infectio
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

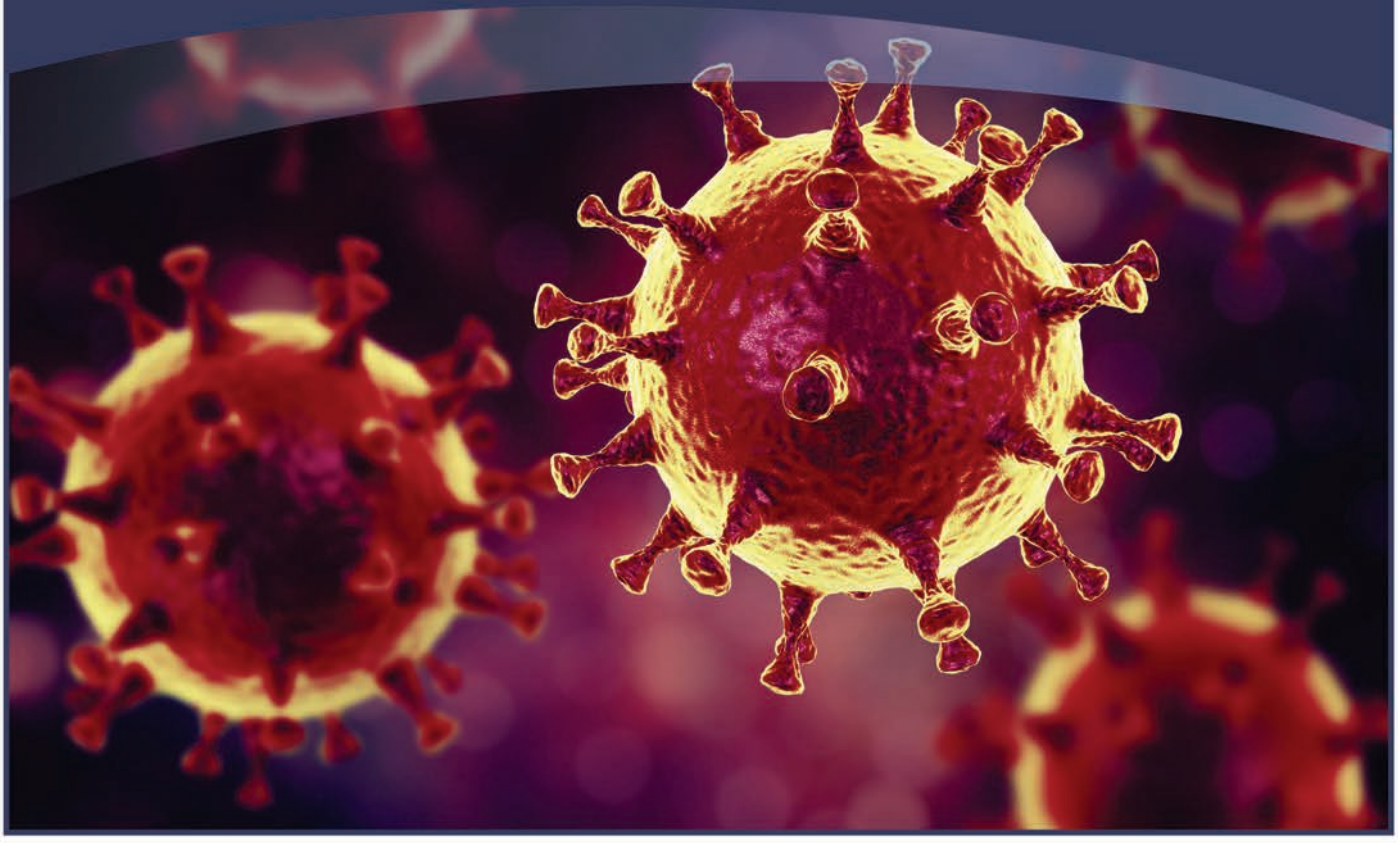
ACIN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

Volumen 24 Número 3 (S1). Marzo de 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

(Resumen ejecutivo)



ISSN: 0123-9392
e-ISSN: 2422 - 3794

ACIN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE INFECTOLOGÍA

infectio
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

ACIN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

EDITOR

Jorge Enrique Gómez Marín
Universidad del Quindio, Armenia, Colombia.
infectologiacolombia@gmail.com

EDITORES ASOCIADOS

Ángel González Marín
Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Manuel Alfonso Patarroyo
Departamento de Biología Molecular e Inmunología, Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia

Alfonso J. Rodríguez-Morales
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia

Carlos Arturo Álvarez M.
Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

José Antonio Suárez Sancho
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panamá, PA.

EDITOR HONORARIO

Carlos Arturo Hernández A.
Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

COMITÉ EDITORIAL

Cesar Arias
Universidad de Texas (Estados Unidos)

Ana Espinel-Ingroff
Virginia Commonwealth University (Estados Unidos)

Eduardo Gotuzzo
Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú)

Patrice Lepape
Service de Parasitologie, Mycologie médicale et Immunologie parasitaire Institut de Biologie-CHU de Nantes. Université de Nantes (Francia)

Eleonor Gastal Lago
Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Brasil)

Amalio Telenti.
The Scripps Research Institute, La Jolla, California (Estados Unidos)

Michael Grigg
National Institutes of Health (Estados Unidos)

Dora Estripeaut
Hospital del Niño (Panamá)

Ana Belén Araúz
Hospital Santo Tomás. Universidad de Panamá (Panamá)

Alberto Gómez Gutiérrez
Instituto de Genética Humana, Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)

Fernando De la Hoz
Universidad Nacional de Colombia (Colombia)

María Virginia Villegas
Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), Cali (Colombia)

COMITÉ CIENTÍFICO

Jose Montoya,
Palo Alto Medical Foundation Toxoplasma Serology Laboratory, Stanford (Estados Unidos)

Sócrates Herrera
Centro Internacional de Vacunas, Cali (Colombia)

Nicholas Graves
Queensland University of Technology, Brisbane (Australia)

Santiago Nicholls
Pan American Health Organization, Washington (Estados Unidos)

Víctor Rosenthal.
International Nosocomial Infection Control Consortium, Buenos Aires (Argentina)

Jeroen Saeij
University of California Davis (Estados Unidos)

COPE COMMITTEE ON PUBLICATION ETHICS
This journal subscribes to the principles and guidelines of the Committee on Publication Ethics (COPE)
www.publicationethics.org

La Revista Infectio (http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio) es el órgano de expresión científica de la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), que se edita con 4 números anuales (periodicidad trimestral). Publica artículos relacionados con la especialidad, en sus aspectos de investigación clínica, farmacología o microbiología. Todos los trabajos son evaluados por el Comité Editorial de la Revista después de conocer la valoración de al menos 2 revisores externos ajenos a éste, que realizan su valoración de forma ciega. La revista recibe artículos en español y en inglés como lingua franca de la ciencia. Publica artículos originales, revisiones, cartas al editor y editoriales en los temas de enfermedades infecciosas.

e-ISSN: 2422-3794
ISSN: 0123-9392

Importante: Una vez aceptado el articulo la revista cobra un cargo por artículo de U$100 para autores no miembros de ACIN y U$50 para miembros de ACIN. Las editoriales, cartas al editor y las revisiones encargadas, no pagan este cargo. Las revisiones no solicitadas pagan la tarifa de U$100.
Contacto: infectologiacolombia@gmail.com

La revista se adhiere a los principios y procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org

Infectio está distribuida bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional. https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Infectio se encuentra indexada en: Scielo, Scopus, Publindex, Imbiomed, DOAJ, Lilacs, Latindex.© Copyright 2020 Asociación Colombiana de Infectología, ACIN

Reservados todos los derechos.

Esta revista y las contribuciones individuales que contiene están protegidas por las leyes de copyright, y los siguientes términos y condiciones se aplican a su uso, además de los términos de cualquier licencia Creative Commons que el editor haya aplicado a cada artículo concreto: **Fotocopiar.** Se pueden fotocopiar artículos individuales para uso personal según lo permitido por las leyes de copyright. No se requiere permiso para fotocopiar los artículos publicados bajo la licencia CC BY ni para fotocopiar con fines no comerciales de conformidad con cualquier otra licencia de usuario aplicada por la editorial. Se requiere permiso de la editorial. **Productos derivados.** Los usuarios pueden reproducir tablas de contenido o preparar listas de artículos, incluyendo resúmenes de circulación interna dentro de sus instituciones o empresas. A parte de los artículos publicados bajo la licencia CC BY, se requiere autorización de la editorial para su reventa o distribución fuera de la institución o empresa que se suscribe. Para cualquier artículo o artículos suscritos publicados bajo una licencia CC BY-NC-ND, se requiere autorización de la editorial para todos los demás trabajos derivados, incluyendo compilaciones y traducciones. **Almacenamiento o uso.** Excepto lo indicado anteriormente, o según lo establecido en la licencia de uso correspondiente, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistemas de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito del editor. **Derechos de autor.** El autor o autores pueden tener derechos adicionales en sus artículos según lo establecido en su acuerdo con la editorial. **Nota.** La Asociación Colombiana de Infectología no tendrá responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas. Aunque el material publicitario se ajusta a los estándares éticos (médicos), su inclusión en esta publicación no constituye garantía ni refrendo alguno de la calidad o valor de dicho producto, ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante.

infectio
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

EQUIPO EDITORIAL

Nancy Solórzano. *Diseño y Diagramación. Elemental Soluciones Gráficas S.A.S.*

Germán Lamouroux. *Webmaster*

Myriam Quintana. *Marcaje Scielo y Publindex*

Graficoop CTA. *Impresión*

EQUIPO ADMINISTRATIVO

Sonia Guerrero Lozano, *Gerente*

Margoth Coba Herrera, *Asistente Administrativa*

Yehimi Ibarra Pinzón, *Secretaria*

Carrera 15 No.118-03 Of. 503,
Edificio Gallerie Bogotá D.C. Colombia
Telefóno: (571) 215 3714/
E-mail: secretaria@acin.org

JUNTA DIRECTIVA ACIN

PRESIDENTE: José Millán Oñate Gutiérrez, *MD, Internista Infectólogo*

VICEPRESIDENTE: Alfonso J. Rodríguez Morales, *MD, MSc, DTM&H, HonDSc.*

SECRETARIO: Germán Camacho Moreno, *MD, Pediatra Infectólogo*

TESORERO: Henry Mendoza Ramírez, *MD, Internista Infectólogo*

FISCAL: Iván Arturo Rodríguez Sabogal, *MD, Internista Infectólogo*

PRESIDENTES DE CAPÍTULOS (VOCALES)

ANTIOQUIA: María Angélica Maya

CENTRAL: Jairo Pérez Franco

CARIBE COLOMBIA: Jesús Tapia García

EJE CAFETERO: Alfonso Rodríguez

SUROCCIDENTE: José Oñate

NORORIENTE: Luis Miguel Sosa Avila

GRUPO DESARROLLADOR

EXPERTOS TEMÁTICOS

Coordinador del Consenso

Carlos Humberto Saavedra Trujillo.
Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Relatores

Carlos Alberto Acevedo Medina
Carlos Augusto Solórzano
Diana Carolina Medina Ramos
Erika Paola Vergara
Gabriel Alonso Rodríguez Caicedo
Juan Sebastián Bravo Ojeda
María Alejandra Caro
Paula Bibiana Arraut Collazos

Coordinación Administrativa

Sonia Jeannette Guerrero Lozano

Junta Directiva
Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), 2019-2021

José Millán Oñate Gutiérrez - *Presidente*
Alfonso J. Rodríguez Morales - *Vicepresidente*
Germán Camacho Moreno - *Secretario*
Henry Mendoza Ramírez - *Tesorero*
Iván Arturo Rodríguez Sabogal - *Fiscal Médico*

EXPERTOS METODOLÓGICOS

Unidad de Síntesis y Curaduría de la Evidencia, Instituto de Evaluación de Tecnologías (IETS).

Kelly Estrada Orozco - Coordinadora
Fabio Alexander Sierra Matamoros
Erika León Guzmán
Ani Julieth Cortes Muñoz
Karime Osorio Arango
Nathalie Ospina Lizarazo
Lorena Mesa Melgarejo

EXPERTOS PARTICIPANTES EN EL DESARROLLO DEL CONSENSO

Alberto Buitrago Gutiérrez
Alfonso J. Rodríguez-Morales
Álvaro Javier Narváez Mejía
Ángel Alberto García Peña
Ángela María Giraldo Montoya
Antonio Lara García
Aylen Vanessa Ospina Serrano
Bonell Patiño Escobar
Carlos Alberto Pardo González
Carlos Alberto Vargas Báez
Carlos Arturo Álvarez Moreno
Carlos Enrique Conde Martin
Carlos Castiblanco
Claudia Marcela Poveda Henao
Claudia Patricia Beltrán Arroyave
Denis Silva Sedano
Diana Cristina Ortiz Marín
Diana Esperanza Rivera Rodríguez
Diego Alberto Molina Ramírez
Edilma Marlén Suárez Castro
Edith Ángel Müller
Eduardo López Medina
Edwin Silva Monsalve
Ernesto Martínez Buitrago
Fabián Cardona Medina
Fredy O. Guevara P.
Germán Camacho Moreno
Guillermo Ortiz Ruiz
Gustavo Eduardo Roncancio Villamil
Henry Mendoza Ramírez
Herson Luis León González
Humberto Martínez Cordero
Isabel Cristina Hurtado
Iván Arturo Rodríguez Sabogal
Iván Felipe Gutiérrez
Jaime Alberto Patiño Niño
Jaime E. Castellanos
Javier Cabrera Guerra
Javier Ricardo Garzón Herazo
Jesús Tapia García
Jorge Alberto Carrillo Bayona
Jorge Alberto Cortés
Jorge Coronado Daza
José Antonio Rojas Gambasica
José Fernando Valderrama
José Millán Oñate Gutiérrez
Juan Camilo Jaramillo Bustamante
Juan Francisco López Cubillos
Juan Pablo Osorio Lombana
Juan Pablo Rojas Hernández
Julio César Gómez Rincón
Karen Melissa Ordóñez Díaz
Laura Galvis Blanco
Laura Mendoza Rosado
Leonar Giovanni Aguiar Martínez
Leslie Ivonne Martínez De la Barrera
Lina María Villa Sánchez
Manuel Andrés Garay Fernández
Manuel Pacheco Gallego
María Angélica Maya Restrepo
Martha I. Álvarez L.
Natalia González Leal
Pablo Vásquez Hoyos
Patricia Reyes Pabón
Pedro Fernando Giraldo
Pío López
Rubén Eduardo Lasso Palomino
Sandra J. Beltrán Higuera
Sandra Liliana Valderrama Beltrán
Sergio Andrés Remolina Granados
Sonia Isabel Cuervo Maldonado
Sonia Maria Restrepo Gualteros
Virginia Abello Polo
Wilmer E. Villamil Gómez

AVALAN

- Universidad Nacional de Colombia
- Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Sede Pereira
- Universidad del Valle
- Universidad Icesi
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME
- Asociación Colombiana de Farmacovigilancia
- Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría
- Asociación Colombiana de Hematología y Oncología ACHO
- Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica ACHOP
- Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo
- Asociación Colombiana de Medicina Interna
- Asociación Colombiana de Medicina del Sueño
- Asociación Colombiana de Neumología pediátrica
- Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos Hospitalarios
- Asociación Colombiana de Radiología
- Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
- Asociación Colombiana de Virología
- Academia Nacional de Medicina
- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología -FECOLSOG
- Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
- Sociedad Colombiana de Pediatría
- Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica SLIPE
- Instituto Nacional de Cancerología
- Fundación Valle del Lili
- Clínica Colsanitas
- Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia

infectio
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

IETS
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

ACIN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA

Avalan:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

Universidad del Valle

UNIVERSIDAD ICESI

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FARMACOVIGILANCIA

ASCOFAME
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría

Asociación Colombiana de Hematología y Oncología

ACHOP
Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

Asociación Colombiana de Medicina Interna
acmi
Médicos para Adultos

ACMES
Asociación Colombiana de Medicina del Sueño

A.C.N.P.
Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica

Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos Hospitalarios

ACR
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas 1956

Asociación Colombiana de Virología

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología
FECOLSOG

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

SCP
Sociedad Colombiana de Pediatría

SLIPE
Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica

Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Clínica Colsanitas

HOMI
Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia

CONTENIDO

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

RESUMEN EJECUTIVO

II. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 1

III. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE CASOS Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 3

IV. DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 3

V. MANEJO DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 6

VI. POBLACIONES ESPECIALES 9

A. PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR 9

B. MUJERES GESTANTES 9

C. NEONATOS 10

D. PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS 12

E. POBLACIÓN PEDIÁTRICA 16

VII. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR SARS-COV-2/COVID-19 21

INFOGRAFÍAS RELACIONADAS 30

Nota del Editor de Infectio:

Este Consenso se publica como versión preimpresa, sin evaluación por pares externos. La versión definitiva será publicada una vez el proceso editorial sea culminado.

Versión actualizada el 26 de Marzo de 2020

RESUMEN EJECUTIVO

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

II. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS DE INFECCIÓN POR SARS COV-2 /COVID 19

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

Recomendaciones

- Se recomienda diferenciar entre población sintomática y asintomática
- Definición para personas sintomáticas:
  - ► Persona con síntomas respiratorios agudos (2 o más de los siguientes: tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/adinamia) con presencia o no de fiebre mayor o igual a 38 grados, 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
       o
    2. Imágenes pulmonares con vidrio esmerilado periférico o consolidaciones bilaterales
       o
    3. Empeoramiento de la sintomatología respiratoria o su persistencia después del día 8 desde el inicio
  - ► Definición para personas asintomáticas:
    - Persona asintomática que ha tenido contacto estrecho con un caso confirmado de COVID 19 en los últimos 14 días.

Fuerte a favor

II. 2. ¿Cómo se define un caso probable de infección por SARS CoV-2 /COVID 19?

Recomendaciones

- Persona con un cuadro clínico sospechoso o asintomático asociado a:
  - ► Una prueba rápida positiva
    o
  - ► Una Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) no concluyente para la identificación de SARS CoV-2 / COVID 19

Fuerte a favor

II. 3. ¿Cómo se define un caso confirmado de infección por SARS CoV-2 /COVID 19?

Recomendaciones

- Definir como un caso confirmado por SARS-CoV-2/COVID-19 a una persona asintomática o con un cuadro clínico sospechoso con un resultado positivo en alguna de las pruebas moleculares o genómicas que detectan SARS CoV-2/COVID 19

Fuerte a favor

II. 4. ¿Qué pacientes con sospecha de infección o infección confirmada por SARS CoV-2 /COVID 19 deben solicitar servicios médicos?

Recomendaciones

- Se recomienda la implementación de modelos tecnológicos que permitan la resolución de preguntas, clasificación de la gravedad de la enfermedad, la atención y seguimiento de los casos leves y orientación al sitio de consulta y hospitalización en los casos moderados y graves.
- Se recomienda la implementación del flujograma para la atención prehospitalaria (Figura 1).

III. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE CASOS Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR SARS COV-2 /COVID-19

III.1. ¿Cuáles son los elementos para establecer la gravedad de la infección por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda incluir como factores de riesgo para mal pronóstico de la enfermedad: en la evaluación clínica edad mayor de 60 años, tabaquismo y comorbilidades graves (HTA, diabetes, enfermedad cardiovascular y EPOC). En examen físico, fiebre al ingreso e insuficiencia respiratoria. En los paraclínicos incluir alteraciones imagenológicas, dímero D elevado, linfopenia, SOFA score mayor de 6 y PCR elevada.

Fuerte a favor

III.2. ¿Cuáles son las categorías clínicas de la infección por SARS CoV-2 /COVID-19 de acuerdo con la gravedad?

Nivel de gravedad	Descripción
Enfermedad no complicada	Síntomas locales en vías respiratorias altas y puede cursar con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor muscular o síntomas atípicos en ancianos
Neumonía leve	Confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad. SaO2 aire ambiente >93%. Tener en cuenta la escala CURB-65 para determinar hospitalización
Neumonía grave	Sospecha de infección respiratoria, falla de 1 órgano, SaO2 aire ambiente <90% o frecuencia respiratoria > 30 resp/min
Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda SDRA	Hallazgos clínicos, radiográficos infiltrados bilaterales + déficit de oxigenación: -Leve: 200 mmHg < PaO2/FiO2 < 300 mmHg. -Moderado: 100 mmHg < PaO2/FiO2 < 200 mmHg. -Grave: PaO2/FiO2 < 100 mmHg. Si PaO2 no disponible SaO2/FiO2
Sepsis	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala SOFA >2 puntos. *Quick SOFA* (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La insuficiencia orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: Estado confusional agudo, Insuficiencia respiratoria, Reducción en el volumen de diuresis, Taquicardia, Coagulopatía, Acidosis metabólica, Elevación del lactato.
Shock séptico	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM >65 mmHg y lactato >2 mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.

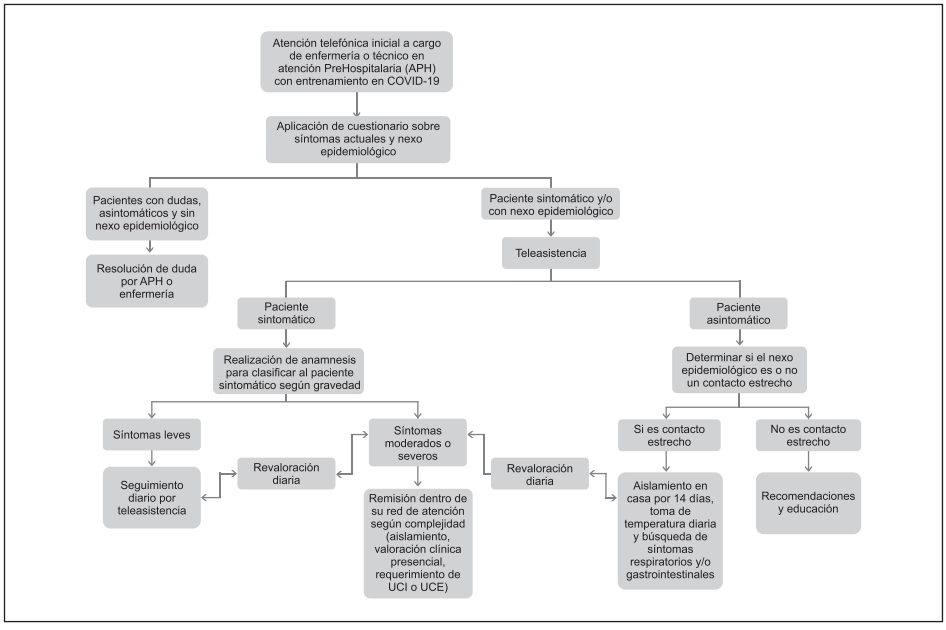


Figura 1. Flujograma de redireccionamiento prehospitalario
*Definición de contacto estrecho explicada en el texto
**Clasificación de severidad descrita en la sección correspondiente

Recomendaciones

- Se recomienda la clasificación de la infección por SARS CoV-2 /COVID-19 de acuerdo con la gravedad en todos los escenarios de atención en salud.

Fuerte a favor

- Se recomienda la clasificación por nivel de gravedad que incluye los siguientes tipos: enfermedad no complicada, neumonía leve, neumonía grave, Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, sepsis y choque séptico. Para el caso de pacientes críticos se deberá seleccionar la clasificación con mayor gravedad

Fuerte a favor

III.3. ¿Cuáles son las complicaciones que pueden presentar los pacientes con infección por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda la búsqueda activa de complicaciones más frecuentes en su orden de aparición: Síndrome de dificultad respiratoria aguda, falla renal aguda, lesión miocárdica y alteraciones neurológicas.

Fuerte a favor

- Se recomienda la preparación y disponibilidad de los recursos para hacer frente a las complicaciones descritas.

Fuerte a favor

- Se recomienda seguimiento y búsqueda activa de infecciones asociada a atención en salud, destacándose la neumonía asociada a ventilación mecánica.

Fuerte a favor

- Se recomienda adherencia a paquetes de medidas para prevención de infecciones asociadas a atención en salud especialmente neumonía asociada a ventilación mecánica.

Fuerte a favor

III.4. ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar complicaciones asociadas a la infección por SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda realizar búsqueda activa de factores de riesgo para desarrollo de SDRA como edad avanzada, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial (HTA), cáncer, deshidrogenasa láctica elevada, linfopenia, proteína c reactiva y dímero D elevados.

Fuerte a favor

- Se recomienda priorizar la atención de la población mayor a 60 años, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial (HTA), cáncer, Score SOFA elevado (mayor de 6), deshidrogenasa láctica elevada, linfopenia, proteína c reactiva elevada, dímero D mayor a 1 mcg/ml.

Fuerte a favor

IV. DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR SARS COV-2 /COVID-19

IV.1. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas para establecer caso confirmado por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda la realización de RT- PCR de SARS CoV-2 /COVID-19 para hacer diagnóstico de COVID19 a personas sintomáticas.

Fuerte a favor

- Se recomienda la realización de una segunda prueba de RT-PCR a las 48horas (según disponibilidad), en pacientes con la primera prueba negativa con alta sospecha de neumonía por SARS Cov2 / COVID 19

Fuerte a favor

- Se recomienda la realización de RT-PCR de SARS CoV2/ COVID 19 a muestras de aspirado traqueal o aspirado nasofaringeo u orofaringeo, o hisopado nasofaringeo u orofaríngeo.

Fuerte a favor

- Se recomienda no usar el uso del esputo inducido por el alto riesgo de formación de aerosoles

Fuerte en contra

IV.2. ¿Cuáles son los exámenes de apoyo para un paciente con sospecha de infección por SARS CoV-2 /COVID 19?

Recomendaciones

- Se recomienda no solicitar exámenes de apoyo en ausencia de alteración de signos vitales o de la oxigenación y sin factores de riesgo.

Fuerte en contra

- En pacientes con alteración de signos vitales, de la oxigenación y/o con factores de riesgo, se recomienda la realización de hemograma, Proteína C reactiva, enzimas hepáticas, bilirrubinas, función renal, LDH, CK, troponinas, EKG y dímero D con sospecha de infección o infección confirmada por SARS-CoV-2 para definir criterio de gravedad y definir hospitalización.

Fuerte a favor

- Se recomienda solicitar gases arteriales al ingreso al servicio de hospitalización y en el seguimiento del paciente con infección por SARS-CoV-2 en el contexto de índices de oxigenación y score de severidad (CURB 65, qSOFA, SOFA).

Fuerte a favor

- Se recomienda realizar hemocultivos en pacientes con enfermedad grave que presenten SDRA, sepsis o choque séptico.

Fuerte a favor

- Se sugiere que un nivel de LDH > 350 ui/L en paciente con sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 con factores de riesgo permite definir necesidad de hospitalización.

Débil a favor

IV.3. ¿Cuál es la utilidad de cada uno de los exámenes de apoyo para un paciente con sospecha de infección por SARS CoV-2 / COVID19?

Recomendaciones

- Se considera que la presencia de anormalidad en el hemograma (Linfocitos < 800, Neutrófilos >10.000, plaquetas < 150.000) linfopenia, neutrofilia o trombocitopenia al ingreso del paciente con sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 en pacientes con factores de riesgo permite definir hospitalización

Fuerte a favor

- Se considera que la presencia de anormalidad en la función renal al ingreso del paciente con sospecha e infección confirmada por SARS CoV-2 / COVID19 que tengan factores de riesgo permite definir hospitalización.

Fuerte a favor

- Se recomienda evitar el uso rutinario de procalcitonina para evaluar severidad ni para definir inicio de antibioticoterapia ante la sospecha de coinfección bacteriana

Fuerte en contra

- Se recomienda realizar PCR múltiple anidada en todos los pacientes con neumonía grave, SDRA, sepsis o choque séptico. para evaluar diagnóstico diferencial de SARS- CoV-2/ COVID 19 e identificar coinfecciones virales o bacterianas.

Fuerte a favor

IV.4. ¿Cuál es la utilidad de las imágenes de tórax en el diagnóstico inicial y seguimiento de los pacientes con infección por SARS CoV-2 / COVID 19?

Recomendaciones

- Se recomienda en los pacientes con sospecha clínica de neumonía por SARS CoV-2 / COVID 19 realizar una radiografía portátil de tórax

Fuerte a favor

- Punto de buena practica: Se considera que la presencia de opacidades parenquimatosas (vidrio esmerilado / consolidación) de distribución periférica y predominio basal pueden sugerir el diagnóstico de neumonía por COVID 19, en un contexto clínico apropiado

- Se recomienda la realización de TC de tórax simple en los siguientes escenarios: pacientes con presentación severa de la enfermedad, con sospecha de neumonía por COVID 19 y radiografía de tórax normal, y aquellos con alteraciones radiológicas inespecíficas a quien se desea descartar un diagnóstico alterno

Fuerte a favor

- Se recomienda la realización de TC de tórax simple en los siguientes escenarios: pacientes con presentación severa de la enfermedad, con sospecha de neumonía por COVID 19 y radiografía de tórax normal o con alteraciones radiológicas inespecíficas a quien se desea descartar un diagnóstico alterno.

Débil a favor

IV.5. ¿Cuándo están indicadas las pruebas diagnósticas invasivas que se pueden utilizar en casos sospechosos de infección por SARS CoV-2 / COVID19?

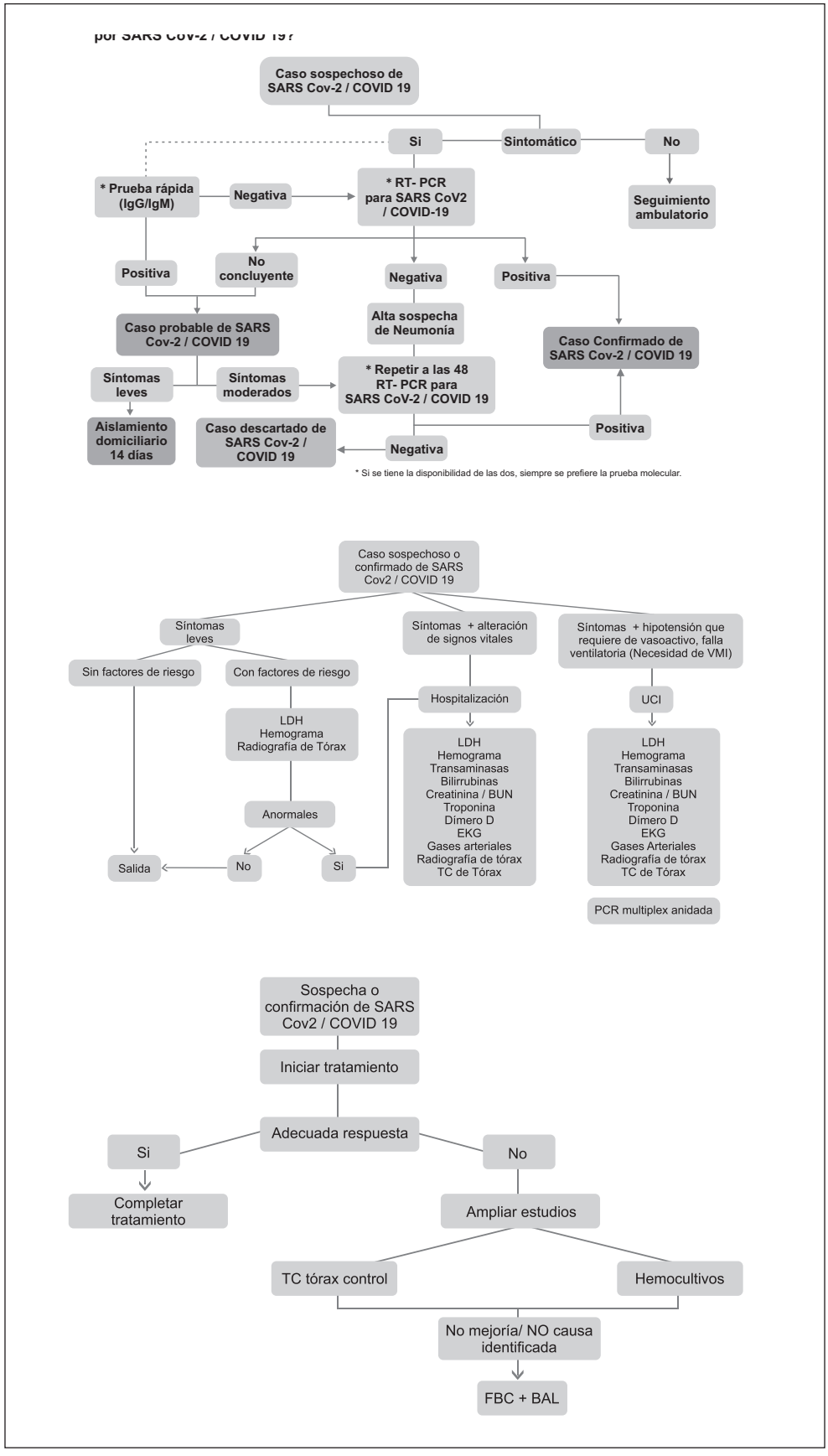
Recomendaciones

- Las pruebas invasivas recomendadas para el diagnóstico de la infección por SARS CoV-2 / COVID19 serán mini lavado bronquial y aspirado traqueal a ciegas con sistema cerrado.

Fuerte a favor

- Punto de buena práctica: Se sugiere restringir la broncoscopia y solo realizarla cuando los resultados no son concluyentes, se sospeche un diagnóstico alternativo o se espera que los resultados permiten modificar la conducta.

IV.6. ¿Cuáles son los flujogramas de diagnóstico de la infección por SARS CoV-2 / COVID 19?



V. MANEJO DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS COV-2 /COVID-19

V.1. ¿Cuáles son los medicamentos utilizados para infección SARS Co2/COVID-19?

Tabla 4. Fármacos y dosis para uso en infección por SARS CoV-2/COVID 2019

Fármaco	Presentación	Dosis
Lopinavir/ritonavir *	Cápsulas 200/50 mg	400/100 mg cada 12 horas por 7 a 14 días
Hidroxicloroquina *	Tab 200 mg Tab	Carga de 400 mg cada 12 horas el primer día, seguir 200 mg cada 12 horas por 10 días
Cloroquina *	Tab 250mg (150 mg base)	300 mg base cada 12 horas por 10 días

* Siempre evaluar interacciones farmacológicas potenciales

Recomendaciones

- Se sugiere el uso de hidroxicloroquina o cloroquina en el manejo de pacientes con infección por SARS CoV-2/COVID-19 que no tengan contraindicación para su uso de acuerdo a la clasificación de la infección por SARS CoV-2/COVID-19

Débil a favor

- Se sugiere el uso de Lopinavir/ritonavir en pacientes con infección por SARS CoV-2 /COVID-19 de acuerdo a la clasificación de la infección por SARSCoV-2 /COVID-19.

Débil a favor

- No se emite recomendación a favor o en contra para el uso de Remdesivir.
- Se recomienda no usar Interferón (IFN-B, por tener mayor riesgo de toxicidad sin demostrase claro beneficio para la enfermedad).

Fuerte en contra

- Se recomienda no usar Tocilizumab, no se tiene claro beneficio en el tratamiento de la enfermedad

Fuerte en contra

- No hay consenso en la recomendación para el uso de corticoesteroides en casos de SARSCoV 2
- Se recomienda no usar inhibidores de neuroaminidasa en infección SARS CoV2 ya que no tiene actividad frente a SARS Cov-2 /COVID-19

Fuerte en contra

Punto de buena práctica: Si se sospecha infección por Influenza, o se tiene evidencia de la existencia de esta está indicado el uso de Oseltamivir.

V.2. ¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas para realizar de acuerdo con la clasificación de la infección por SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda tratamiento sintomático para los pacientes con formas leves de infección por SARS CoV 2/COVID 19

Fuerte a favor

- Se recomienda que a los pacientes con infección leve por SARS CoV-2 /COVID-19 les sean indicados los signos alarma para acudir nuevamente al sistema de salud

Fuerte a favor

- Se sugiere que en los pacientes con neumonía con factores de riesgo, hipoxemia leve y marcadores de mal pronóstico quienes requieran hospitalización en sala general, reciban terapia combinada con cloroquina o hidroxicloroquina y lopinavir/ritonavir

Débil a favor

- Se sugiere terapia combinada con cloroquina o hidroxicloroquina y lopinavir/ritonavir para pacientes con formas severas de la enfermedad

Débil a favor

- Se recomienda la evaluación de comorbilidades y tratamiento individualizado de las mismas.

Fuerte a favor

NIVEL DE GRAVEDAD	TRATAMIENTO
Enfermedad no complicada	• Manejo sintomático • Signos de alarma
Neumonía leve	• Vigilancia clínica • Si sospecha de coinfección bacteriana, inicio antibiótico acorde a grupo de riesgo (Guías Neumonía de la comunidad vigentes)
Neumonía grave	• Terapia combinada: Hidroxicloroquina (400 mg cada 12 horas el primer día, continuar 200 mg cada 12 horas por 10 días) ,ó. Cloroquina (300 mg base cada 12 horas por 10 días) + Lopinavir /ritonavir 400/100 mg cada 12 horas por 7-14 días) • Si sospecha coinfección bacteriana iniciar antibiótico acorde a grupo de riesgo (Guías Neumonía de la comunidad vigentes) • Intubación orotraqueal si criterios de falla ventilatoria
SDRA	• Terapia combinada : Hidroxicloroquina (400 mg cada 12 horas el primer día, continuar 200 mg cada 12 horas por 10 días) ,ó. Cloroquina (300 mg base cada 12 horas por 10 días) + Lopinavir /ritonavir 400/100 mg cada 12 horas por 7-14 días) • Si sospecha coinfección bacteriana iniciar antibiótico acorde a grupo de riesgo (Guías Neumonía de la comunidad vigentes) • Ventilación protectora
Sépsis	• Terapia combinada Hidroxicloroquina (400 mg cada 12 horas el primer día, continuar 200 mg cada 12 horas por 10 días) ,ó. Cloroquina (300 mg base cada 12 horas por 10 días) + Lopinavir /ritonavir 400/100 mg cada 12 horas por 7-14 días) • Antibiótico acorde a grupo de riesgo (Guías Neumonía de la comunidad vigentes)
Choque séptico	• Terapia combinada Hidroxicloroquina (400 mg cada 12 horas el primer día, continuar 200 mg cada 12 horas por 10 días) ,ó. Cloroquina (300 mg base cada 12 horas por 10 días) + Lopinavir /ritonavir 400/100 mg cada 12 horas por 7-14 días) • Antibiótico acorde a grupo de riesgo (Guías Neumonía De la comunidad vigentes) • Soporte inotrópico/Vasopresor

V.3. ¿Cuál es la utilidad de asociar antibióticos en pacientes con infección SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda iniciar 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.

Fuerte a favor

- Se recomienda 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)

Fuerte a favor

V.4. ¿Cuáles son las estrategias de soporte ventilatorio y de oxigenación en pacientes con infección SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda iniciar soporte respiratorio en insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SARS CoV-2 /COVID-19 en pacientes con:
  - ► Criterios clínicos: 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

Fuerte a favor

- Se dan las siguientes recomendaciones para el proceso de Intubación orotraqueal (IOT)
  - ► El procedimiento debe ser realizado por la persona más entrenada en el equipo y en caso de vía aérea difícil ser intervenida por un experto (Anestesiólogo).
  - ► Realizar una evaluación de la vía aérea adecuada que permita definir cuáles pacientes tienen riesgo de vía aérea difícil y de esta manera definir un plan adicional
  - ► Usar dispositivos supraglóticos solo en pacientes con vía aérea difícil y sin personal apto para la intubación; se debe optar en corto tiempo por una vía aérea definitiva con intubación orotraqueal.
  - ► La IOT despierto no está indicada, excepto en algunos casos de alto riesgo de broncoaspiración
  - ► Usar un sistema de succión cerrado y no se recomienda preoxigenación con bomba de oxígeno (Ambu) a presión positiva.
  - ► En pacientes que requieren IOT sin vía aérea difícil predicha, se debe realizar una secuencia de inducción rápida, que incluye los inductores y coadyuvantes elegidos por el médico a cargo y un relajante muscular tipo despolarizante (succinilcolina 1 – 2 mg/kg) o no despolarizante (rocuronio 3 DE 95: 0.9 mg/kg)
  - ► Se recomienda utilizar lidocaína en dosis de 1mg/kg IV en dosis única durante la inducción, para disminuir el riesgo de tos inherente al procedimiento.
  - ► La laringoscopia debe ser realizada con video laringoscopio o con el dispositivo que el médico considere tenga más experticia, solo se prescindirá de éste en caso de que no se encuentre disponible rápidamente y prime la necesidad aseguramiento de vía aérea.
  - ► Insuflación de neumotaponador rápido para disminuir el riesgo de dispersión de aerosoles, siempre

confirmar presión, por medio del manómetro, la cual debe ser entre 20 – 30 cm H2O para evitar lesiones de la vía aérea

- ► Utilizar un filtro de alta eficiencia que debe ser instalado entre el tubo orotraqueal y el circuito y otro al final del circuito respiratorio.
- ► Uso de capnografía en todos los pacientes ventilado
- ► No se deben realizar maniobras durante el manejo de la vía aérea que puedan generar aerosoles, entre estas la ventilación con presión positiva con dispositivo máscara – válvula – bolsa
- ► No se recomienda el uso de ventilación mecánica no invasiva.

Fuerte a favor

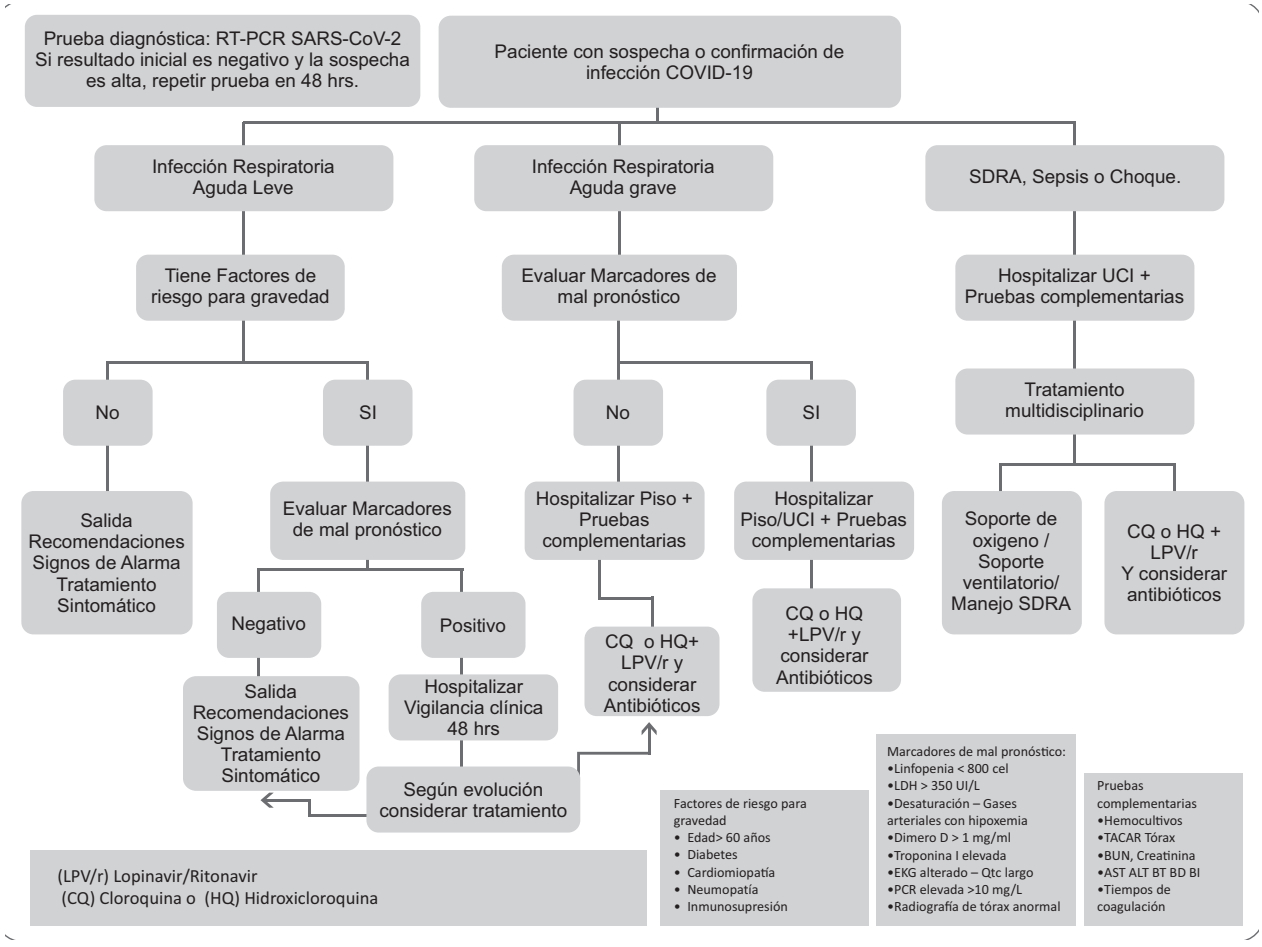
V.5. ¿Cuál es el criterio de curación y alta hospitalaria en pacientes con infección SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- 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 >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

Fuerte a favor

V.6 ¿Cuál es el flujograma de manejo de pacientes con infección por SARS CoV-2 /COVID-19?



VI. POBLACIONES ESPECIALES

A. Pacientes con enfermedad cardiovascular

VI.1. ¿En personas a riesgo o con infección por SARS CoV-2/COVID-19, que se encuentren en tratamiento con IECA/ARA2 se debe continuar vs suspender el tratamiento con IECA/ARA2?

Recomendación

- Se sugiere no suspender y continuar el tratamiento con IECA/ARA2 (en ausencia de contraindicaciones específicas) en pacientes a riesgo o con infección confirmada por SARS CoV-2/COVID 19. Considerando los beneficios demostrados en el control de la presión arterial, hipertrofia ventricular izquierda, disfunción diastólica, proteinuria, falla cardiaca e incluso mortalidad en escenarios específicos

Débil a favor

B. Mujeres gestantes

VI.2 ¿Cuáles son las estrategias de manejo farmacológico y no farmacológico de la mujer gestante con infección por SARS CoV-2/COVID 19?

Recomendaciones

Además de seguir las mismas recomendaciones generales de manejo que en pacientes adultos (ver sección V) se recomienda tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se sugiere que el manejo de las gestantes con SARS CoV-2/COVID 19 sea interdisciplinario.

Débil a favor

- Se recomienda que en pacientes gestantes con infección por SARS CoV-2/COVID 19 se realice vigilancia del bienestar fetal con monitoria, perfil biofísico y en casos necesarios Doppler feto-placentario, adicionalmente vigilancia de presencia de contracciones uterinas.

Fuerte a favor

- Se recomienda que en pacientes con compromiso severo y manejo con ventilador las decisiones sobre el momento el parto realizarse de forma interdisciplinaria.

Fuerte a favor

- Se recomienda seguir las demás recomendaciones de manejo en pacientes adultos (ver sección V).

Fuerte a favor

- Se recomienda que el uso de corticoides para maduración pulmonar fetal debe hacerse de forma interdisciplinaria.

Fuerte a favor

VI.3. ¿Cuáles son las estrategias de soporte ventilatorio y de oxigenación en pacientes gestantes con infección SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda en pacientes embarazadas con SDRA mantener una PaCO2 entre 28 y 45 mmHg y una PaO2 mayor de 70mm Hg. IC.

Fuerte a favor

- Se sugiere el manejo interdisciplinario entre intensivista, obstetra o perinatólogo de la paciente embarazada con SDRA.

Débil a favor

- Se recomienda la ventilación en prono en pacientes embarazadas con SDRA con PaO2/FiO2<150mmHg.

Fuerte a favor

- Se recomienda que la decisión de desembarazar sea por causa obstétrica y no por el SDRA.

Fuerte a favor

- Se recomienda que las indicaciones y los modos de ventilación mecánica en pacientes obstétricas sean similares a las de la población general.

Fuerte a favor

- Se recomienda evitar tanto la hipocapnia como la hipercapnia, ya que podrían reducir la perfusión uteroplacentaria e inducir la redistribución del flujo sanguíneo del cerebro fetal.

Fuerte a favor

- Se recomienda evaluar la presencia de algunos signos de hipoxemia grave en el feto después de las 28 semanas mediante la monitorización electrónica del corazón fetal, tales como la bradicardia sostenida y ausencia de variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal o la presencia de desaceleraciones tardías.

Fuerte a favor

- Se recomienda medir y registrar la monitorización fetal electrónica (MFE) diaria en fetos después de las 28 semanas de gestación y controlar el crecimiento fetal, así como el estado del líquido amniótico. Fuerza de recomendación.

Fuerte a favor

- Se recomienda fármacos de uso clínico para la sedación y la analgesia con mayor evidencia en obstetricia como la dexmedetomidina y opiáceos, especialmente Remifentanilo.

Fuerte a favor

- Se recomienda evitar el uso de relajantes neuromusculares por periodos largos, así como cerca del parto.

Fuerte a favor

VI.4 Cuales consideraciones se deben tener en cuenta durante el periodo de lactancia en una mujer con infección por SARS-CoV-2 / COVID-19?

Recomendaciones

- Se sugiere no suspender la lactancia materna.

Débil a favor

- Se recomienda la extracción manual de leche materna y almacenamiento, para posterior administración mediante la técnica de "vaso y cuchara" para evitar el contacto del neonato con secreciones orofaríngeas maternas.

Fuerte a favor

- 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.

Débil a favor

C. Neonatos

VI.5 ¿Cuál debería ser la definición y clasificación clínica de casos en neonatos? Hijo de madre con SARS-CoV-2 / COVID-19

Recomendaciones

- Se recomienda clasificar los casos de SARS-CoV-2 / COVID-19 en neonatos de la siguiente manera:
  - ► Caso sospechoso: Neonato hijo de una madre con infección confirmada por SARS-CoV-2/ COVID-19, 14 días antes o 28 días después del parto. Neonato con historia de contacto estrecho con un caso confirmado o probable.
  - ► Caso probable: caso sospechoso sintomático con PCR no concluyente, o prueba rápida positiva
  - ► Caso confirmado: caso que cumple criterio de laboratorio PCR positiva en muestra respiratoria

Fuerte a favor

- Se recomienda diferenciar entre neonatos sintomáticos y asintomáticos según la siguiente definición
  - ► Definición para neonatos sintomáticos: Dificultad respiratoria, intolerancia o rechazo a la vía enteral, distermia, taquicardia, apneas, sangrado gastrointestinal, síntomas de sepsis severa como coagulación intravascular diseminada y choque.
  - ► Definición para neonatos asintomáticos: Neonato sin dificultad respiratoria, intolerancia o rechazo a la vía enteral, distermia, taquicardia, apneas, sangrado gastrointestinal, síntomas de sepsis severa como coagulación intravascular diseminada y choque.

Fuerte a favor

VI.6 En la atención de neonatos hijos de madre expuesta/sospechosa o enferma por SARS-CoV-2 / COVID-19: ¿Cuáles son las recomendaciones de manejo de acuerdo a estado de la madre?

Recomendaciones

- Se recomienda pinzamiento del cordón umbilical entre los 30 a 60 segundos.

Fuerte a favor

En el periodo post natal inmediato:

- Se sugiere en madres asintomáticas contacto piel a piel al nacimiento y si recién nacido está asintomático, alojamiento conjunto con educación y verificación de aislamiento de contacto y gotas entre madre e hijo (higiene de manos, mascarilla facial y cuna separada a 2 metros de la cama de la madre) y definir el alta con aislamiento domiciliario bajo seguimiento telefónico durante 28 días, enfatizando en los signos de alarma.

Fuerte a favor

- Se recomienda en madres sintomáticas con infección confirmada o sospechosa, evitar el contacto piel a piel al nacimiento, e ingresar al neonato aislado y separado de la madre, individualizar duración del aislamiento y separación madre-hijo, según resultados de la PCR de la madre (en casos sospechosos) o evolución clínica del neonato.

Fuerte a favor

VI.7 En la atención de neonatos hijos de madre sintomática de SARS-CoV-2 / COVID-19 ¿Cuáles son las recomendaciones frente a las medidas de aislamiento intrahospitalario?

Recomendaciones

Se recomienda el aislamiento basado en el estado del neonato después del periodo neonatal inmediato:

- Se recomienda que el neonato asintomatico 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. Definir el alta con aislamiento domiciliario bajo seguimiento telefónico para completar 28 días, enfatizando los signos de alarma.

Fuerte a favor

- Se recomienda en caso de no contar con un cuidador sano, hospitalizar al neonato en habitación individual o en la unidad neonatal por cohorte. Al momento del egreso se recomienda el aislamiento en casa con un cuidador sano durante 28 días y garantizar el seguimiento ambulatorio con signos de alarma.

Fuerte a favor

- Se sugiere que en caso de no contar con un cuidador sano y no poder hospitalizar al neonato, se deberá continuar en alojamiento conjunto con la madre, garantizando aislamiento de contacto y gotas (higiene de manos, mascarilla facial y cuna separada a 2 metros de la cama de la madre).

Débil a favor.

- Se recomienda que el neonato sintomático se hospitalice en la unidad neonatal en habitación individual, teniendo en cuenta las medidas generales de aislamiento del consenso. En caso de no ser posible espacios individuales, se deben crear cohortes con pruebas diagnósticas confirmatorias y ubicar los neonatos en incubadoras.

Fuerte a favor

VI.8. Cuales con los factores de riesgo para infección grave por SARS-CoV-2 / COVID-19 en neonatos?

Recomendaciones

- Se recomienda considerar la población neonatal como de alto riesgo para infección grave y complicaciones.

Fuerte a favor

- Se recomienda considerar como factor de riesgo adicional la prematuridad y las malformaciones congénitas. Fuerza de recomendación.

Fuerte a favor

VI.9. Cuales son las indicaciones de hospitalización en neonatos con infección por SARS-CoV-2 / COVID-19?

Recomendaciones

- Se sugiere por tratarse de un grupo de riesgo, que todos los neonatos con diagnóstico probable o confirmado de neumonía por SARS-CoV-2 / COVID-19 deben ser hospitalizados cumpliendo las medidas de aislamiento definidas por el consenso. Los neonatos, hijos de madre con diagnóstico confirmado de SARS-CoV-2 / COVID-19 pero asintomáticos, no requerirán hospitalización más allá de los cuidados rutinarios del recién nacido y la evaluación de otras comorbilidades propias de la edad neonatal.

Débil a favor

- Se sugiere seguimiento rutinario ambulatorio a las 72 horas y descripción detallada de signos de alarmas.

Débil a favor

VI.10. ¿Qué tipo de pruebas diagnósticas y cómo realizar el diagnóstico en el neonato con sospecha de SARS-CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda realizar las pruebas diagnósticas definidas para la población general.

Fuerte a favor

VI.11. ¿Que tratamiento se debe indicar en recién nacidos confirmados o sospechosos de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19

Por ahora no hay evidencia para uso rutinario de otros tipos de tratamiento en neonatos

Recomendaciones

- Se sugiere considerar tratamiento antiviral con lopinavir/ ritonavir en los casos clasificados como severos.

Débil a favor

- Se sugiere considerar tratamiento con cloroquina en los casos clasificados como severos.

Débil a favor

- Se recomienda NO usar de forma rutinaria el tratamiento antibiótico.

Débil en contra

- Se sugiere evaluar individualmente para los casos graves, el uso temprano de gammaglobulina intravenoso, dosis alta de surfactante pulmonar, Óxido nítrico inhalado, ventilación de alta frecuencia, y oxigenación por membrana extracorpórea.

Débil a favor

D. Pacientes Inmunosuprimidos

INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

VI.12. ¿Hay diferencia en el período de incubación, en la duración de la transmisibilidad del virus SARS-CoV-2 / COVID-19 o en las manifestaciones clínicas en los pacientes con inmunodeficiencias primarias [IDP] o secundarias [IDS] no oncológicas respecto a los pacientes sin estas condiciones?

Punto de buena practica clínica: Se recomienda que los pacientes con IDP o IDS no oncológicas sean consultados con los especialistas o los expertos en el área de inmunología o de infectología pediátrica, permitiendo así determinar el riesgo temprano, según el defecto inmune, aunque en este momento no es posible establecer diferencias en el período de incubación.

VI.13 ¿Qué hacer en caso de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19 en pacientes pediátricos con inmunodeficiencias primarias o con secundarias no oncológicas?

Punto de buena practica clínica: Se sugiere que los pacientes con IDP o con IDS no oncológicas sean atendidos de forma prioritaria en caso de infección por SARS CoV-2/COVID 19 y de acuerdo a defecto inmune y severidad de su presentación clínica se debe consultar con el grupo o con el experto en inmunología o infectología pediátrica que lo conoce o que lo ha venido siguiendo regularmente.

VI.14 ¿Está indicado dar medicamentos profilácticos para prevenir la infección por el SARS-CoV-2 / COVID-19 pacientes pediátricos con inmunodeficiencias primarias o con secundarias no oncológicas?

Punto de buena practica clínica: No se recomienda el uso de medicamentos de uso profiláctico para la prevenir la infección por el SARS-CoV-2 / COVID-19 en pacientes pedátricos con o sin alteración inmune primaria o secundaria.

VI.15. ¿Qué aspectos del tratamiento se deben tener en cuenta en los pacientes con inmunodeficiencias primarias o secundarias no oncológicas durante pandemia de SARS-CoV-2 / COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda que los pacientes con IDP o con IDS no oncológicas deben en lo posible continuar recibiendo las terapias específicas, de acuerdo con el defecto o del tipo de inmunosupresión, si su condición lo permite siendo necesaria la consulta al especialista para definir si se suspende.

Fuerte a favor

- Se recomienda el uso de presentaciones de inmunoglobulina que permitan disminuir las visitas a los centros de salud.

Fuerte a favor

VI.16. ¿Qué precauciones especiales de prevención son necesarias en los pacientes con inmunodeficiencias primarias o secundarias no oncológicas tanto en la comunidad como en el hospital durante pandemia de SARS-CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda tener en cuenta lo estipulado en el ítem VII.2 de este consenso.

Fuerte a favor

VI.17. ¿Cuál es la implicación del uso de terapias biológicas en pacientes inmunosuprimidos no hematológicos infectados por SARS-CoV-2 / COVI-19?

Punto de buena práctica: Pacientes asintomáticos para infección:

- Se recomienda no suspender ni cambiar la medicación actual (infliximab, adalimumab, etanercept, vedolizumab o ustekinumab, etc.), sin signos de infección.
- Se recomienda postergar por 14 días la aplicación de la siguiente dosis de medicación en pacientes que reciben terapia biológica y se encuentran asintomáticos PERO hayan tenido contacto estrecho con un paciente con infección demostrada con SARS-CoV-2 / COVID-19
- Se recomienda que los pacientes que reciben medicamentos como infliximab, adalimumab, etanercept, vedolizumab o ustekinumab tomen todas acciones para disminuir su riesgo de exposición a infecciones.

VI.18. ¿Cuál es la implicación del uso de terapias biológicas en pacientes no hematológicos infectados por SARS-CoV-2 / COVI-19?

Recomendaciones en pacientes con sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19

- Se recomienda que los pacientes que reciben medicamentos como infliximab, adalimumab, etanercept, vedolizumab o ustekinumab y presentan cuadro leves sugestivos o confirmados de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19, de común acuerdo con su médico tratante, aplacen la aplicación de la siguiente dosis de medicación hasta que se considere que la infección este controlada sin riesgo de complicaciones. Este periodo puede oscilar entre 30 y 45 días después de adquirir la infección por SARS CoV-2/COVID 19.

Fuerte a favor

- Se recomienda que en los pacientes que reciben medicamentos como infliximab, adalimumab, etanercept, vedolizumab o ustekinumab y presenten cuadros graves sugestivos o confirmados de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19, se suspenda inmediatamente la medicación y no se debe reiniciar hasta que se considere controlada la infección y no haya riesgo de recaída por SARS CoV-2/ COVID 19 u otras infecciones. La valoración del riesgo-beneficio debe ser realizada por su médico tratante.

Fuerte a favor

VI.19. ¿Los pacientes hemato-oncológicos se encuentran en riesgo para desarrollar complicaciones derivadas de la infección SARS-CoV-2 / COVID-19?

- Se recomienda considerar a los pacientes hemato-oncológicos como pacientes de alto riesgo de complicaciones derivadas de la infección de SARS-CoV-2/COVID 19.

VI.20. ¿Qué ajustes en los esquemas de tratamiento antineoplásico para pacientes hematoncológicos son necesarios durante la pandemia del SARS-CoV-2 / COVID-19?

- Puntos de buena práctica: Se recomienda evaluar la continuidad de la terapia de manera individualizada según los factores de riesgo de cada paciente, la toxicidad y la intención del tratamiento oncológico, favoreciendo el uso de tratamientos orales que permitan reducir las visitas hospitalarias.
- Se recomienda que la quimioterapia altamente mielosupresora, con alto impacto en supervivencia y beneficio a corto plazo debe ser ofrecida bajo la consideración de un escenario curativo teniendo en cuenta la relación riesgo y beneficio en cada caso particular.
- Se recomienda ofrecer terapia sistémica neo/adyuvante para tumores sólidos teniendo en cuenta evaluar riesgo beneficio en cada caso particular.
- Se recomienda considerar la interrupción temporal de tratamientos de soporte en los que se incluyen bifosfonatos para mieloma múltiple, denosumab, flebotomías, según criterio médico.
- Se recomienda que la formulación de medicamentos orales en los pacientes con enfermedad controlada se realice hasta por 3 a 6 meses, según criterio médico y estabilidad clínica.
- Se recomienda que las condiciones para continuar, modificar, interrumpir las terapias oncológicas sean evaluadas en el contexto de cada paciente, teniendo en cuenta el estado de la enfermedad, la respuesta tumoral, la comorbilidad, la intención, y la toxicidad asociada al tratamiento.
- Se sugiere que los aseguradores en salud, entendiendo la situación actual, implementen métodos de autorización de estudios y procedimientos, y despacho de medicamentos, sin que los pacientes tengan que asistir a las instalaciones físicas de la entidad, y minimicen los trámites y negaciones relacionados con la atención a pacientes oncológicos. Las IPS y EPS deben implementar mecanismos de autorización interna, que eviten al paciente cualquier trámite presencial, de acuerdo con el comunicado de la Asociación Colombiana de Oncología y Hematología.

En el contexto de las neoplasias hematológicos:

- Se recomienda que la terapia de mantenimiento con intención no curativa (rituximab u el obinotuzumab en linfoma folicular o linfoma de células del manto), así como Bortezomib de mantenimiento en mieloma múltiple sea suspendida temporalmente durante la pandemia, evaluando riesgo- beneficio; considerando el cambio a terapias de mantenimiento oral que disminuyan las visitas a la institución de salud.
- Se recomienda evaluar el riesgo beneficio de continuar terapias de consolidación una vez se haya alcanzado respuesta completa a la inducción, teniendo en cuenta la evolución del estado de pandemia, y los riesgos de recaída, infección y complicaciones, a juicio del médico tratante.

VI.21. ¿Deben considerarse las interacciones medicamentosas en la pandemia SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda evaluar permanentemente las interacciones medicamentosas de los pacientes con diagnóstico de cáncer que requieran de terapias adicionales como consecuencia de complicaciones por infección por SARS CoV-2 /COVID-19 con su terapia antineoplásica de base.

Fuerte a favor

VI.22. ¿Qué consideraciones se deben tener para trasfusión de hemoderivados como terapia soporte en paciente hemato-oncológico para evitar las complicaciones en la infección por SARS CoV-2 /COVID 19?

Recomendaciones

- Se recomienda incentivar la donación de sangre y/o hemoderivados en individuos sanos y asintomáticos respiratorios, fomentando un rol voluntario de responsabilidad social que permita mantener las provisiones de unidades disponibles una vez que la capacidad y cantidad de donantes pueda verse seriamente disminuida.

Fuerte a favor

- Se recomienda indagar sobre sintomatología respiratoria en donantes de sangre y/o hemoderivados, así como su temperatura corporal en el momento previo a la colecta con el fin de evitar la donación de pacientes con signos y síntomas de infección respiratoria.

Fuerte a favor

- Se recomienda no usar pruebas de laboratorio para tamizar a donantes sanos. Las medidas de tamizaje y de elección de donantes que se hacen rutinariamente, deben encaminarse a evitar la donación de individuos con infecciones respiratorias evidentes de forma clínica. La selección de donantes solo por su sitio de procedencia puede no ser factible en el contexto actual de pandemia.

Fuerte en contra

- Se recomienda promover la educación de personas para fomentar el auto-diferimiento o el auto-desistimiento de donación si algún potencial donante ha tenido contacto o ha sido considerado sospechoso o positivo para SARS-COV2/ COVID-19.

Fuerte a favor

- Se recomienda evitar la donación de sangre y/o hemoderivados de individuos que han tenido a cargo, han vivido o han tenido contacto estrecho con personas diagnosticadas o sospechosas de infección por SARS-COV2/ COVID-19.

Fuerte a favor

- Se recomienda evitar la donación de individuos que son sospechosos o casos confirmados de SARS-COV2/ COVID-19.

Fuerte a favor

- Se recomienda restringir la donación de componentes sanguíneos por lo menos 28 días después de la resolución de síntomas en los pacientes con diagnóstico de SARS-COV2/ COVID-19 o 28 días después del último posible contacto estrecho o exposición con una persona positiva para SARS-COV2/ COVID-19.

Fuerte a favor

- Se recomienda a los bancos de sangre actualizar los datos e instrucciones posdonación de todos los donantes de componentes sanguíneos para reportar un diagnóstico posterior de SARS-COV COVID-19 tan pronto como sea posible con el fin de considerar recuperar y poner en cuarentena los componentes sanguíneos colectados en los 28 días anteriores o posteriores al inicio de los síntomas de SARS-COV2/ COVID-19; o recolectado en los 28 días anteriores o posteriores a la posible exposición a pacientes con SARS-COV2/ COVID-19.

Fuerte a favor

VI.23. ¿Qué consideraciones se deben tener en cuenta para el uso de factores estimulantes, y antibioticoterapia profiláctica y antivirales como terapia soporte en paciente hemato-oncológico para disminuir el riesgo de complicaciones relacionadas con la infección por SARS CoV-2 / COVID 19?

Recomendaciones

- Se recomienda el uso profiláctico de factores estimulantes de colonias en pacientes hemato-oncológicos en quienes están indicados regímenes de quimioterapia de alta intensidad con alto riesgo de desarrollar neutropenia.

Fuerte a favor

- Se recomienda continuar los antibióticos profilácticos en pacientes con alto riesgo de neutropenia derivada de quimioterapia de alta intensidad, ya que estos pacientes podrían tener un beneficio potencial al hacerlos menos vulnerables a complicaciones relacionadas con la coinfección bacteriana en los pacientes con SARS-COV2/ COVID-19.

Fuerte a favor

- Se recomienda NO usar regímenes de profilaxis antiviral contra SARS-COV2/ COVID-19. La profilaxis antiviral utilizada en pacientes inmunosuprimidos está dirigida contra otras infecciones virales y debe continuarse de acuerdo con los estándares y guías de prácticas clínicas institucionales, dependiendo del diagnóstico y régimen de tratamiento.

Fuerte a favor

VI.24. ¿En qué casos debe modificarse o posponerse la indicación de trasplante de progenitores hematopoyético u órgano sólido?

Recomendaciones

Candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos

- Se recomienda al momento de decidir la realización de un trasplante de progenitores hematopoyéticos tener en cuenta en forma individualizada las condiciones propias del paciente en relación con su riesgo de complicaciones y recaída, y por otra parte las condiciones del centro trasplantador, relacionadas con el acceso a pruebas, componentes sanguíneos y capacidad hospitalaria.

Fuerte a favor

- Se recomienda en pacientes candidatos a trasplante, con síntomas respiratorios activos, hacer tamizaje para virus respiratorios. Si estos son negativas, se debe realizar PCR especifica si está disponible. Si la prueba para SARS CoV-2 /COVID-19 no está disponible, todos los

procedimientos relacionados (movilización, recolección de médula ósea, recolección de progenitores hematopoyéticos, condicionamiento, etc.) deben ser postergados por al menos 14 días y hasta que los síntomas se hayan resuelto completamente. En pacientes con alta sospecha, aún con una prueba negativa (ya que se han reportado falsos negativos), si el riesgo de recaída de la enfermedad lo permite, el trasplante se debe diferir al menos 14 días.

Fuerte a favor

- Se recomienda en caso de confirmarse la infección por SARS CoV-2 /COVID-19 por PCR, en un paciente con alto riesgo de recaída, postergar todos los procedimientos hasta que el paciente esté completamente asintomático y tenga al menos dos pruebas de PCR negativas separadas al menos por una semana (tiempo mínimo de postergación del trasplante 14 días). Para pacientes de menor riesgo de recaída (por ejemplo, con enfermedad controlada en primera remisión), se podría considerar un retraso hasta de 21 días.

Fuerte a favor

- Se recomienda, si la prevalencia de la enfermedad en la comunidad es muy alta, y la enfermedad tiene otras alternativas de tratamiento, postergar el trasplante al menos tres meses o en forma definitiva (por ejemplo: Mieloma múltiple iniciar mantenimiento, Esclerosis sistémica, Lupus, etc.).

Fuerte a favor

- Se recomienda postergar, al menos por dos semanas, los procedimientos relacionados con trasplante en todos aquellos que hayan tenido contacto cercano con personas con infección confirmada con SARS CoV-2 / COVID-19. Estos individuos deben ser monitorizados en forma estricta para el desarrollo de síntomas y realizar la prueba tan pronto estos se presenten. Ningún procedimiento se debe realizar antes de 14 días (preferiblemente 21 días) del último contacto.

Fuerte a favor

- Se recomienda que todos los candidatos para trasplante y sus posibles donantes de progenitores hematopoyéticos, deben evitar viajes a áreas con presencia de casos terciarios o con circulación local del virus, por lo menos 14 a 21 días antes de la fecha de inicio de condicionamiento.

Fuerte a favor

- Se recomienda en todo paciente proveniente de zona de alta prevalencia para infección por SARS CoV-2 /COVID-19 que sea candidato a trasplante, diferir todos los procedimientos relacionados a éste al menos 14 días (preferiblemente 21) después de su regreso. Si el trasplante es urgente, antes de iniciar el tratamiento de condicionamiento, deberán idealmente ser tamizados para SARS CoV-2 /COVID-19, en dos oportunidades.

Fuerte a favor

- Se recomienda en caso de que la prevalencia de la enfermedad sea alta, realizar la prueba para infección por SARS CoV-2 /COVID-19 en muestras del tracto respiratorio, 2 días antes de iniciar el condicionamiento, independiente de la presencia de síntomas.

Fuerte a favor

Donantes de progenitores hematopoyéticos.

- Se recomienda que en el caso que un donante se documente infección por SARS CoV-2 /COVID-19 debería ser no elegible como donante, sin embargo, si no hay otros donantes, y el trasplante es urgente, podría considerarse la donación, después de explicar muy bien al paciente los riesgos. Se puede considerar al candidato apto para donar, si después de 28 días de la prueba inicial, el paciente persiste asintomático y no hay antecedente de una enfermedad respiratoria severa. Las mismas consideraciones deben tenerse para donantes potenciales en contacto estrecho con personas que viajaron a zonas de alta prevalencia, o que hayan viajado ellos mismos a estas zonas.

Fuerte a favor

Potenciales receptores de órganos sólidos

- Se recomienda diferir el trasplante en un candidato con enfermedad activa por SARS-COV COVID-19 por un periodo mínimo de 3 semanas y confirmar con dos PCR separadas por una semana, la negativización el virus antes del trasplante.

Fuerte a favor

- Se recomienda a los donantes potenciales realizar la prueba para descartar SARSCoV-2 /COVID-19 basados en investigación epidemiológica de viajes y posibles contactos y búsqueda activa de síntomas.

Fuerte a favor

VI.25. ¿Cuál es el riesgo de complicaciones de infección por SARS-CoV-2 / COVID-19 en los pacientes portadores VIH o con sida?

- Punto de buena práctica: Se recomienda no considerar mayor riesgo de complicaciones. No hay evidencia de

que la infección VIH, confiera mayor riesgo de complicaciones en los pacientes con infección SARS CoV-2 /COVID 19.

VI.26. ¿Cómo se debe conciliar la medicación antirretroviral y la terapia recomendada para pacientes con coinfección VIH y SARS-CoV-2 / Covid-19?

Recomendación

- Se recomienda no hacer ajustes a los esquemas de tratamiento antirretroviral a los pacientes con VIH y covid-19.

Fuerte en contra

E. Población pediátrica

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE CASOS Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR SARS COV-2 /COVID-19

VI.27. ¿Cuál es la clasificación clínica de casos y estratificación del riesgo?

Recomendación

- Se recomienda clasificar los casos en asintomáticos, leves, graves y críticos. La enfermedad leve incluye los casos no complicados y neumonía leve sin requerimiento de oxígeno; la grave a aquellos pacientes que requieren hospitalización por factores de riesgo o por requerimiento de oxígeno, y la crítica incluye pacientes que requieren ingreso a UCI (Unidad de Cuidado Intensivo) y/o cumplen criterios de SDRA (Síndrome de Dificultad Respiratorio-Aguda), sepsis o choque séptico.

Fuerte a favor

VI.28. ¿Cuáles son los elementos para establecer la gravedad de la infección por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda que se evalúen elementos para clasificar gravedad de acuerdo con la evidencia en otras infecciones respiratorias en niños. Tener en cuenta la edad, presencia de comorbilidades, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca anormales, signos de trabajo respiratorio aumentado, evidencia de trastornos de la oxigenación y ventilación, patrón imagenológico del tórax, cambios de conciencia, signos de circulación anormal y signos de disfunción de otros órganos (renal, hepática, hematológica, gastrointestinal, cerebral)

Fuerte a favor

VI.29. ¿Cómo se estratifica la infección por SARS CoV-2 /COVID-19 de acuerdo con la edad?

Recomendación

- Se recomienda estratificar la infección por SARS CoV-2 / COVID-19 de acuerdo con la edad, de la siguiente manera: < 1 año, 1-5 años, 6-10 años, 11-15 años y > de 15 años, haciendo especial énfasis en los menores de 5 años, los cuales son el grupo etáreo en donde se puede presentar mayor gravedad clínica.

Fuerte a favor

VI.30. ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar complicaciones asociadas a la infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

Recomendación

- Se Recomienda tener en cuenta los factores de riesgo para complicación definida como enfermedad grave que requiera hospitalización e ingreso a UCI en caso de neumonía por SARS CoV-2/ COVID-19. Los factores de riesgo son: inmunosupresión primaria o secundaria, edad menor de 1 año, coinfección viral del tracto respiratorio inferior, comorbilidades como enfermedades cardiacas congénitas, fibrosis quística, displasia broncopulmonar.

Fuerte a favor

- Se recomienda que por las características socioeconómicas de la población colombiana se evalúe el riesgo social en todos los pacientes, como un potencial factor de riesgo para complicaciones.

Fuerte a favor

PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN PEDIATRÍA

VI.31. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas para establecer caso confirmado por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda la realización de RT-PCR de SARS CoV-2 / COVID 19 para hacer diagnóstico de infección por SARS CoV-2 /COVID 19 a personas sintomáticas.

Fuerte a favor

- Se recomienda la realización de RT-PCR de SARS CoV-2/COVID 19 a muestras de aspirado traqueal o aspirado nasofaringeo u orofaringeo, o hisopado nasofaringeo u orofaríngeo.

Fuerte a favor

- Se recomienda la realización de una segunda prueba de RT-PCR de SARS CoV-2/COVID 19 a las 48 horas (según disponibilidad), en pacientes con la primera prueba negativa con alta sospecha de neumonía por SARS CoV-2 / COVID 19.

Fuerte a favor

- Se recomienda no usar el esputo inducido por el alto riesgo de formación de aerosoles

Fuerte en contra

VI.32. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas adicionales para un paciente con sospecha de infección por SARS CoV-2/COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda realizar PCR múltiple anidada en todos los pacientes con infección grave o crítica para evaluar diagnósticos diferenciales de SARS CoV-2/COVID 19 así como coinfecciones virales o bacterianas.

Fuerte a favor

VI.33. ¿Cuáles son los exámenes de apoyo para un paciente con sospecha de infección por SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda no solicitar exámenes de apoyo en ausencia de alteración de signos vitales o de la oxigenación y sin factores de riesgo.

Fuerte en contra

- En pacientes con sospecha de infección o infección confirmada por SARS-CoV-2 y alteración de signos vitales, de la oxigenación o con factores de riesgo, se recomienda la realización de hemograma, Proteína C reactiva, enzimas hepáticas, bilirrubinas, función renal, LDH, CK, troponinas, EKG y dímero D para definir criterio de gravedad y definir hospitalización.

Fuerte a favor

- Se recomienda solicitar gases arteriales en pacientes con infección grave o crítica por SARS-CoV-2.

Fuerte a favor

- Se recomienda realizar hemocultivos en pacientes con enfermedad grave o crítica que requieran manejo en unidad de cuidados intensivos.

Fuerte a favor

VI.34. ¿Cuál es la utilidad de las imágenes de tórax en el diagnóstico inicial y seguimiento de los pacientes pediátricos con infección por SARS-CoV 2 / COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda en los pacientes con sospecha clínica de neumonía por SARS CoV-2/COVID-19 realizar una radiografía portátil de tórax.

Fuerte a favor

Punto de buena práctica
Se considera que la presencia de opacidades parenquimatosas (vidrio esmerilado / consolidación) de distribución periférica y predominio basal pueden sugerir el diagnóstico de neumonía por SARS CoV-2/COVID-19, en un contexto clínico apropiado.

- Se recomienda la realización de TAC de tórax simple en los siguientes escenarios: pacientes con presentación grave o crítica de la enfermedad, con sospecha de neumonía por SARS CoV-2 /COVID 19 y radiografía de tórax normal o con alteraciones radiológicas inespecíficas a quien se desea descartar un diagnóstico alterno.

Fuerte a favor

- Se sugiere la realización de TAC de tórax simple para la valoración de pacientes con curso clínico no esperado, para detectar complicaciones y se considera que debería implicar cambios en la conducta terapéutica.

Débil a favor

VI.35. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas invasivas que se pueden utilizar en la pandemia por SARS CoV-2/ COVID-19?

Recomendación

- Las pruebas invasivas recomendadas para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV2 / COVID-19 serán mini lavado bronquial y aspirado traqueal a ciegas con sistema cerrado.

Fuerte a favor

Punto de buena práctica:
Se sugiere restringir la broncoscopia y solo realizarla cuando los resultados no son concluyentes, se sospeche un diagnóstico alternativo o se espera que los resultados permitan modificar la conducta.

MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFECCIÓN POR SARS CoV-2/ COVID-19

VI.36. ¿Qué pacientes pediátricos con sospecha de infección o infección confirmada por SARS CoV-2/ COVID-19 deben ser hospitalizados?

Recomendación

- Se recomienda que los pacientes con sospecha de infección o infección confirmada por SARS CoV-2 / COVID 19 con infección grave o crítica o con factores de riesgo para enfermedad crítica, sean hospitalizados.

Fuerte a favor

- La Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), tienen establecidos criterios de hospitalización en unidades de cuidado intensivo pediátrico (UCIP). Se recomienda que los pacientes con sospecha de infección o infección confirmada por SARS CoV-2 / COVID 19 se adhieran a los mismos criterios de internación en UCIP.

Fuerte a favor

- Se recomienda hospitalizar los pacientes pediátricos con condiciones de vulnerabilidad social

Fuerte a favor

VI.37. ¿Se le debe ofrecer algún tratamiento farmacológico a adolescentes o niños enfermos con enfermedad leve por SARS CoV-2 / COVID-19?

Punto de buena práctica:

- Los niños o adolescentes previamente sanos, que manifiesten enfermedad leve no tienen indicación de recibir tratamiento farmacológico.

VI.38. ¿ Qué tratamiento farmacológico se debe ofrecer a niños o adolescentes con enfermedad grave por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se sugiere que en los niños o adolescentes con enfermedad grave, se considere el uso de hidroxicloroquina o cloroquina con lopinavir/ritonavir (considerar su adición sólo en los primeros 12 días del inicio de síntomas).

Débil a favor

Punto de buena práctica: No son claras las dosis de cloroquina en pediatría para el tratamiento de SARS CoV-2 / COVID-19. La dosis pediátrica del fosfato de cloroquina (según dosis utilizadas en forma crónica para pacientes con patología reumatológica) es 5 mg/kg cada 12 horas por dos dosis, seguido de 5 mg/kg cada 24 horas por 5-7 días.

La dosis recomendada de hidroxicloroquina es 5 mg/kg cada 12 horas por dos dosis, seguido de 5 mg/kg cada 24 horas por 5-7 días.

Las dosis recomendadas de Lopinavir/litonavir durante 1-2 semanas son (considerar su adición solo en los primeros 12 días del inicio de síntomas):
Peso 7–15 kg: 12 mg/3 mg/kg cada 12 horas
Peso 15–40 kg: 10 mg/2.5 mg/kg cada 12 horas
Peso > 40 kg: 400 mg/100 mg cada 12 horas

VI.39. ¿Qué tratamiento farmacológico adicional se puede ofrecer a niños o adolescentes con enfermedad crítica por SARS CoV-2 / COVID-19?

Recomendación

- Se sugiere individualizar la adición de corticoesteroides según decisión de médico tratante.

Débil a favor

Punto de buena práctica:

- Dosis de metilprednisolona: 1-2 mg/kg/día por 3-5 días

VI.40. ¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas adicionales para realizar en niños y adolescentes de acuerdo con la clasificación de la infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

Recomendación

- Se recomienda adherirse a estrategia AIEPI- Guías de neumología en los casos leves y a las guías internacionalmente aceptadas descritas en Surviving Sepsis Campaign para el manejo de sepsis. Se recomienda el uso de oseltamivir en caso de sospecha de coinfección por virus de influenza A o B.

Fuerte a favor

VI.41. ¿Cuál es la utilidad de asociar antibióticos en infección confirmada por SARS CoV-2/ COVID-19?

Recomendación

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

Fuerte a favor

- Se recomienda 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)

Fuerte a favor

VI.42. ¿Cuáles son las estrategias de soporte ventilatorio y de oxigenación en infección por SARS CoV-2/ COVID-19 en niños o adolescentes?

Recomendación

- Se recomienda adherirse a las recomendaciones de tratamiento de SDRA pediátrico según las guías Pediatric acute lung injury consensus conference (PALICC).

Fuerte a favor

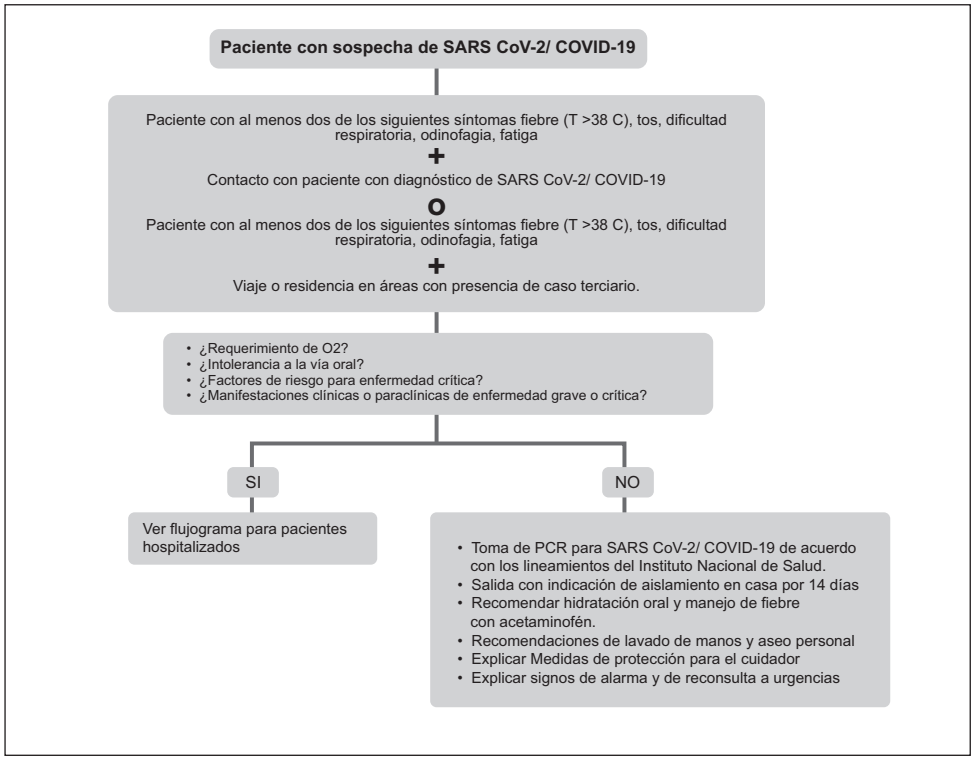
VI.43. ¿Cuál es el criterio de curación y alta hospitalaria en niños o adolescentes con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?

Recomendación

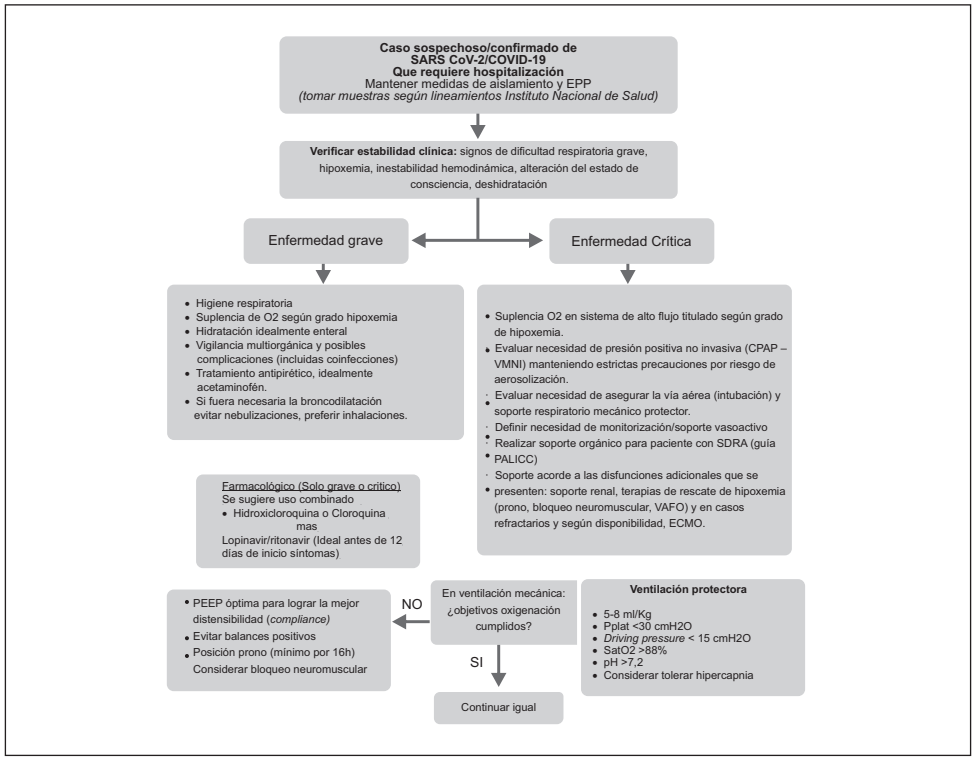
- Se recomienda que los pacientes con infección SARS CoV-2/ COVID 19 pueden ser dados de alta y continuar aislamiento en casa si cumplen los siguientes criterios:
  - o Ausencia de fiebre >48 horas sin antipiréticos
  - y
  - o Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y la hipoxemia
  - y
  - o No requiere hospitalización por otras patologías
  - y
  - o Tolerancia a la vía oral

Fuerte a favor

VI.44. ¿Cuál es el flujograma de manejo de paciente en el contexto ambulatorio con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?



VI.45. ¿Cuál es el flujograma de manejo de pacientes en el contexto intrahospitalario con infección por SARS CoV-2/ COVID-19?



VII PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR SARS-COV-2/COVID-19

VII.1 Cuáles son las recomendaciones de prevención y control de infección intrahospitalaria por SARS CoV-2 / COVID-19 para personal asistencial?

Recomendaciones

- En caso de ingresar caso sospechoso de infección por SARS-COV-2/COVID-19, el personal de salud que ingrese a la habitación del paciente debe usar mascarilla convencional, bata antifluido, guantes limpios de manejo, protector ocular y opcionalmente gorro.

Fuerte a favor

- Si se va a realizar un procedimiento con producción de aerosoles (según definición del consenso) se recomienda usar respirador N95.

Fuerte a favor

- Se recomienda intensificar la higiene de manos para cumplir estrictamente los 5 momentos de la OMS.

Fuerte a favor

- Según las capacidades de cada institución de salud, se sugiere personal exclusivo para la atención de estos pacientes.

Débil a favor

VII. 2 ¿Cuáles son las recomendaciones de prevención y control de infección intrahospitalaria por SARS CoV-2 / COVID-19 de acuerdo con el sitio de atención? (Urgencias - UCI - sala general - consulta externa - quirófanos - unidades especiales - cuidado crónico - radiología - Salas ERA).

Recomendaciones

- Se recomienda el uso de estrategias de prevención y control de infecciones para limitar la transmisión de SARS CoV-2 / COVID-19 en establecimientos de salud, que incluya:
  - ► Asegurar el triage, reconocimiento temprano y control de la fuente (aislamiento de pacientes con sospecha de infección por SARS CoV-2 / COVID-19)
  - ► Aplicación de las precauciones estándar para todos los pacientes;
  - ► Implementación de precauciones adicionales empíricas (precauciones por gotas y contacto, y cuando sea aplicable, precauciones por aerosoles) para los casos sospechosos de infección por SARS CoV-2 / COVID-19
  - ► Implementación de controles administrativos y restricción de acceso a los servicios hospitalarios donde se encuentran pacientes con infección por SARS CoV-2/COVID-19.
  - ► Uso de controles ambientales y de ingeniería de acuerdo con la disponibilidad de recursos.

Fuerte a favor

- Se recomienda que, en caso de realizarse un procedimiento generador de aerosoles, se evalúe si el ambiente donde se efectúa cuenta con recambios y su número por hora. El personal no podrá ingresar entre 30 minutos a 3 horas después de la realización del procedimiento a menos que ingrese con protección contra aerosoles.

Fuerte a favor

Urgencias, Sala general, Radiología sin generación de aerosoles:

- 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".

Fuerte a favor

- Se recomienda que desde el momento del ingreso el paciente sea trasladado a una habitación individual, bien ventilada.

Fuerte a favor

- Se recomienda que el área donde permanecerá el paciente debe estar separada de las demás con el fin de disminuir la probabilidad de contacto del caso con otros pacientes.

Fuerte a favor

- Se recomienda el uso de mascarilla quirúrigica durante la actividad laboral para todo el personal del servicio de Urgencias. En caso de ingresar caso sospechoso de infección por SARS Cov-2/COVID 19, el personal de salud que ingrese a la habitación o ambiente del paciente debe usar mascarilla quirúrgica, bata desechable, guantes limpios, monogafas y gorro(opcional).

Fuerte a favor

- Se recomienda que en casos donde el número de pacientes sobrepase la capacidad instalada de habitaciones de aislamiento por aerosoles, se realice una cohorte de pacientes, garantizando una distancia mínima de dos metros entre paciente y paciente.

Fuerte a favor

- Se recomienda que los pacientes con casos sospechosos de SARS Cov-2/COVID 19, tengan equipo médico exclusivo (Fonendoscopio, esfigmomanómetro, termómetro) y éste se desinfecte después de cada uso.

Fuerte a favor

Unidad de cuidados intensivos:

- Se recomienda que desde el momento del ingreso el paciente sea trasladado a una habitación individual bien ventilada. En las instituciones donde se cuenta con habitación con presión negativa y recambios (preferiblemente 12 por hora), deberá trasladarse al paciente hasta esa área.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar la "etiqueta respiratoria" (uso de mascarilla quirúrgica, lavado de manos, toser y estornudar correctamente) desde el ingreso del paciente.

Fuerte a favor

- Se recomienda el uso de mascarilla quirúrgica durante la actividad laboral para todo el personal del servicio de UCI. En caso de ingresar caso sospechoso de infección por SARS CoV-2/COVID 19, el personal de salud que ingrese a la habitación del paciente debe usar mascarilla quirúrgica, bata antifluido, guantes de manejo, monogafas y gorro (opcional).

Fuerte a favor

- Se recomienda en caso de requerir realización de procedimiento con producción de aerosoles el uso de respirador N95.

Fuerte a favor

- 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

Fuerte a favor

- Se recomienda intensificar la higiene de manos para cumplir estrictamente los 5 momentos de la OMS.

Fuerte a favor

- Se sugiere uso de sistema de succión cerrada en caso de intubación orotraqueal.

Fuerte a favor

- Según las capacidades de cada institución de salud, deberá considerarse uso de personal de salud exclusivo para la atención de estos pacientes.

Débil a favor

Consulta externa:

- Se sugiere implementar una estación de triage en la entrada de los servicios de consulta externa para identificar el paciente con síntomas respiratorios o fiebre, y en tal caso recomendar reprogramar sus citas.

Fuerte a favor

- Se recomienda que los aseguradores en salud, entendiendo la situación actual, implementen métodos de autorización de estudios y procedimientos, y despacho de medicamentos, sin que los pacientes tengan que asistir a las instalaciones físicas de la entidad, y minimicen los trámites y negaciones relacionados con la atención a pacientes oncológicos. Las IPS y EPS deben implementar mecanismos de autorización interna, que eviten al paciente cualquier trámite presencial" de acuerdo con el comunicado de la asociación colombiana de oncología y hematología.

Fuerte a favor

- Se recomienda que a los pacientes crónicamente enfermos que requieran continuar medicación y manejos especiales, se suministre la atención en casa o sean atendidos por medio de planes de atención domiciliaria.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar estrategias de telemedicina o teleconsulta.

Fuerte a favor

- Se recomienda a los pacientes que asistan a consulta solos o con un acompañante sin comorbilidad, menor de 60 años y se mantengan las distancias recomendadas, así como las medidas de aislamiento y limpieza.

Fuerte a favor

- Se sugiere que las instituciones organicen los horarios y eviten la aglomeración de pacientes en juntas multidisciplinarias.

Fuerte a favor

Unidad quirúrgica y salas de parto:

- Se recomienda implementar una estación de triage en la entrada de los servicios de cirugía, de esta forma identificar el paciente con síntomas respiratorios o fiebre, y en tal caso reprogramar sus procedimientos quirúrgicos.

Fuerte a favor

- Se recomienda que en caso de ser necesaria la realización de un procedimiento quirúrgico en un paciente sospechoso o confirmado de SARS CoV2/COVID 19, debe realizarse en quirófano con presión negativa y con recambio de aire (idealmente 12 por hora); si no se cuenta con este último y requiere procedimiento de urgencia, se recomienda limitar el ingreso al quirófano, garantizar la puerta cerrada durante el procedimiento, todo el personal en sala deberá utilizar Respirador N95 durante todo momento en el acto quirúrgico, adicionalmente bata antifluidos, guantes limpios, monogafas y gorro; y debe realizarse limpieza y desinfección terminal al final del procedimiento.

Fuerte a favor

- Se recomienda considerar la posibilidad de realización de cirugías dentro de la habitación o cubículo del paciente en UCI en los casos de sospecha o confirmación de infección por SARS CoV-2/COVID 19 en pacientes que requieren cirugía de urgencia, para evitar su traslado a salas de cirugía, siempre que las condiciones lo permitan y utilizando los elementos de protección personal descritos previamente.

Fuerte a favor

Salas ERA:
- Se recomienda que se considere la sala ERA como un espacio donde hay generación de aerosoles, el comportamiento debe ser para prevenir transmisión por aerosoles todo momento.

Fuerte a favor

Radiología con generación de aerosoles:
- Se recomienda que en las salas de radiología donde se realicen procedimientos invasivos con requerimiento de anestesia general y otros procedimientos generadores de aerosoles, se utilicen permanentemente EPP, para protección contra aerosoles cuando se atiendan pacientes con sospecha de infección o infección por SARS CoV2/COVID 19

Fuerte a favor

Oncología
- Se recomienda contactar telefónicamente a los pacientes con anticipación para interrogar si presentan fiebre o síntomas respiratorios para que la unidad pueda estar preparada para su llegada. Los tratamientos no urgentes pueden ser reprogramados.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar una estación de triage en la entrada de los servicios de oncología, de esta forma identificar el paciente con síntomas respiratorios o fiebre, y en tal caso reprogramar sus tratamientos si es posible.

Fuerte a favor

- Se recomienda para paciente con caso sospechoso o confirmado de SARS-CoV-2/COVID-19 que requiera algún tipo de tratamiento, éste debe realizarse en habitación con presión negativa y con recambio de aire; si no se cuenta con esta posibilidad y el tratamiento es una urgencia, deberá limitarse el ingreso a la sala, usar precauciones por contacto y por gotas para procedimientos que no generen aerosoles, o respirador N95 para procedimientos que generen aerosoles, y realizarse limpieza y desinfección terminal al final del procedimiento.

Fuerte a favor

Hemodiálisis
- Se recomienda implementar una estación de triage en la entrada de los servicios de hemodiálisis, de esta forma identificar el paciente con síntomas respiratorios o fiebre, clasificar y establecer si requiere atención en el servicio de urgencias o puede realizarse la hemodiálisis en la unidad.

Fuerte a favor

- Indique a los pacientes que llamen con anticipación para informar si presenta fiebre o síntomas respiratorios para que la instalación pueda estar preparada para su llegada.

Fuerte a favor

- Si un paciente que se encuentra en casa como caso confirmado o sospechoso de SARS CoV2/COVID 19 requiere hemodiálisis, deberá realizarse dicho procedimiento en la unidad correspondiente, garantizando un espacio de dos metros entre el paciente y los demás del turno, idealmente en una unidad separada a puerta cerrada. Si no hay disponibilidad, deberá colocarse al final de la estación, donde haya menos flujo de personas.

Fuerte a favor

- Se debe garantizar los suministros necesarios para el lavado e higienización de manos, y para la higiene respiratoria, próximo al paciente.

Fuerte a favor

VII.3. ¿Cuál es el aislamiento hospitalario para instaurar en pacientes infectados por el virus SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

Precauciones de contacto y gotas ampliado con protección ocular
- Se recomienda instaurar precauciones de contacto y gotas en los pacientes hospitalizados e infectados por SARS CoV-2 /COVID-19, el personal de salud que ingrese a la habitación del paciente debe usar mascarilla quirúrgica, bata anti fluidos, guantes limpios, monogafas y gorro (opcional).

Fuerte a favor

- El uso de protección ocular forma parte de las precauciones estándar para manejo de pacientes o procedimientos que generen contacto con mucosas o riesgo de salpicaduras.

Fuerte a favor

- En caso de procedimientos con producción de aerosoles se recomienda instaurar precauciones de aerosoles, con uso de respirador N95.

Fuerte a favor

- En caso de que se exceda la capacidad asistencial y no haya disponibilidad de habitación individual, se recomiendo instauración de cohortes guiadas por laboratorio, guardando la distancia mínima de 2 metros.

Fuerte a favor

Punto de buena práctica:

- Los delantales impermeables o batas antifluido deben ser utilizados cuando haya riesgo de salpicaduras por secreciones o fluidos del paciente.
- En áreas hospitalarias donde se cuente con pacientes con infección por SARS CoV-2 /COVID-19, se deberá restringir la circulación de personal a los mínimos necesarios para el cuidado de dichos pacientes.

VII.4 ¿Cómo se debe manejar el aislamiento en centros de cuidados crónicos y pacientes que requieren soporte médico?

- Se recomienda que en los centros de atención para pacientes con cuidado crónico se tenga un plan de acción integral para la prevención, el control y el manejo de la infección por SARS CoV-2 / COVID 19 en época de circulación del virus, que contemple:
  - ► Preparación del personal de salud para manejo de casos y autocuidado con reporte temprano de síntomas respiratorios
  - ► Políticas laborales no punitivas para reubicación o licencia al personal con síntomas respiratorios
  - ► Fortalecimiento en las medidas de higiene de manos y de etiqueta de la tos, incluyendo el suministro adecuado de alcohol al 60-95%, y los elementos de protección personal para el personal de salud y los residentes
  - ► Detección oportuna de casos en los residentes
  - ► Manejo de casos con aislamiento en habitación individual, con baño, con recipiente para descartar EPP.

Fuerte a favor

- Se recomienda la restricción de entrada de personal externo, de visitas y de eventos que generen aglomeraciones, y propender por el distanciamiento social en caso de presentarse infecciones por SARS CoV-2 / COVID 19 en la institución.

Fuerte a favor

- Se recomienda evitar la presencia de trabajadores con síntomas respiratorios en las instituciones de cuidado de pacientes crónicos. El resto de los trabajadores deberán seguir las precauciones estándar de manejo de pacientes.

Fuerte a favor

- Se recomienda disminuir el número de personas presentes mediante horarios de circulación en espacios comunes como el comedor.

Fuerte a favor

- Se recomienda el uso de respiradores N95 sólo para procedimientos que generen aerosoles.

Fuerte a favor

- Se recomienda notificar a la Entidad Distrital o Departamental de Salud correspondiente, cuando se presente un caso con infección respiratoria inusitado con desarrollo de síntomas en menos de 72 horas o más de tres casos de personal de salud o residentes con síntomas respiratorios.

Fuerte a favor

- Se recomienda asegurar la disponibilidad de insumos de equipo de protección personal.

Fuerte a favor

- Se recomienda el uso de elementos de protección personal por parte de los trabajadores que atienden a los pacientes con caso sospechoso o confirmado de SARS CoV-2 / COVID 19.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar estrategias educativas y de información, al personal de salud, a los familiares y a los colaboradores externos (voluntarios, cocineros, barberos), sobre el comportamiento de la infección por SARS CoV-2 / COVID 19 y las acciones para protegerse ellos mismos y a los residentes de la infección por SARS CoV-2 / COVID 19.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar estrategias de reforzamiento de la higiene de manos en todo el personal asistencial, visitantes y residentes de los centros de cuidado crónico.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar estrategias de entrenamiento al personal de salud para consulta oportuna e identificación temprana de síntomas de infección por SARS CoV-2 / COVID 19, abstenerse de acudir a trabajar en caso de síntomas de enfermedad, y adecuado uso de los elementos de protección personal.

Fuerte a favor

- Se recomienda asegurar disponibilidad de insumos e infraestructura para lavado de manos o desinfección por medio de dispensadores de alcohol glicerinado al 60-95% en todas las habitaciones de los residentes y áreas comunes.

Fuerte a favor

- Se recomienda educación en etiqueta de la tos e higiene respiratoria en personal asistencial, visitantes y residentes.

Fuerte a favor

- Se recomienda implementar medidas con modalidad no presencial para acompañamiento de los residentes.

Fuerte a favor

- Cuando se detecte casos confirmado de infección por SARS CoV-2 / COVID 19 en los residentes, debe asegurarse aislamiento en su habitación y manejo con precauciones por gotas y por contacto, con habitación y baño individuales. En caso de traslado o movilización fuera de su habitación, debe utilizar mascarilla quirúrgica.

Fuerte a favor

- Se recomienda monitorizar la aparición de síntomas sugestivos de infección en los residentes.

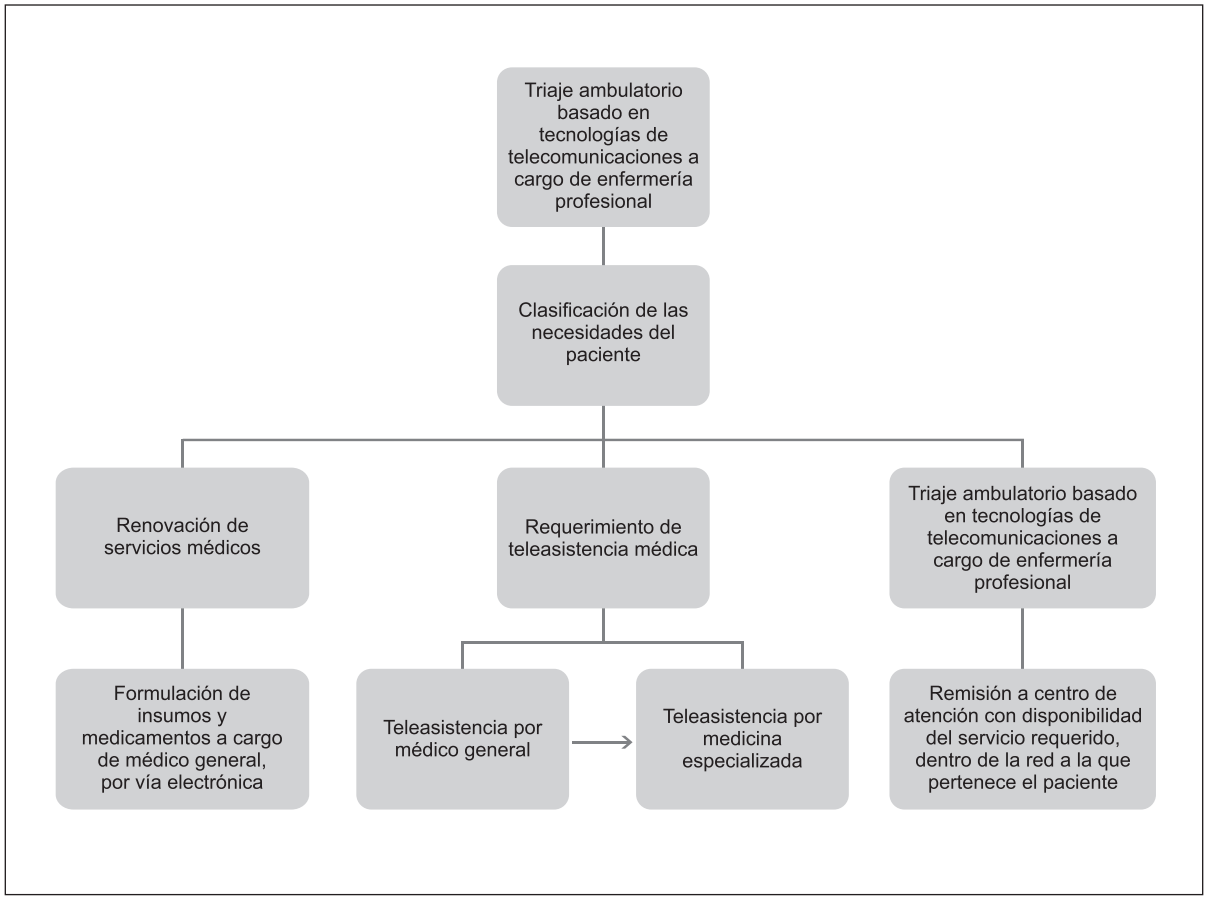
Fuerte a favor

- En caso de tener varios residentes con infección por SARS CoV-2 / COVID 19, se puede considerar generar cohortes en un área específica con personal de salud exclusivo para su atención.

Fuerte a favor

- Los centros de atención para pacientes crónicos deben tomar medidas de preparación para responder de forma oportuna y adecuada cuando se presenten casos de infección por SARS CoV-2 / COVID 19, dado que son poblaciones altamente vulnerables. Dentro de las medidas recomendadas están la realización de un plan integral que incluya identificación rápida de casos de infección, políticas de visitas y personal externo, políticas claras de salud ocupacional para personal asistencial, planes de abastecimiento y suministros de recursos necesarios para manejo de los residentes, entrenamiento del personal de salud en detección y manejo de casos, aumento de la capacidad de personal y de equipos en caso de requerirlo, y atención post mortem. Las recomendaciones emanadas por los CDC para manejo de estos pacientes se pueden revisar en la siguiente referencia:(18).
https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html

VII.5. ¿Cuáles son las recomendaciones para el manejo ambulatorio de patologías crónicas en caso de que se documente la presencia de casos terciarios de SARS CoV-2 / COVID 19 en las diferentes ciudades del territorio nacional?



Recomendaciones

- Se recomienda no realizar consulta externa ni cirugía electiva una vez se documente la presencia de casos terciarios de SARS CoV-2 / COVID 19 en las diferentes ciudades.

Fuerte a favor

- Se recomienda la adopción del flujograma de atención para pacientes con patologías crónicas (f lujograma), basado en la utilización de tecnologías de telecomunicación definidas por cada entidad administradora de planes de beneficios.

Fuerte a favor

- Se sugiere que cada entidad administradora de planes de beneficios desarrolle su propio plan de dispensación de medicamentos e insumos y toma de muestras de laboratorio de forma domiciliaria para evitar aglomeraciones y riesgo de contagio.

Débil a favor

VII.6 ¿Cuánto tiempo se debe mantener el aislamiento en pacientes infectados con SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Si no es posible controlar con RT-PCR, se recomienda extender el aislamiento de pacientes infectados con SARS CoV-2/COVID-19 confirmados hasta completar el periodo máximo registrado de diseminación viral de 14 a 28 días, de acuerdo a la gravedad de los síntomas y la resolución de los mismos.

Débil a favor

- Se sugiere, en caso de disponibilidad, mantener el aislamiento de pacientes infectados con SARS CoV-2/COVID-19 hasta la obtención de una (1) RT-PCR para SARS CoV-2/COVID-19 negativa.

Fuerte a favor

- Se recomienda para pacientes inmunocomprometidos, hemato-oncológicos, y receptores y donantes de trasplantes, mantener el aislamiento de pacientes infectados con SARS CoV.2/COVID-19 hasta la obtención de dos (2) RT-PCR para SARS CoV.2/COVID-19 negativas consecutivas.

Fuerte a favor

VII.7 ¿Cuáles son las medidas para minimizar el riesgo biológico a considerar en trabajadores en establecimientos de atención en salud que atienden pacientes con sospecha de infección o infección considerada por SARS CoV-2/COVID 19?

Recomendaciones

- Se recomienda seguir las precauciones estándar más precauciones por contacto (bata antifluidos 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.

Fuerte a favor

- Se recomienda precauciones por contacto (bata antifluido y guantes) y aerosoles con respirador N95 o su equivalente, cuando se realicen procedimientos generadores de aerosoles.

Fuerte a favor

- En pacientes pediátricos infectados por SARS CoV-2/COVID 19, se recomienda usar mascarilla quirúrgica, gafas, bata y guantes cada vez que se entre en contacto con el paciente mientras no se realicen procedimientos que generen aerosoles. En los procedimientos que se generen aerosoles se debe utilizar respirador N95 o equivalente, gafa, bata y guantes.

Fuerte a favor

- Se recomienda lavado de manos asegurando cumplir los 5 momentos que recomienda la OMS.

Fuerte a favor

- Se recomienda que se realicen y verifiquen los procesos adecuados de limpieza y desinfección de superficies.

Fuerte a favor

- En caso de desabastecimiento de respirador N95, se puede considerar su uso extendido hasta 8 horas continuas o hasta 5 recambios, verificando estado adecuado de las mismas.

Fuerte a favor

- Se recomienda no usar polainas ni doble guante.

Fuerte a favor

- Se sugiere el uso exclusivo de uniforme en todas las áreas de los hospitales con pacientes en riesgo de infección por SARS CoV-2/COVID-19 y su cambio debe realizarse

dentro del hospital, el lavado debe realizarse en el hospital o en su casa con las medidas de seguridad para prevenir riesgo biológico en trabajador de la salud.

Fuerte a favor

- Se recomienda no usar botas, delantales impermeables o traje cerrado como equipo de protección personal de rutina para trabajadores de la salud que atienden casos sospechosos o probados de SARS CoV-2/COVID19.

Fuerte a favor

- Los profesionales de la salud que recolectan muestras de hisopado naso y orofaríngeos de pacientes sospechosos o confirmados de SARS CoV-2/COVID-19 deben estar bien entrenados en el procedimiento y deben usar una bata limpia, no estéril, de manga larga, un respirador N95, protección para los ojos (es decir, gafas o careta) y guantes.

Fuerte a favor

- El procedimiento debe realizarse en una habitación separada y aislada.

Fuerte a favor

- Durante la recolección de muestras nasofaríngeas los trabajadores de la salud deben solicitar a los pacientes que se cubran la boca con una mascarilla quirúrgica o un pañuelo desechable para contener la eventual generación de gotas.

Fuerte a favor

- En la Unidad de Cuidado Intensivo, el circuito cerrado de ventilación es suficiente para asegurar que no haya exposición por aerosoles. Sin embargo, cualquier violación al circuito cerrado de ventilación mecánica (como intubación orotraqueal, extubación voluntaria o involuntaria, aspiración de secreciones no cerrada, etc.) que genere aerosoles requiere uso de respirador N95 durante un tiempo máximo de 3 horas desde el control de la exposición.

Fuerte a favor

VII.8. ¿Cuál es la recomendación de inmunización del paciente con riesgo de infección o infección SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- Se recomienda promover la administración de las vacunas contra influenza y neumococo, de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Fuerte a favor

- Se recomienda en mujeres embarazadas asegurar la vacunación oportuna contra influenza, pertusis y tétanos (TdaP y Td) de acuerdo con recomendaciones vigentes.

Fuerte a favor

- Se recomienda para la población adulta, promover la administración de las vacunas por grupo de riesgo, de acuerdo con las recomendaciones vigentes.

Fuerte a favor

- Se recomienda para la población pediátrica, asegurar que el esquema de vacunación del PAI esté al día de acuerdo con la edad.

Fuerte a favor

VII.9. ¿Cuáles son las recomendaciones de aislamiento hospitalario para pacientes con infección por SARS CoV-2 /COVID-19?

Recomendaciones

- 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 de la tabla

Fuerte a favor

- Se recomienda que la ropa sucia de la habitación del paciente sea depositada en bolsa roja, y se maneje como de riesgo biológico.

Fuerte a favor

VII.10. ¿Cuáles son las medidas de seguridad y de desinfección de los instrumentos, equipos y superficies que deben considerar quienes realizan procedimientos invasivos y no invasivos en pacientes con infección sospechada o confirmada por SARS-CoV-2 / COVID-19?

En la desinfección de dispositivos y equipos médicos, los lineamientos a seguir son los mismos que se aplican a desinfección y esterilización en instituciones hospitalarias. Se recomienda desinfección de alto nivel y esterilización en dispositivos semicriticos y críticos contaminados con SARS CoV-2/COVID19.

La sobrevida de las diferentes especies de coronavirus en superficies inanimadas es variable. Para SARS-CoV-2/COVID-19 está alrededor de 24-72 horas. La transmisión nosocomial de este virus fue la responsable de una gran cantidad de casos en trabajadores de la salud y su detección en superficies contaminadas llamó la atención sobre la importancia del proceso de desinfección para interrumpir la transmisión (35).

Tabla VII.9.1. Recomendaciones de EPP según el área de atención de pacientes con sospecha o confirmación de SARS-CoV-2/COVID-19

Área	Personal de salud o pacientes	Actividad	Tipo de EPP o actividad
Urgencias, Hospitalización, Unidades de Cuidado Intensivo, Salas de cirugía, Consulta externa, Laboratorios que manipulan muestras de pacientes con sospecha de SARS-CoV-2	*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
		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
		En procedimientos con anestesia general y 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 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, incluido *trabajadores de la salud**	Cualquier actividad que no involucra contacto a menos de dos metros con pacientes SARS-CoV-2/COVID-19	No requiere elementos de protección personal
Áreas administrativas sin contacto con pacientes	**Todo el personal incluido *trabajadores de la salud**	Labores administrativas que no involucran contacto con pacientes SARS-CoV-2/COVID-19	No requiere elementos de protección personal
Áreas administrativas con contacto con pacientes	**Todo el personal incluido *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 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(23).

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

El uso de hipoclorito de sodio requiere una concentración mínima de 0.21% para ser efectiva en reducción en >3 log. La dilución que se recomienda en la literatura es hipoclorito al 5% 1: 100 llevada a una concentración final de 0.05%, por lo cual se sugiere una dilución de 1: 50.

Respecto a amonios cuaternarios, los de primera generación (cloruro de benzalconio o cloruro de n-alquil dimetil bencil amonio) reportan menor efectividad en reducción de log virales (<3 log). Los amonios cuaternarios de 4 y quinta generación, reportan mejor efecto virúcida.

Tabla 6. Cuadro comparativo actividad virucida de diferentes desinfectantes.

Tipo de desinfectante	Concentración	Tiempo exposición	Reducción virus infectantes
Etanol	70-95%	30 segundos	>4-5 $\log_{10}$
Propanol	50-100%	30 segundos a 10 minutos	3.3-4 $\log_{10}$
Cloruro de benzalconio	0.2-0.5%	10-30 minutos	6- 3.7 $\log_{10}$
Cloruro de n-alquil dimetil bencil amonio	0.5%	30-60 minutos	>3.75 $\log_{10}$
Glutaraldehido	2-4%	2-15- minutos	>4-3.25 $\log_{10}$
Peróxido de hidrógeno	0.5%	1 minuto	>4 $\log_{10}$
Clorados	0.1 – 0.5%	1 minuto	>4 $\log_{10}$

Recomendaciones

Limpieza y desinfección

1. Se recomienda limpieza de superficies con detergente neutro si las superficies están visiblemente sucias o contaminadas con elemento sólidos. ***Fuerte a favor.***
2. Se recomienda desinfección de alto nivel y esterilización en dispositivos semicríticos y críticos contaminados con COVID-19. ***Fuerte a favor.***
3. Se recomienda la desinfección de superficies expuestas a SARS-CoV-2 /COVID19 con cualquiera de los siguientes desinfectantes: productos a base de clorados, etanol del 70-a 95%, peróxido de hidrógeno 0.5% o glutaraldehído en superficies. ***Fuerte a favor.***
4. Se recomienda el uso de clorados a concentraciones mínimas de 0.1% (1000 PPM) para desinfección de superficies. Teniendo en cuenta que en los protocolos para desinfección de otros microrganismos (Clostridioides difficile, Candida auris) se utilizan concentraciones de 2000 PPM, se considera razonable usar esta dilución. ***Fuerte a favor.***
5. Se sugiere el uso de los amonios cuaternarios de cuarta y quinta generación como una segunda opción dada su menor efectividad en reducción de virus infectantes. ***Fuerte a favor.***
6. Para la desinfección de dispositivos y equipos médicos, los lineamientos a seguir son los mismos que se aplican a desinfección y esterilización en instituciones hospitalarias. ***Fuerte a favor.***
7. Se recomienda que los equipos no invasivos como tensiómetros, termómetros, fonendoscopios, sensores de pulsoximetría deben ser desinfectados con alcohol del 62 % al 70% o soluciones de amonio cuaternario entre cada uso. ***Fuerte a favor.***
8. Se recomienda emplear para los ecógrafos sólo soluciones de amonio cuaternario después de cada uso. ***Fuerte a favor.***
9. Se recomienda que las CPU y los monitores de los computadores sean desinfectados por turno con amonio cuaternario o alcohol del 62 al 70%. ***Fuerte a favor.***
10. Se recomienda desinfectar los teclados con frecuencia (Varias veces por turno) usando solución de amonio cuaternario o alcohol al 70%. Si los teclados tienen forros, no retirarlos y desinfectarlos con frecuencia utilizando alcohol al 70%. ***Fuerte a favor.***
11. Se recomienda desinfección frecuente del teléfono celular con alcohol al 70%. ***Fuerte a favor.***

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 biofisico, 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

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 días
- 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

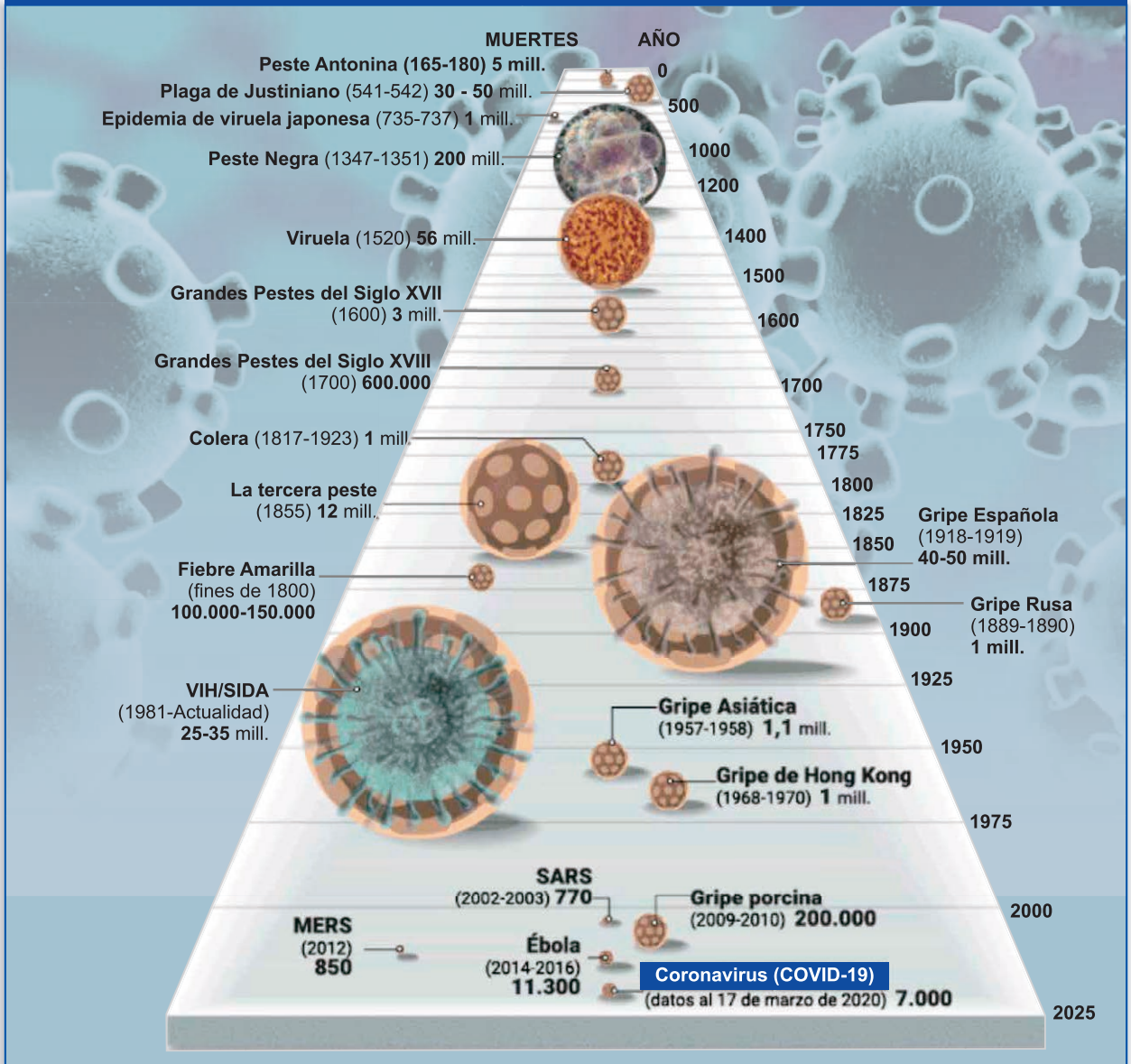
Hospitalice en unidad neonatal -
Medidas generales de aislamiento

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

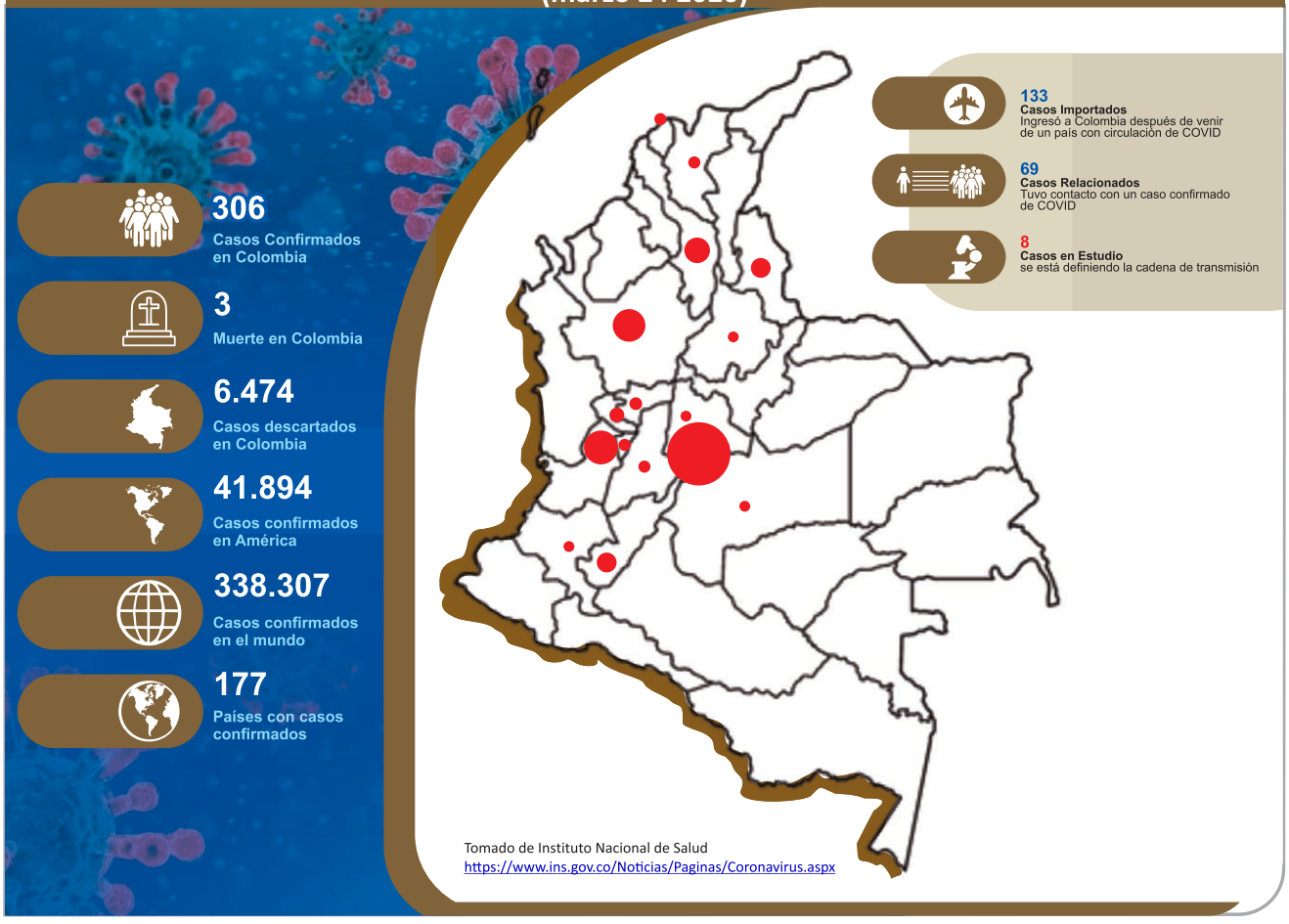
HISTORIA DE LAS PANDEMIAS



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Enciclopedia Británica
Imagen Adaptada, OMS

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

Número de casos en Colombia - SARS 2 CoV2/COVID-19 (marzo 24 2020)

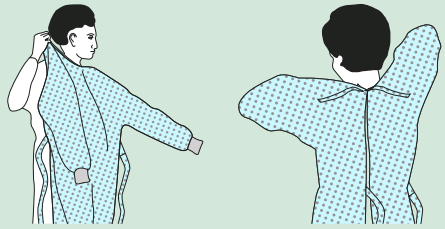


Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 24/03/2020

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

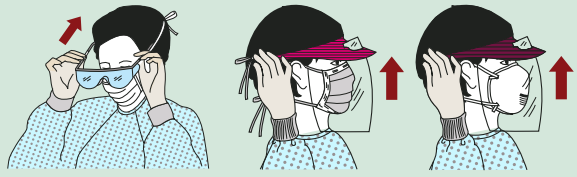


2. MÁSCARA O RESPIRADOR

- 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

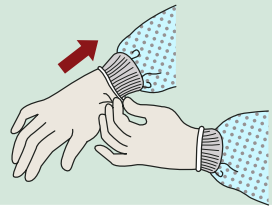
3. GAFAS PROTECTORAS O CARETAS

- 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

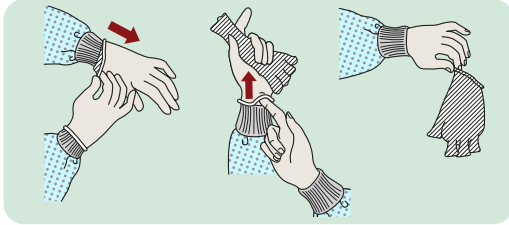
Estas imágenes pertenecen al CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD 24/03/2020

SECUENCIA PARA QUITARSE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Con la excepción del respirador, quítese el EPP en la entrada de la puerta o en la antesala. Quítese el respirador después de salir de la habitación del paciente y de cerrar la puerta.

1. GUANTES

- ¡El exterior de los guantes está contaminado!
- Agarre la parte exterior del guante con la mano opuesta en la que todavía tiene puesto el guante y quíteselo
- Sostenga el guante que se quitó con la mano enguantada
- Deslice los dedos de la mano sin guante por debajo del otro guante que no se ha quitado todavía a la altura de la muñeca
- Quítese el guante de manera que acabe cubriendo el primer guante
- Arroje los guantes en el recipiente de deshechos

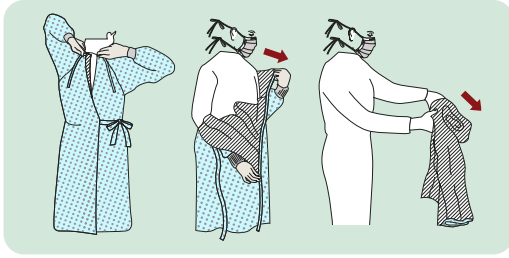


2. GAFAS PROTECTORAS O CARETA

- ¡El exterior de las gafas protectoras o de la careta está contaminado!
- Para quitárselas, tómelas por la parte de la banda de la cabeza o de las piezas de las orejas
- Colóquelas en el recipiente designado para reprocesar materiales o de materiales de deshecho

3. BATA

- ¡La parte delantera de la bata y las mangas están contaminadas!
- Desate los cordones
- Tocando solamente el interior de la bata, pásela por encima del cuello y de los hombros
- Voltee la bata al revés
- Dóblela o enróllela y deséchela

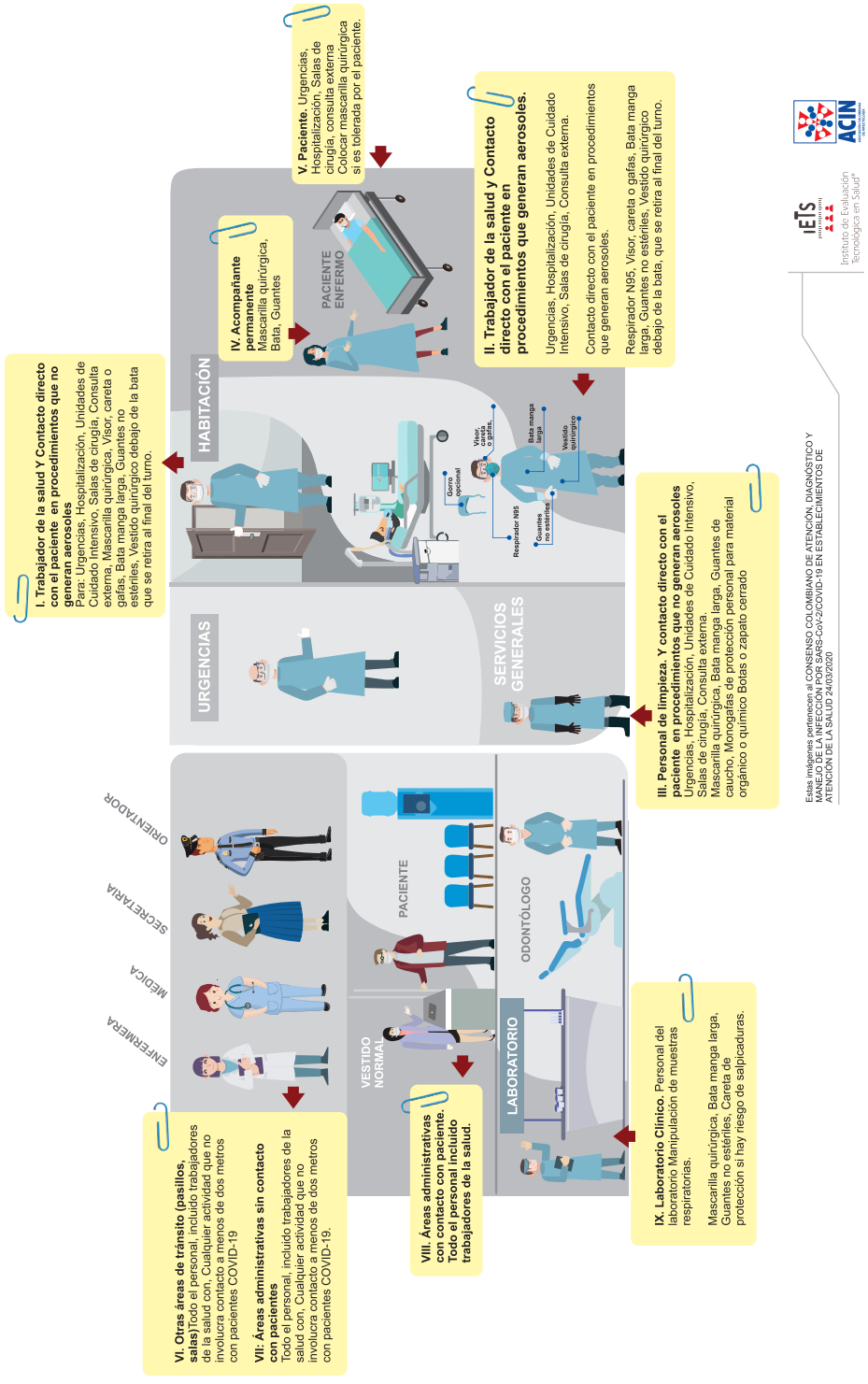


4. MÁSCARA O RESPIRADOR

- La parte delantera de la máscara o respirador está contaminada — ¡NO LA TOQUE!
- Primero agarre la parte de abajo, luego los cordones o banda elástica de arriba y por último quítese la máscara o respirador
- Arrójela en el recipiente de deshechos

EFECTÚE LA HIGIENE DE LAS MANOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUITARSE CUALQUIER EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

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


I. Trabajador de la salud Y Contacto directo con el paciente en procedimientos que no generan aerosoles
Para: Urgencias, Hospitalización, Unidades de Cuidado Intensivo, Salas de cirugía, Consulta externa. Mascarilla quirúrgica, Visor, careta o gafas, Bata manga larga, Guantes no estériles, Vestido quirúrgico debajo de la bata que se retira al final del turno.
V. Paciente. Urgencias, Hospitalización, Salas de cirugía, consulta externa Colocar mascarilla quirúrgica si es tolerada por el paciente.
IV. Acompañante permanente Mascarilla quirúrgica, Bata, Guantes
II. Trabajador de la salud y Contacto directo con el paciente en procedimientos que generan aerosoles.
Urgencias, Hospitalización, Unidades de Cuidado Intensivo, Salas de cirugía, Consulta externa.
Contacto directo con el paciente en procedimientos que generan aerosoles.
Respirador N95, Visor, careta o gafas, Bata manga larga, Guantes no estériles, Vestido quirúrgico debajo de la bata, que se retira al final del turno.
HABITACIÓN
PACIENTE ENFERMO
Visor, careta o gafas
Bata manga larga
Gorro opcional
Vestido quirúrgico
Respirador N95
Guantes no estériles
URGENCIAS
SERVICIOS GENERALES
III. Personal de limpieza. Y contacto directo con el paciente en procedimientos que no generan aerosoles
Urgencias, Hospitalización, Unidades de Cuidado Intensivo, Salas de cirugía, Consulta externa.
Mascarilla quirúrgica, Bata manga larga, Guantes de caucho, Monogafas de protección personal para material orgánico o químico Botas o zapato cerrado
ORIENTADOR
SECRETARIA
MEDICA
ENFERMERA
PACIENTE
ODONTÓLOGO
VESTIDO NORMAL
LABORATORIO
VI. Otras áreas de tránsito (pasillos, salas) Todo el personal, incluido trabajadores de la salud con, Cualquier actividad que no involucra contacto a menos de dos metros con pacientes COVID-19
VII: Áreas administrativas sin contacto con pacientes
Todo el personal, incluido trabajadores de la salud con, Cualquier actividad que no involucra contacto a menos de dos metros con pacientes COVID-19.
VIII. Áreas administrativas con contacto con paciente. Todo el personal incluido trabajadores de la salud.
IX. Laboratorio Clínico. Personal del laboratorio Manipulación de muestras respiratorias.
Mascarilla quirúrgica, Bata manga larga, Guantes no estériles, Careta de protección si hay riesgo de salpicaduras.
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

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

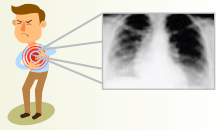
Definición para personas sintomáticas:

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