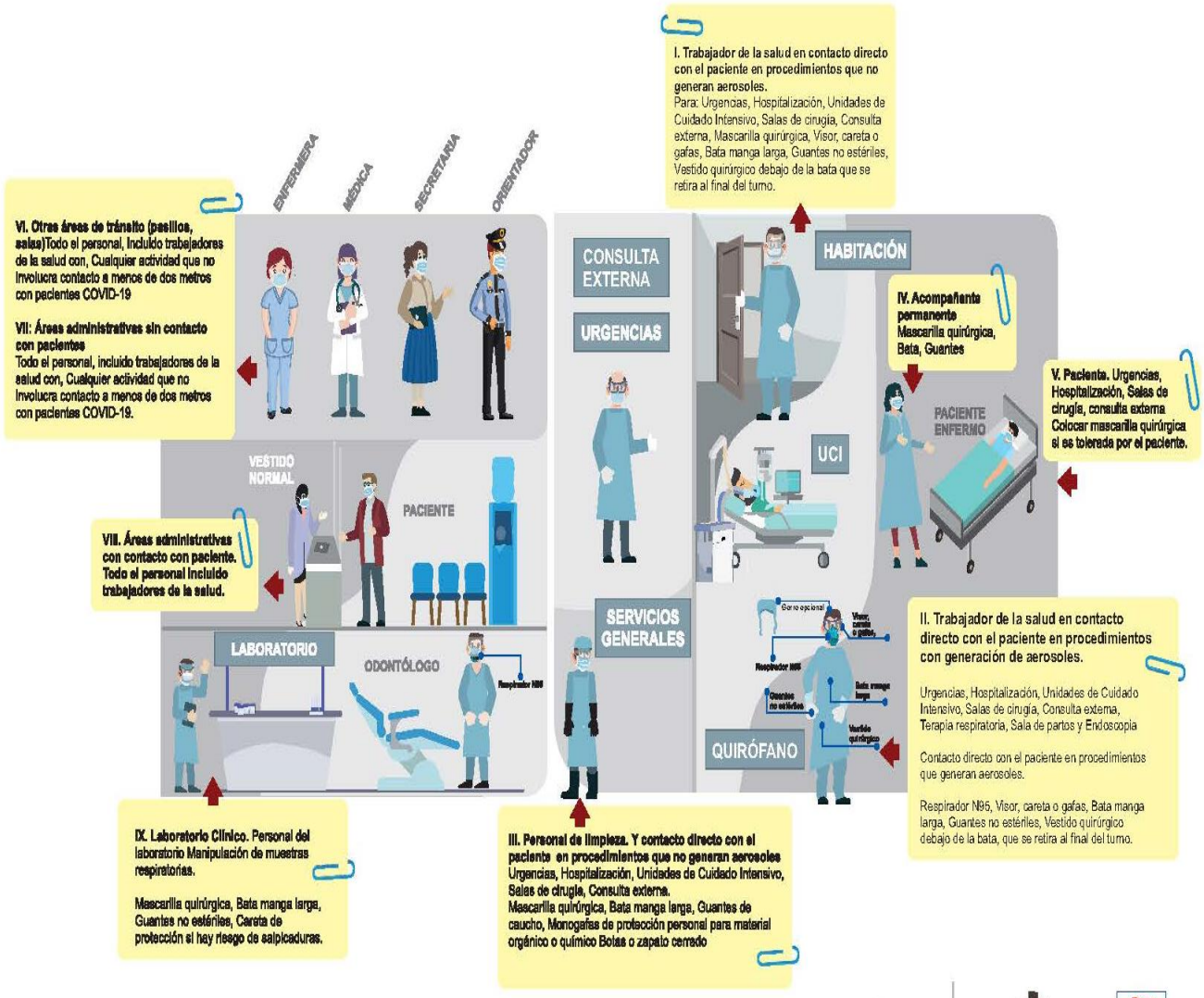


Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 24/03/2020

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

ACIN

Recomendaciones de Elementos de Protección Personal (EPP) según el área de atención de pacientes con sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2/COVID-19



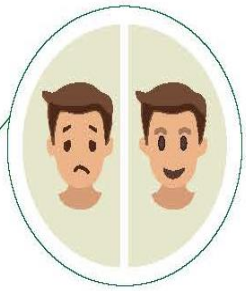
Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 13/04/2020

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

ACIN

II, Definiciones operativas de casos de infección por SARS CoV-2 /COVID 19

1. ¿Cómo se define un caso sospechoso de infección SARS CoV-2 /COVID 19?



Se recomienda diferenciar entre población sintomática y asintomática

Definición para personas sintomáticas:

Persona con síntomas respiratorios agudos (dos o más de los siguientes: tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/adinamia) con presencia o no de fiebre mayor o igual a 38°. Asociado a:

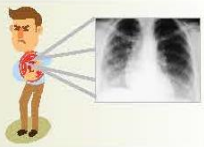


1 Contacto con alguna persona que tenga sospecha o confirmación de infección por SARS CoV-2 o que resida o haya viajado a un área con presencia de casos terciarios de infección en los 14 días previos al inicio de los síntomas.



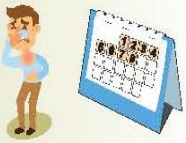
ó

2 Imágenes pulmonares con vidrio esmerilado periférico o consolidaciones bilaterales.



ó

3 Empeoramiento de la sintomatología respiratoria o Persistencia al día 8 desde su aparición"



Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 24/03/2020

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

ACIN

BIBLIOGRAFÍA

LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ, JULIO DE 2020 VERSIÓN 1

ORDENES MEDICAS SALA GENERAL COVID-19 - FORMATO 27 DE JULIO 2020, DR. ABRAHAM KATIME ZUÑIGA

CIRCULAR 023 DE 2017 (ACCIONES EN SALUD PÚBLICA PARA PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA -IRA-) HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SITES/RID/LISTS/BIBLIOTECADIGITAL/RIDE/DE/DIJ/CIRCULAR-23-DE-2017.PDF

CIRCULAR 031 DE 2018 (INTENSIFICACIÓN DE LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA IRA) HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SITES/RID/LISTS/BIBLIOTECADIGITAL/RIDE/DE/DIJ/CIRCULAR-CONJUNTA-31-DE-2018.PDF

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA VIGENTE. HTTPS://WWW.INS.GOV.CO/BUSCADOR-EVENTOS/LINEAMIENTOS/PRO%20IRA.PDF

ZHANG CHI, ET AL. CYTOKINE RELEASE SYNDROME IN SEVERE COVID-19: INTERLEUKIN-6 RECEPTOR ANTAGONIST TOCILIZUMAB MAY BE THE KEY TO REDUCE MORTALITY. INTERNATIONAL JOURNAL OF ANTIMICROBIAL AGENTS 55 (2020) 105954. HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.IJANTIMICAG.2020.105954

CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD RECOMENDACIONES BASADAS EN CONSENSO DE EXPERTOS E INFORMADAS EN LA EVIDENCIA GRUPO ACIN- IETS DE CONSENSO COLOMBIANO PARA RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN COVID19. AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: CARLOS A. SAAVEDRA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMÍREZ
P. Apoyo al Sistema de Gestión de la Calidad
04-Agosto-2020

Revisó:

YESENIA FIGUEROA CAMARGO
P. Apoyo a la Gestión en coordinación medica
04-Agosto-2020

Aprobó:

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.
04-Agosto-2020

"GESTIÓN Y CONTROL DE CALIDAD"

Historia del Cambio: Primera Versión. Original firmado y archivado.

04-Agosto-2020.