


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 1 de 114 |

1. OBJETIVO

Definir lineamientos para la detección, atención y manejo de casos sospechosos y confirmados de infección causada por el nuevo Coronavirus (COVID-19) para disminuir el riesgo de transmisión del virus de humano a humano en Perfect Body Medical Center.

2. ALCANCE


Establecer la ruta para la atención, detección, diagnóstico y tratamiento de casos en Perfect Body Medical Center.

Este protocolo será actualizado con base en las recomendaciones que emita la Organización Mundial de la Salud – OMS, El Ministerio de Salud y Protección Social y El Instituto Nacional de Salud.

3. NORMATIVIDAD Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

1. Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005.
2. Ley 09 de 1979
3. Ley Estatutaria 1751 de 2015
4. Decreto 780 de 2016.
5. Resolución 3280 de 2018
6. Resolución 3100 de 2019
7. Circular 023 de 2017.
8. Circular 031 de 2018.
9. Abecé de Estrategia de Salas ERA
10. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años.
11. Lineamiento de prevención, diagnóstico y control de casos de Influenza.
12. Manual de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS.
13. Programa Nacional de Prevención, manejo y control de la IRA
14. Protocolo de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda – Instituto Nacional de Salud – INS.

| | | |
|------------------------|--------------------|---------------|
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
| | | |
| Coordinador de Calidad | Coordinador Medico | Gerente |

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 2 de 114 |

1. DEFINICIONES

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

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

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


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

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

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

Autocontrol con supervisión: En este autocontrol las autoridades de salud pública de la jurisdicción asumen la responsabilidad de supervisar el autocontrol de ciertos grupos de personas. En estos casos las autoridades locales de salud establecerán una comunicación inicial con las personas en autocontrol y definirán un plan con instrucciones claras para notificar a la autoridad de salud antes de que esta busque atención médica si desarrolla fiebre, tos o dificultad para respirar, y de acuerdo con el caso, verificará la evolución de la persona durante el período de autocontrol.

Contacto estrecho: Es el contacto entre personas en un espacio de 2 metros o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-19 confirmado o probable, durante un

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 3 de 114 |

tiempo mayor a 15 minutos, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso.

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

COVID-19: Es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano llamado SARS-CoV-2, que causa una mayor mortalidad en personas de ≥ 60 años y en personas con afecciones médicas subyacentes como enfermedades cardiovasculares, enfermedad respiratoria crónica, diabetes y cáncer.


Cuarentena: Es el aislamiento de personas que razonablemente se cree han estado expuestas a una enfermedad contagiosa, durante un período de tiempo no específico como método para evitar o limitar el riesgo de que se extienda una enfermedad,

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

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

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

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


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 4 de 114 |

2. ACTIVIDADES GENERALES PARA EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. ACTIVIDADES GERENCIALES Y ADMINISTRATIVAS


Perfect Body Medical Center Ltda., realiza las siguientes actividades ante la emergencia sanitaria:

- Coordina y hace seguimiento de las acciones necesarias para el manejo integral de los casos, teniendo en cuenta lo lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial de Salud la Secretaría de Salud Distrital
- Se fortalecieron los canales de comunicación con el CRUE, salud pública y prestadores de servicios de salud
- Se garantiza y verifica la existencia y suficiencia de equipamientos, dispositivos médicos y medicamentos requeridos para la atención adecuada, incluida la dotación de equipos de protección personal EPP para el personal clínico y no clínico que atiende al paciente, de acuerdo a lo definido en el Manual de Bioseguridad
- Se determinaron medidas de aislamiento desde el ingreso de los pacientes a la institución, se restringe el ingreso de acompañantes, se destinó el 3er piso de hospitalización para la atención de pacientes COVID-19, se estableció registro del personal que entra en aislamiento, así como de las actividades realizadas en casa acceso, así como los accidentes e incidentes presentados
- Se estableció ruta de ingreso y movilización de paciente con COVID-19
- Se restringe la realización de cirugías o procedimientos que requieran manejo postquirúrgico en UCI
- Se determinaron medidas de eficiencia de rotación de camas hospitalarias a fin de facilitar el egreso temprano y seguro de pacientes sin COVID-19, se realiza revaloración y seguimiento estricto con el fin de identificar pacientes que puedan continuar tratamiento en hospitalización domiciliaria
- Se realiza capacitación constante y socialización al personal sobre el uso correcto de los Elementos de Protección Personal
- Se determinaron las conductas de aislamiento, seguimiento y reintegro de los trabajadores de la salud de acuerdo con los lineamientos para atención de exposiciones de riesgo a COVID-19 de trabajadores de la salud
- Se fortalecieron los procesos relacionados con historia y registros clínicos para garantizar su integridad, gestión adecuada y facilitar la detección manejo y seguimiento de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19
- Se actualiza el plan de gestión integral de residuos, en el cual se incluye el manejo adecuado de los residuos generados por la atención de pacientes sospechosos o confirmados con COVID19
- Se implementaron los procedimientos de aseo y desinfección de las áreas de atención de pacientes COVID-19 de acuerdo con los protocolos de limpieza y desinfección establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 5 de 114 |

2.2. ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN

- Realizar valoración clínica del estado del paciente y su clasificación de riesgo de acuerdo con los lineamientos definidos para el manejo clínico.
- Realizar el manejo clínico del paciente de acuerdo a lo definido por parte del médico tratante (internista, neumólogo, intensivista, pediatra, infectólogo, nefrólogo, entre otros, según requerimiento) teniendo en cuenta las recomendaciones del presente lineamiento.
- Tener en cuenta durante la atención de pacientes lo siguiente:
 - Mantener una distancia mínima de un metro con el paciente.
 - No saludar de mano.
 - Realizar lavado de manos: antes y después de entrar en contacto con el paciente, después de estar en contacto con material potencialmente infeccioso, antes y después de entrar en habitaciones o áreas con pacientes confirmados o sospechosos.
 - Realizar lavado de manos antes de colocarse y después de remover los elementos de protección personal (EPP). El no hacerlo anula la efectividad de estos.
 - Evitar el acceso a otros sectores de hospitalización.
 - Evitar tocarse los ojos, nariz y la boca durante todo el proceso de atención de pacientes.
 - Usar EPP de acuerdo con las especificaciones definidas en los procedimientos de bioseguridad.
 - La realización de paraclínicos que impliquen la obtención de muestras del tracto respiratorio deberá adelantarse con las indicaciones contenidas en los Lineamientos para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS- CoV-2 (COVID-19) en Colombia y las indicaciones del Instituto Nacional de Salud.
 - La captura de imágenes diagnósticas en los casos que se requieran deberá realizarse preferiblemente en la cama del paciente atendiendo las normas de bioseguridad.
 - Debe limitarse en lo posible el traslado de pacientes dentro de las instalaciones del prestador.
- Se debe diligenciar el certificado de defunción para cada paciente que fallezca.
- Realizar el manejo del cadáver de personas que mueran como consecuencia de COVID-19 de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS, y establecidos en el protocolo institucional

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 6 de 114 |

3. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO

3.1. CASO SOSPECHOSO

A. Una persona que tiene los criterios clínicos y epidemiológicos:

Criterios clínicos

1. Instauración aguda de fiebre Y tos

O

2. Instauración aguda de ALGUNO DE TRES O MAS de los siguientes signos y síntomas: fiebre, tos, debilidad/fatiga general, cefalea, mialgia, dolor de garganta, coriza, disnea, anorexia/náuseas/vómito, diarrea, alteración el estado mental

Y

Criterios epidemiológicos

1. Residencia o trabajo en un área de alto riesgo de transmisión para el virus: por ejemplo, establecimientos residenciales cerrados o establecimientos humanitarios, como campos o similares de personas desplazadas, en cualquier momento dentro de los 4 días anteriores al inicio de los síntomas.

O

2. Residencia en o viaje a un área con transmisión comunitaria, en cualquier momento dentro de los 4 días anteriores al inicio de los síntomas,

O

3. Trabajo en una institución de salud, incluyendo las instalaciones de salud y los hogares, dentro de los 14 días siguientes al inicio de los síntomas.

B. Un paciente con dificultad respiratoria severa (IRAG: infección respiratoria aguda grave con historia de fiebre o que haya sido cuantificada $> 38^{\circ}\text{C}$, y tos, con inicio en los 10 días anteriores, y que requiere hospitalización).

3.2. CASO PROBABLE


A. Un paciente que tiene los anteriores criterios clínicos Y es un contacto de un caso probable o confirmado, o que está epidemiológicamente vinculado a un clúster de casos que ha tenido por lo menos un caso confirmado identificado dentro del clúster.

B. Un caso sospechoso (como se describe anteriormente) con imágenes radiológicas mostrando hallazgos sugestivos de COVID-19.

- Radiografía de tórax: opacidades difusas, a menudo de morfología redondeada, con distribución periférica y basal

- TAC de tórax: opacidades en vidrio esmerilado múltiples bilaterales, a menudo de morfología redondeada, con distribución periférica y basal.

- Ultrasonido pulmonar: líneas pleurales engrosadas, líneas B (multifocales, discretas o confluentes), patrones consolidativos con o sin broncograma aéreo.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 7 de 114 |

C. Una persona con inicio reciente de anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) en la ausencia de alguna otra causa identificada.

D. Muerte, sin otra explicación, en un adulto con dificultad respiratoria antecedente Y que ha tenido contacto con un caso probable o confirmado o vinculado epidemiológicamente a un clúster que ha tenido al menos un caso confirmado identificado en ese clúster.

3.3. CASO CONFIRMADO

Una persona con confirmación de laboratorio para infección de COVID-19, independientemente de síntomas o signos clínicos.

3.4. MUERTE PROBABLE POR COVID19

Todas las muertes por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de etiología desconocida.


Los casos de esta estrategia deben ser notificados a “IRAG-348”.

PROPUESTA 1

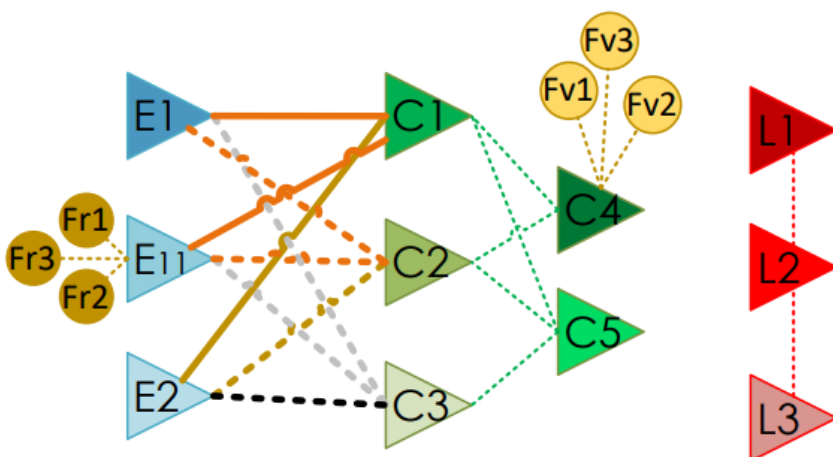
Una primera propuesta de definición de caso para COVID-19 toma como referencia la estructura de las definiciones de caso de la OMS de mayo 10, 2020, que incluye en la definición de caso los tres tipos estándar de sospechosos, probables y confirmados, pero en la que el grupo de probables recoge los casos sospechosos en que no se ha podido confirmar por falta o fallas en el laboratorio etiológico, más que una progresión de severidad como criterio de certidumbre en términos de los criterios clínicos o epidemiológicos. Esta propuesta parte de los módulos generales de los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Los criterios clínicos se limitaron a los síntomas respiratorios. Esta propuesta fue la incluida previamente en el Decreto 1109 de 2020 derogado por el Decreto 1374 de 2020.

El mapeo de las definiciones de caso se apoyó en establecer gráficamente relaciones entre los criterios como se muestra en los algoritmos a continuación, con líneas conectando los iconos de los criterios, siguiendo las etiquetas asignadas en la tabla 5. Con esta herramienta, además de combinar los criterios, se usan para verificar que no tengan redundancias o incorrecciones lógicas.

En líneas punteadas gruesas se presentan las conexiones que no se han considerado, y que además se muestran en gris en el texto. Las líneas punteadas delgadas muestran conexiones como criterios vinculados que no afectan las definiciones de caso, aunque son importantes para el manejo clínico o los énfasis en poblaciones de riesgo.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 8 de 114 |

CASO SOSPECHOSO



C1

Es toda persona con enfermedad respiratoria aguda, es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma como tos o dificultad para respirar, sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica;

Y

E2 o E1

una historia de viaje a o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas;

O

E1 (E1.1)

que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable de enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas;


O

C4

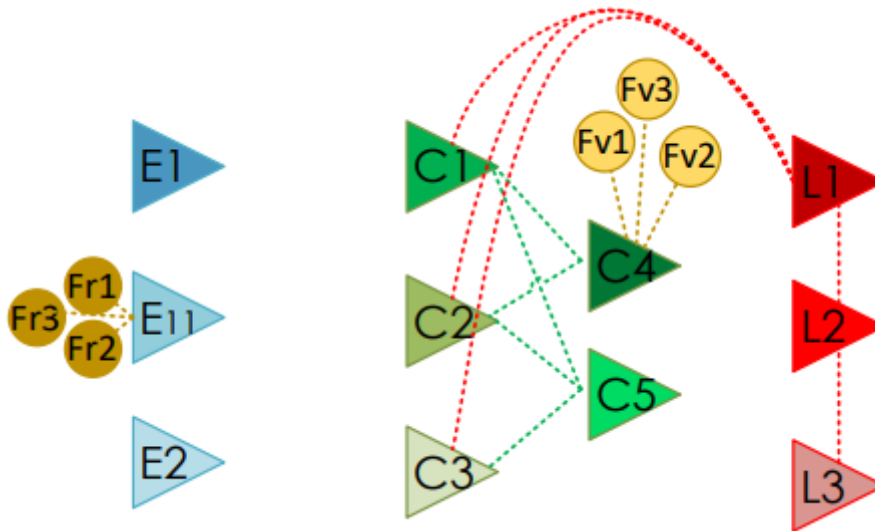
que la enfermedad respiratoria requiera hospitalización.

E1 O E11 Y C3

Persona con exposición por contacto estrecho sin protección individual o potencial múltiple/ sostenida a casos probables o confirmados de COVID-19 pero que aún es asintomática

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 9 de 114 |

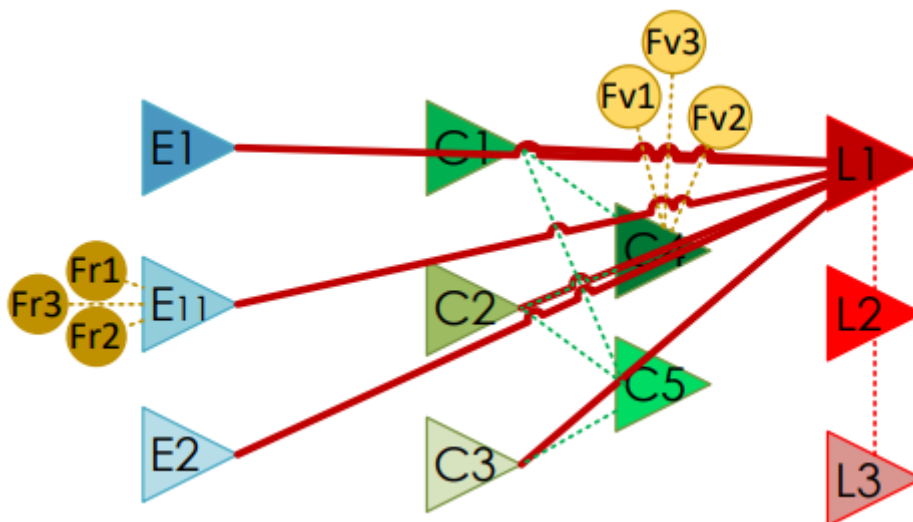
CASO PROBABLE



~L1


Es todo caso sospechoso con cuadro clínico y nexos epidemiológicos muy sugestivos, donde la prueba de laboratorio no se realizó o su resultado no es concluyente.

CASO CONFIRMADO



L1 (L2 o L3)

Es toda persona con confirmación de laboratorio de infección por el virus SARS-CoV-2, independientemente de los signos y síntomas clínicos, es decir, que puede darse en un caso sospechoso o en persona asintomática

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 10 de 114 |

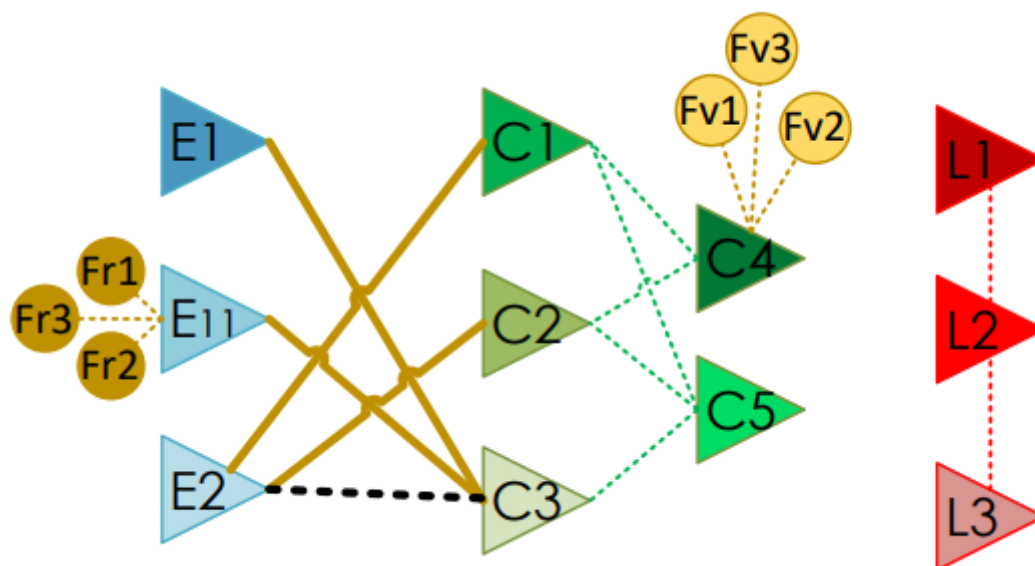
PROPUESTA 2

Una segunda propuesta toma como referencia la estructura de definiciones de caso de la OMS de julio 7 con las tres clases o tipos estándar de sospechosos, probables o confirmados describiendo la progresión entre sensible y específico. Igual que la primera propuesta, el punto de partida para la definición de casos son los módulos generales de los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Esta propuesta es adoptada en el Decreto 1474 de 2020 de PRASS.

En esta propuesta, el caso confirmado es equivalente al de la primera propuesta.

Los contactos asintomáticos se incluyen como casos sospechosos, con lo que es directo que todas las variables registradas sean las mismas que se consideran para la notificación de los casos.

CASO SOSPECHOSO




E2 Y C1 O C2

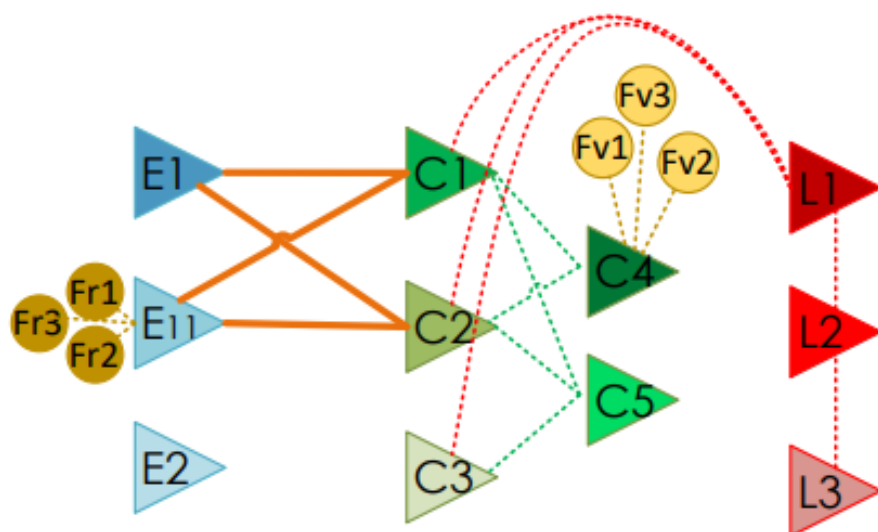
Persona expuesta por haber estado en un lugar con transmisión comunitaria o endémico o de brote, con o sin manifestaciones clínicas respiratorias o extra-respiratorias de COVID-19 de cualquier severidad y manifestaciones de laboratorio.

E1 O E11 Y C3

Persona con exposición por contacto estrecho sin protección individual o potencial múltiple/ sostenida a casos probables o confirmados de COVID-19 pero que aún es asintomática.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 11 de 114 |

CASO PROBABLE

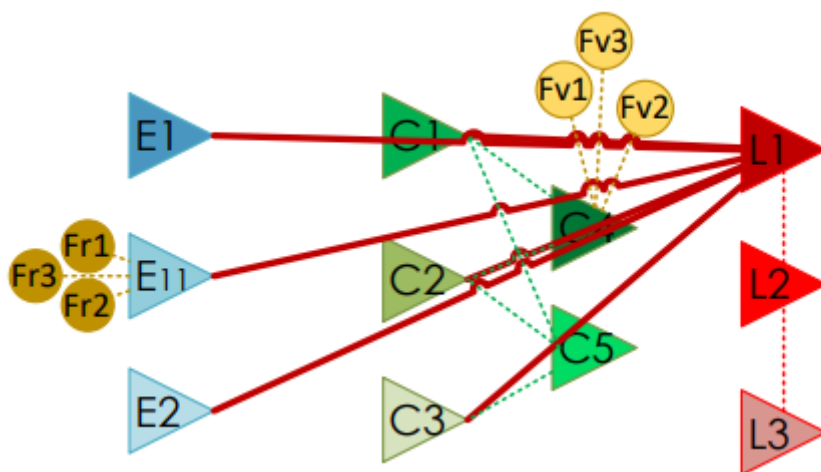


E1 O E11 Y C1 O C2

Persona con cualquier tipo de exposición individual o múltiple a casos confirmados con cualquier manifestación clínica respiratorias o extra-respiratorias de COVID-19 de cualquier severidad y manifestaciones de laboratorio clínico.


~L1 dudoso o no realizable por alguna razón

CASO CONFIRMADO



L1

Cualquier Expuesto E identificado o no, y/o con o sin manifestaciones clínicas respiratorias o extra-respiratorias de COVID-19 de cualquier severidad y manifestaciones de laboratorio clínico, en que haya resultados de confirmación etiológica de SARS-CoV-2 L1 (L2 o L3)

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 12 de 114 |

Los casos recuperados procedentes de la idea teórica de los modelos SIR, que por definición excluyen infectados o infectantes y no son ya susceptibles, más que implicar una nueva definición de caso, son estados de los diferentes tipos de caso que idealmente deberían llegar a ser siempre casos confirmados o descartados.


Dependiendo de los criterios para definir cada caso, podrían basarse en que dicho criterio también cese su presentación.

- En el caso del laboratorio, que las pruebas etiológicas se hagan negativas. De manera opcional, cuando las pruebas de laboratorio confirmatorias de infección activa no están disponibles de forma masiva, se puede definir periodos promedio de negativización, o hacer uso de pruebas de infección no activa con medición serial de títulos decrecientes de IgM por ejemplo.
- En caso de sintomáticos infecciosos según la literatura que indique con evidencia el periodo máximo y mínimo de infecciosidad con base en cuando cesen los síntomas. En este caso, más que recuperados debe hacerse el uso de sobrevivientes no infecciosos o con remisión de síntomas en cada caso

3.5. MEDIDAS GENERALES

De acuerdo con los criterios identificados en las personas se procederá así:

- 1- Valorar integralmente al paciente aplicando las medidas de precaución estándar, utilizando los elementos de protección personal que incluye máscara de alta eficiencia para el personal tratante.
- 2- Aplicar las medidas de aislamiento al paciente. Tanto aislamiento de contacto como aislamiento por gotas de forma inmediata, ya sea en el triage durante el primer contacto en urgencias o en el proceso establecido por el prestador sobre las consultas programadas.
- 3- Notificar inmediatamente el caso en la ficha epidemiológica completamente diligenciada de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y lo descrito previamente en este documento.
- 4- Tomar la muestra para confirmar o descartar COVID-19, para remitir de forma inmediata al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (junto con la ficha epidemiológica completamente diligenciada), quién a su vez remitirá al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud o a los laboratorios definidos para esta prueba por la Secretaría de Salud departamental o distrital.
- 5- Aplicar el tratamiento según el caso. Es importante resaltar que hasta el momento no existe tratamiento específico para ningún coronavirus, por lo que el tratamiento del COVID-19 es sintomático.
- 6- Brindar las recomendaciones de uso de medidas preventivas para los contactos.
- 7- El médico que atiende el caso evaluará el riesgo del paciente para definir su internación o su manejo en el domicilio.
- 8- Deberá considerarse la internación de las personas con alguna de las siguientes condiciones:


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 13 de 114 |

- Cualquier condición socioeconómica o geográfica que impida realizar el seguimiento o el aislamiento domiciliario de la persona.
 - El paciente no es lo suficientemente estable como para recibir atención en el hogar.
 - Los cuidadores no son apropiados y no están disponibles en el hogar.
 - El paciente y otros miembros del hogar no tienen acceso a equipo de protección personal apropiado y recomendado (como mínimo, guantes y mascarilla) y no son capaces de adherirse a las precauciones recomendadas como parte del cuidado del hogar o aislamiento (por ejemplo, higiene respiratoria y etiqueta de tos, higiene de manos).
 - Hay miembros del hogar que pueden estar en mayor riesgo de complicaciones de la infección por COVID19 (Ej.: personas > 60 años, niños pequeños, mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas o que tienen enfermedades crónicas, afecciones cardíacas, pulmonares o renales).
- 9- Continuar el abordaje institucional del caso, en internación y con las medidas de aislamiento respectivas según severidad, condición clínica y hasta descartar COVID-19.
 - 10- En caso de COVID-19 confirmado por laboratorio, se debe prolongar la hospitalización por 7 días mínimo según las condiciones del paciente.
 - 11- Egreso según criterio médico con recomendaciones generales sobre aislamiento por gotas, prevención para contactos, ventilación y limpieza de áreas y superficies, lavado frecuente de manos y la identificación de los siguientes signos de alarma para acudir de inmediato al servicio de salud: - Respiración más rápida de lo normal. - Fiebre de difícil control por más de dos días. - Si el pecho le suena o le duele al respirar. - Somnolencia o dificultad para despertar. - Ataques o convulsiones. - Decaimiento. - Deterioro del estado general en forma rápida.
 - 12- Generar el seguimiento epidemiológico diario desde la EAPB y la Entidad Territorial de Salud.
 - 13- Si se define internación la atención debe darse como en las personas con criterios de caso 1.

4. REGISTRO DE MORBILIDAD

En la práctica médica se puede observar un espectro amplio de manifestaciones clínicas asociadas con el nivel de gravedad por COVID-19, desde enfermedad leve no complicada hasta cuadros clínicos severos de dificultad respiratoria y falla multiorgánica. De ahí que, se puede registrar desde un signo o síntoma leve como el dato más relevante para describir la enfermedad, hasta entidades nosológicas derivadas del compromiso del aparato respiratorio o sistémico. Según el consenso colombiano para el manejo de COVID-19, la enfermedad puede presentarse como enfermedad leve con síntomas inespecíficos, neumonía leve, neumonía grave, Síndrome de Dificultad Respiratoria Agudo (SDRA leve, moderado y grave); Sepsis o Shock séptico.

En el caso de pacientes sintomáticos respiratorios sospechosos o asintomáticos con historia de exposición, que sean descartados para COVID-19 por laboratorio o por clínica al finalizar el periodo de aislamiento y observación, o incluso, en pacientes hospitalizados, se debe registrar el diagnóstico diferencial que el médico indique y el termino Observación y evaluación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones, descartadas, específicamente el código Z038.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 14 de 114 |

Para cada una de las situaciones que corresponda según el caso, se debe registrar en los campos de diagnósticos principal y relacionados, como se describe a continuación:

CASO CONFIRMADO de COVID-19 en persona asintomática con resultado de laboratorio positivo, con o sin historia de exposición.


| Diagnostico | Código CIE-10 | Descripción código diagnóstico |
|---------------------------|--------------------|--|
| Diagnóstico principal | U071 | COVID-19 (virus identificado) |
| Diagnóstico relacionado 1 | Código que aplique | Registrar Comorbilidad preexistente si la hubiese (enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios) |
| Diagnóstico relacionado 2 | Z208 | Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles |
| Diagnóstico relacionado 3 | Z290 Z017 | Aislamiento Examen de laboratorio |

CASO CONFIRMADO de COVID-19 en persona con síntomas respiratorios agudos y con resultado de laboratorio positivo, con o sin historia de exposición.

| Diagnostico | Código CIE-10 | Descripción código diagnóstico |
|---------------------------|---|--|
| Diagnóstico principal | U071 | COVID-19 (virus identificado) |
| Diagnóstico relacionado 1 | J00-J22; J80 R00-R99 (cód. que aplique) | Registrar Enfermedad respiratoria específica, como Neumonía viral leve o grave, Dificultad Respiratoria Aguda; o, signo o síntoma presente más severo o importante |
| Diagnóstico relacionado 2 | Código que aplique | Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19 |
| Diagnóstico relacionado 3 | Z208 Z290 Z017 | Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles Aislamiento Examen de laboratorio |

CASO PROBABLE O SOSPECHOSO de COVID-19 en persona que presente síntomas respiratorios agudos y con resultado de laboratorio negativo o no concluyente, con o sin historia de exposición.

| Diagnostico | Código CIE-10 | Descripción código diagnóstico |
|-------------|---------------|--------------------------------|
|-------------|---------------|--------------------------------|


| | | | |
|--|--------------------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 15 de 114 |
| Diagnóstico principal | U072 | COVID-19 (virus no identificado) | |
| Diagnóstico relacionado 1 | Z208 | Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles | |
| Diagnóstico relacionado 2 | Código que aplique | Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19. | |
| Diagnóstico relacionado 3 | Z290 Z017 | Aislamiento Examen de laboratorio | |

CASO DESCARTADO de COVID-19, en personas con síntomas de enfermedad respiratoria aguda y con prueba de laboratorio negativa.

| Diagnostico | Código CIE-10 | Descripción código diagnóstico |
|---------------------------|---|--|
| Diagnóstico principal | J00-J22; J80 R00-R99 (cód. que aplique) | Registrar Enfermedad respiratoria específica, como Neumonía viral leve o grave, Dificultad Respiratoria Aguda; o signo o síntoma presente más severo o importante. |
| Diagnóstico relacionado 1 | Z038 | Observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones |
| Diagnóstico relacionado 2 | Z115 (si aplica) | Examen de pesquisa especial para otras enfermedades virales |
| Diagnóstico relacionado 3 | Z208 Z290 | Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles Aislamiento |


CASO DESCARTADO de COVID-19, en persona preocupada por la enfermedad, que luego de la evaluación clínica no amerita investigaciones adicionales

| Diagnostico | Código CIE-10 | Descripción código diagnóstico |
|---------------------------|---------------------|---|
| Diagnóstico principal | Z711 | Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico. |
| Diagnóstico relacionado 1 | Z115 (si aplica) | Examen de pesquisa especial para otras enfermedades virales |

| | | | |
|--|---------------------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 16 de 114 |
| Diagnóstico relacionado 2 | Z290 (si aplica) | Aislamiento | |
| Diagnóstico relacionado 3 | | | |

Para efectos del seguimiento y análisis de la atención en salud a los casos de COVID-19 descritos, a continuación se describen algunos de los procedimientos en salud trazadores, sin perjuicio del registro obligatorio de todos los servicios y tecnologías en salud realizados que debe ser consignados en los diferentes registros de atenciones, de conformidad con los términos descritos en la Resolución 3495 de 2019 modificada por la Resolución 537 del 31 de marzo de 2020, u otra norma que la modifique o sustituya.


| Procedimiento | Código CUPS Código DCI/ATC | Descripción del procedimiento / medicamento |
|---------------|----------------------------------|--|
| No Quirúrgico | A30002 | Recolección, análisis y notificación inmediata de casos confirmados de eventos bajo vigilancia intensificada |
| No Quirúrgico | A32009 | Infección Respiratoria Aguda Viral Determinación |
| No Quirúrgico | A32010 | Infección Respiratoria Aguda Viral Tipificación |
| No Quirúrgico | 908856 | Identificación de otro Virus (Especifica) por Pruebas Moleculares |
| No Quirúrgico | 906270 | SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G |
| No Quirúrgico | 906271 | SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M |
| No Quirúrgico | 906340 | SARS CoV 2 [COVID-19] ANTÍGENO |
| No Quirúrgico | 906234 | Influenza Tipo A Anticuerpos Ig G |
| No Quirúrgico | 906235 | Influenza Tipo A Anticuerpos Ig M |
| No Quirúrgico | 906236 | Influenza Tipo B Anticuerpos Ig G |
| No Quirúrgico | 906237 | Influenza Tipo B Anticuerpos Ig M |
| No Quirúrgico | 906253 | Virus Sincitial Respiratorio Anticuerpos Ig G |
| No Quirúrgico | 906254 | Virus Sincitial Respiratorio Anticuerpos Ig M |
| No Quirúrgico | 901219 | Cultivo Para Virus |
| No Quirúrgico | 906329 | Virus Sincitial Respiratorio Antígeno |
| No Quirúrgico | 890101 | Atención (Visita) Domiciliaria, Por Medicina General |
| No Quirúrgico | 890102 | Atención (Visita) Domiciliaria, por Medicina Especializada |
| No Quirúrgico | 890105 | Atención (Visita) Domiciliaria, por Enfermería |
| No Quirúrgico | 890112 | Atención (Visita) Domiciliaria, por Terapia Respiratoria |
| No Quirúrgico | 890115 | Atención (Visita) Domiciliaria por Equipo Interdisciplinario |
| No Quirúrgico | 890116 | Atención (Visita) Domiciliaria por otro Profesional de la Salud |
| No Quirúrgico | 890601 | Cuidado (manejo) Intrahospitalario por medicina general |
| No Quirúrgico | 890201 | Consulta de primera vez por medicina general |
| No Quirúrgico | 890263 | Consulta de primera vez por especialista en medicina familiar |
| No Quirúrgico | 890271 | Consulta de primera vez por especialista en neumología |
| No Quirúrgico | 890283 | Consulta de primera vez por especialista en pediatría |
| No Quirúrgico | 890266 | Consulta de primera vez por especialista en medicina interna |

| | | | |
|--|-----------|---|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 17 de 114 |
| No Quirúrgico | 890272 | Consulta de primera vez por especialista en neumología pediátrica | |
| No Quirúrgico | 890466 | Interconsulta por especialista en medicina interna | |
| No Quirúrgico | 890483 | Interconsulta por especialista en pediatría | |
| No Quirúrgico | 890454 | Interconsulta por especialista en infectología | |
| No Quirúrgico | 890471 | Interconsulta por especialista en neumología | |
| No Quirúrgico | 890472 | Interconsulta por especialista en neumología pediátrica | |
| No Quirúrgico | 890602 | Cuidado (manejo) Intrahospitalario por medicina especializada | |
| No Quirúrgico | 10B001 | Internación complejidad baja, en habitación unipersonal (incluye aislamiento) | |
| No Quirúrgico | 10M001 | Internación complejidad media en habitación unipersonal (incluye aislamiento) | |
| No Quirúrgico | 10A001 | Internación complejidad alta en habitación unipersonal (incluye aislamiento) | |
| No Quirúrgico | 108A01 | Internación en unidad de cuidado intensivo neonatal | |
| No Quirúrgico | 109A01 | Internación en unidad de cuidado intensivo pediátrico | |
| No Quirúrgico | 110A01 | Internación en unidad de cuidado intensivo adultos | |
| No Quirúrgico | 939000 | Respiración de presión positiva continua [RPPC] sod | |
| No Quirúrgico | 939100 | Respiración de presión positiva intermitente [RPPI] sod | |
| No Quirúrgico | 396501 | Oxigenación extracorpórea de membrana [ECMO] | |
| Quirúrgico | 898301 | Autopsia [Necropsia] Completa. Incluye disección, viscerotomía y formolización del cadáver; aquella para confirmar fiebre amarilla, hepatitis b, hepatitis d, leishmaniosis visceral y dengue hemorrágico, rabia, entre otras patologías de interés en salud pública. | |
| Quirúrgico | 898302 | Autopsia [necropsia] parcial (viscerotomía). Incluye aquella para confirmar fiebre amarilla, hepatitis b, hepatitis d, leishmaniosis visceral y dengue hemorrágico, rabia, entre otras patologías de interés en salud pública | |
| Quirúrgico | 898303 | Estudios anatomopatológicos post mórtem de órganos o tejidos. Incluye órganos o tejidos extraídos en tiempo diferente al estudio anatomopatológico. Excluye disección y viscerotomía (898302) | |
| Quirúrgico | 898304 | Estudios anatomopatológicos post mórtem de feto y placenta. Excluye estudios aislados de placenta y saco amniótico (89.8.2.) | |
| Medicamentos | | De acuerdo con la guía de manejo publicada por MINSALUD | |

REGISTRO DE MORTALIDAD

El registro de causa de muerte por COVID-19 se hará utilizando, tanto el código "U07.1 COVID-19, virus identificado" para casos confirmados, como el código "U07.2 COVID-19, virus no identificado" para casos probables y sospechosos.

COVID-19 se informa en un certificado de defunción como cualquier otra causa de muerte.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 18 de 114 |

Para llenar/completar un certificado de defunción, no se necesita una orientación especial. La infección respiratoria puede evolucionar a neumonía que puede evolucionar a insuficiencia respiratoria y otras consecuencias. La comorbilidad potencialmente contribuyente (problema del sistema inmunitario, enfermedades crónicas u otra), se informa en la parte 2 del certificado.

REGISTRO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

El registro y codificación de COVID-19 en los registros de vigilancia utilizarán tanto el código "U07.1 COVID-19, virus identificado" para casos confirmados, como el código "U07.2 COVID-19, virus no identificado" para casos probables y sospechosos.


Independientemente de los ajustes en las definiciones operativas para la Vigilancia en Salud Pública, en la medida que avanza la pandemia en el país, para efectos de la codificación de la morbilidad y mortalidad, téngase en cuenta las definiciones recomendadas por la OMS:

- El caso CONFIRMADO es una persona con confirmación de laboratorio de infección con el virus COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos.
- Los casos SOSPECHOSOS son:
 - a. paciente con enfermedad respiratoria aguda (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar) Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica Y una historia de viaje a o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas, o
 - b. paciente con alguna enfermedad respiratoria aguda Y que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable de enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas, o
 - c. paciente con infección respiratoria aguda grave (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar) Y que requiere hospitalización Y que no tiene otra etiología que explique completamente el cuadro clínico.
- El caso PROBABLE es un caso sospechoso para quien el informe de las pruebas de laboratorio para el virus COVID-19 no es concluyente.

5. TOMA DE MUESTRAS

RECUERDE SIEMPRE USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Las muestras recomendadas son las del tracto respiratorio inferior, incluidos el esputo, el lavado bronco alveolar y el aspirado traqueal (cuando sea posible según los criterios médicos). Sin embargo, cuando

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 19 de 114 |


la toma de una muestra del tracto respiratorio inferior no es posible, las muestras del tracto respiratorio superior también son útiles. En general, se recomienda la toma de hisopados nasofaríngeo y orofaríngeo combinados (los hisopos deben colocarse y transportarse en un mismo tubo con medio de transporte viral). Aunque no se recomienda el muestreo de contactos asintomáticos de forma rutinaria, si se considera necesario de acuerdo con las guías nacionales, se deben considerar la toma muestras de las vías respiratorias superiores para este tipo de muestreo.

Hisopados:

Recolectar con hisopos con punta sintética (por ejemplo, poliéster o Dacron®) y mango plástico en mínimo 1.5 ml de Medio de transporte viral (MTV). No use hisopos con alginato de calcio o hisopos de madera, debido a que estos pueden contener sustancias que son tóxicas en técnicas como el aislamiento viral en cultivos celulares o inhiben las pruebas moleculares de PCR.

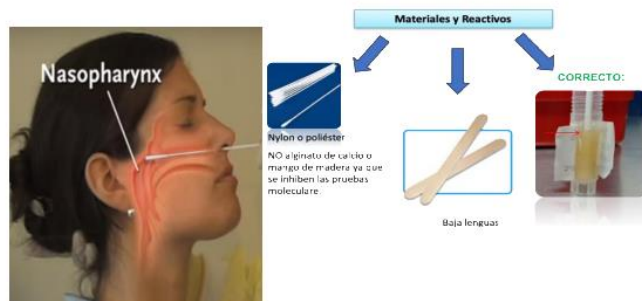
Ejemplo: Hisopados nasofaríngeos, hisopados combinados nasofaríngeo y nasal

1. Póngase los guantes y destape el hisopo.
2. Incline al paciente en un ángulo de 45 grados
3. Pida al paciente que abra la boca y saque la lengua repitiendo reiteradamente la letra “A” con el fin de mantener la faringe cerrada.
4. Con la ayuda de una baja lengua presione la lengua. La manipulación en este momento de la recolección de muestra es de gran importancia para evitar que la lengua interfiera, y también para evitar la contaminación que de ella se derive.
5. Lleve el hisopo hasta el fondo de la orofaringe y rótelos por la parte posterior de las tonsilas (amígdalas), y a la vez de arriba hacia abajo, con el fin de obtener el mayor número de células.
6. Posteriormente el hisopo debe colocarse en un vial de plástico que contiene de 1,5 ml de medio de transporte viral (MTV), cortando el resto del escobillón para que permita tapar adecuadamente el vial con la muestra.
7. Finalmente marque el recipiente de la muestra con la fecha de la recolección y el nombre del paciente.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 20 de 114 |




Fuente: Grupo de Virología - SRNL



Las muestras de hisopados faríngeos deben ser recolectadas en medio de transporte de viral (MTV) mínimo en un volumen de 1,5ml y se les debe dejar el escobillón dentro del MTV, para que los LSP o el INS con capacidad de proceso, sean los responsables de retirar este escobillón y así continuar con el debido procedimiento de IFI o de PCR; muestras que envíen como muestras de hisopados en solución salina no serán procedas por el INS o por el LSP.

Aspirado Nasofaríngeo: Aspirado nasofaríngeo, Aspirado endotraqueal:



| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 21 de 114 |


Muestra de aspirado nasofaríngeo



1. Utilice una sonda de calibre 8, para adultos, solución salina y una jeringa de 10 ml.
2. Mida la distancia entre el lóbulo auricular y la punta de la nariz del paciente, que será la longitud a introducir de la sonda.
3. Verifique la permeabilidad de las fosas nasales
4. Utilice la fosa nasal más permeable para realizar la aspiración.
5. Lubrique la punta de la sonda con la solución salina
6. Introduzca 5.0 ml de solución salina estéril (pH: 7.0) en una de las fosas nasales utilizando una jeringa unida a la sonda nasofaríngea hasta la medida indicada o hasta que se produzca la tos.
7. Aspire todo el material de la secreción nasofaríngea que sea posible, lo mínimo que debe aspirar es 3 ml del contenido destilado
8. Agregue la muestra al vial estéril.
9. Enjuague la jeringa en el vial estéril.
10. Repita el procedimiento con la otra ventana nasal.
11. Coloque la muestra en el vial que contiene de 2 ml de solución salina
12. Marque el recipiente de la muestra con la fecha de la recolección, el número del consecutivo y el nombre del paciente.

Lavados Nasal o Broncoalveolar

1. Se aconseja al paciente sentarse con la cabeza ligeramente inclinada de atrás para adelante diciendo "K" mientras se realizan lavados con solución salina, la cual se aplica en la ventana nasal con una pipeta de transferencia.
2. Posteriormente el paciente inclina la cabeza hacia delante.
3. Se recoge la muestra en recipiente con tapa de rosca.
4. El proceso es repetido alternando las fosas nasales hasta recolectar un total de 10 - 15 ml de lavado.
5. Luego se realiza una dilución 1:2 de 3 ml de lavado. Marque el recipiente de la muestra con la fecha de la recolección y el nombre del paciente.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 22 de 114 |

Nota: Si no es posible tomar las muestras del tracto respiratorio inferior (lavado bronco alveolar y el aspirado traqueal), se deberán tomar del tracto respiratorio superior y cada tubo deberá contener HISOPADO FARINGEO Y NASOFARÍNGEO. Dado el caso que PERFECT BODY MEDICAL CENTER no tenga la disponibilidad del panel viral y bacteriano, se tomará solo para el envío al LSP colaborador o LNR del INS.

Tipo de muestra, conservación, almacenamiento y transporte:


Todas las muestras clínicas deben conservarse a temperatura de refrigeración es decir entre -2 a 8°C, sino es así, es decir si van a ser procesadas o enviadas al LSDP o al INS después de las 48 horas se deben conservar congeladas (-70°C). El transporte de las muestras debe realizarse con geles o pilas congeladas, temperaturas superiores a 8°C degradan la partícula viral, obteniéndose falsos negativos. Muestras que lleguen al INS con temperaturas superiores a 8°C, no serán procesadas.

Para el transporte de muestras debe usarse el sistema básico de Triple Empaque. De acuerdo a las normativas vigentes para el transporte seguro de sustancias infecciosas. Guía sobre la reglamentación relativa al transporte de sustancias infecciosas 2019–2020.

El embalaje debe constar de tres componentes:

- A) Recipiente principal o primario hermético: es el que contiene la muestra
- B) Embalaje secundario/contenedor secundario hermético: debe ser resistente y anti fugas
- C) Embalaje exterior rígido adecuado: cuenta con una superficie de una dimensión de al menos 10 cm x 10 cm.



| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 23 de 114 |



Embalaje/envasado y etiquetado de sustancias infecciosas de la categoría B, según normas IATA

Las muestras deben ir acompañadas de un conjunto mínimo de datos para que el laboratorio pueda tomar la decisión de cuáles son las pruebas diagnósticas más adecuadas e interpretar los resultados.

Los datos más importantes son:

- Nombre y Apellidos
- Fecha del comienzo de los primeros síntomas Fecha de Toma de las Muestras
- Tipo de Muestra (Aspirado nasofaríngeo, lavado broncoalveolar, Necropsia etc.)


6. MANEJO CLÍNICO

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

5.1 Diagnóstico

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

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

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 24 de 114 |

CRITERIOS TÉCNICOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y PRUEBAS RÁPIDAS SEROLÓGICAS PARA LA ENFERMEDAD COVID-19

A continuación, se establecen las definiciones y los criterios de uso para pruebas diagnósticas y pruebas rápidas, según lo establecido en la Circular 19 del 2020.

Tipos de pruebas

Los principales tipos de pruebas para el diagnóstico molecular y pruebas rápidas serológicas de COVID-19 son:

Pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos

Son las pruebas moleculares, que se basan en la detección del ácido ribonucleico (ARN) del SARS-CoV2 mediante ensayos de RT-PCR, fundamentada en la amplificación del genoma del virus.

Es la prueba recomendada tanto para el seguimiento epidemiológico, como para la evaluación de pacientes en los ensayos de diagnóstico y de evaluación de intervenciones. La prueba de PCR en tiempo real con transcriptasa reversa (RT PCR), está basada en la obtención de ADN complementario (cADN) desde una cadena de ARN mediante la transcripción reversa (RT por sus siglas en ingles), luego se detectan pequeñas secuencias del genoma viral mediante PCR en tiempo real.


Existen varios protocolos, desde el primero reportado (Corman, 2020) por el Instituto de Virología de Charité (Berlín, Alemania) hasta las estandarizadas en Tailandia, Japón, China, Corea, y el diseñado por los CDC (por sus siglas en inglés Centers for Disease Control and Prevention) de EE. UU. (US HHS, 2020). Estas pruebas detectan la presencia directa del virus y han demostrado alta sensibilidad y especificidad, no han mostrado reactividad cruzada con otros coronavirus, ni otros virus respiratorios estacionales; además pueden ser usadas en cualquier contexto. La carga viral disminuye luego de la fase aguda de la enfermedad, por esto después del séptimo día (y entre más cercana al día 14º luego de inicio de síntomas) puede encontrarse falsos negativos.

Pruebas de detección de Antígeno

Es un método de diagnóstico alternativo para SARS-CoV-2 (COVID-19), que consiste en la detección de proteínas de la nucleocápside del virus, capta esas partículas con menos de 1000 copias del virus a diferencia de la RT-PCR que requiere al menos 10 veces más de copias para detectar el material genético de este. En menos de 30 minutos se obtiene el resultado y tiene facilidad en su uso y en la implementación en los Laboratorios. Se ha demostrado una alta sensibilidad y una muy buena especificidad en las validaciones realizadas en el país. La muestra que se requiere para estas pruebas es a través de hisopado naso faríngeo. Ha sido aplicable en otros países como Corea a nivel comunitario, clínicas ambulatorias, puntos de aislamiento y en hospitales. Esta prueba ha demostrado mejor rendimiento en infección temprana, es decir específicamente antes de los 11 días.

Pruebas basadas en la detección de anticuerpos.

Los estudios serológicos pueden ayudar a la investigación de un brote o conglomerado en curso, con la

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 25 de 114 |

evaluación retrospectiva de la tasa de ataque o en casos donde las pruebas moleculares fueran negativas y existe un fuerte vínculo epidemiológico. Igualmente pueden constituirse en ayuda diagnóstica en los casos con cuadros clínicos altamente sugestivos dados por imágenes diagnósticas, aumento de dímero D, Proteína C Reactiva, ferritina y LDH, linfopenia y trombocitopenia.

Se conoce que la primera línea de defensa durante las infecciones virales es la inmunoglobulina M (IgM) antes de la generación de inmunoglobulina (IgG) como respuesta adaptativa que son de mayor afinidad y son importantes para la inmunidad a largo plazo y la memoria inmunológica, por esta razón la metodología a utilizar para la detección de anticuerpos debería diferenciar entre IgM e IgG para mejor diferenciación entre los estadios de la enfermedad y detectar más de casos en fase aguda o convalecientes.

Identificar la cinética de la respuesta inmune contra el COVID-19 es determinante en la evolución de la enfermedad y un apoyo para su diagnóstico. Cada vez se conoce más al respecto, pero faltan estudios que detallen esta información, pues se ha observado variabilidad en la generación de anticuerpos en diferentes poblaciones de asintomáticos y sintomáticos, entre estos últimos varía de acuerdo con la severidad, comorbilidades, edad, historial de infección, entre otros factores. (Documento Generalidades de pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2 – INS. 2020).


Para la detección de anticuerpos se registra el uso de tres metodologías: i) Inmunocromatografía (pruebas rápidas en casete; ii) Inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y iii) quimioluminiscencia (CLIA). Sin embargo, aún no es claro el debido uso de estas últimas.

• Ensayos de flujo lateral inmunocromatográfico (pruebas rápidas):

Es un ensayo cualitativo. Se desarrolla en un dispositivo portátil al cual se le coloca un volumen de muestra aproximado entre $10 \pm 5 \mu\text{L}$, esta es absorbida por una almohadilla y posteriormente con ayuda de buffer tampón de corrida es transportada mediante flujo lateral cromatográfico a través de una tira de nitrocelulosa.

En el extremo principal de la tira se encuentra dispuesto un conjugado formado por un reactivo colorimétrico (usualmente oro coloidal) que se conjuga, dependiendo el método de fábrica, ya sea con antígenos virales o con anticuerpos anti IgG o IgM humano, si la muestra analizada contiene anticuerpos contra el virus estos reconocerán el antígeno viral uniéndose a este, o si se parte de anticuerpos anti IgG o IgM humano los anticuerpos de la muestra serán reconocidos por estos, este conjugado seguirá transportándose por la tira hasta llegar a una zona donde los conjugados son capturados por antígenos virales o anticuerpos anti IgG o IgM humano dependiendo la nominación del kit o el tipo de conjugado, al retener estos se vuelven visibles al ojo humano formando una banda de color.

El resto de las partículas sigue transportándose por la tira hasta la zona de control en el borde inferior de la membrana, alcanzada esta, será visible una banda de color la cual indica que la muestra se

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 26 de 114 |

desplazó hasta el final del dispositivo indicando ser una prueba válida, si esta banda no es visible la prueba queda invalidada (Figura 1A y B).

Se ha evidenciado que estas pruebas pueden dar falsos negativos y falsos positivos, esto debido a diferentes factores. Los falsos negativos están principalmente asociados al curso natural de la enfermedad dependiendo de la respuesta inmune individual, si la prueba se realiza antes de los primeros 11 días luego del inicio de los síntomas es probable que arroje falsos negativos por que las concentraciones de anticuerpos en sangre no son detectados, dependiendo de la gravedad de la enfermedad; de igual forma se ha observado que hay diferencia significativa en la producción de anticuerpos en personas asintomáticas, por lo que hasta ahora con las pruebas disponibles en el país, las pruebas rápidas para detección de anticuerpos, no son adecuadas para los que no tienen síntomas, porque no han evidenciado adecuada sensibilidad ni especificidad al aplicarlas. Los falsos positivos se presentan por reacciones cruzadas de anticuerpos que reconocen antígenos virales similares debido a las regiones conservadas entre coronavirus

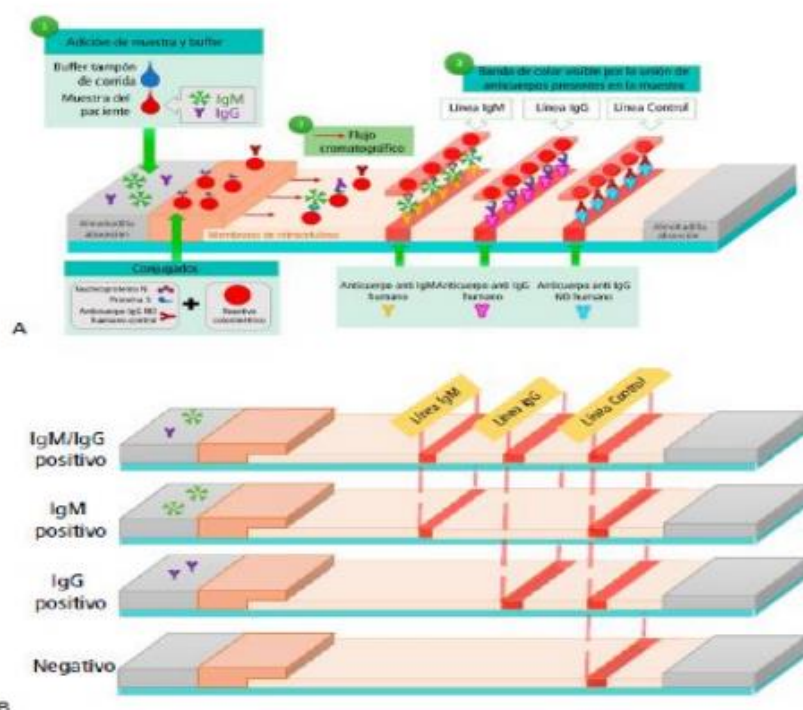



Figura1. Esquemización de prueba rápida de flujo inmunocromatográfico para la detección de anticuerpos IgM e IgG. A) Fundamento del método. B) Lectura de resultados prueba rápida.

Fuente: Documento generalidades de pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2 – INS. 2020.


• Inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA)

Es un ensayo semicuantitativo, al permitir dar un resultado relativo de la concentración de anticuerpos mediante dilución de la muestra (titulación de anticuerpos). Existen tres diferentes tipos de ELISA directo, indirecto y tipo sándwich, para la detección de anticuerpos los utilizados son los dos últimos.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 27 de 114 |

Esta técnica se realiza en placas de microtitulación. Para el ELISA indirecto los pozos de la placa se recubren con antígeno del virus, posteriormente se adiciona la muestra del paciente, si los anticuerpos están presentes en la muestra se unirán a los antígenos fijados previamente, luego de esto se añade un conjugado conformado por una enzima (Ej. peroxidasa) unida de forma covalente a un anticuerpo que reconoce la inmunoglobulina que de estar presente se unirá, y finalmente se adiciona al pozo un sustrato cromógeno el cual reacciona con la enzima del conjugado y produce un cambio de color, el cual es medible con un equipo específico de lectura (espectrofotómetro). El ELISA tipo sándwich es una variación del ELISA directo, los antígenos del virus no están directamente fijados a la superficie de la placa de microtitulación, sino que se encuentran unidos a anticuerpos específicos de los virus fijados con anterioridad a la placa (Figura 2).

Estas pruebas permiten dar un resultado relativo de la concentración de anticuerpos mediante dilución de la muestra dando un resultado de titulación. Para cada montaje se colocan controles positivos y negativos para validar que el montaje fue adecuado. La mayoría de los estudios que evalúan la cinética de producción de anticuerpos frente a COVID-19 han utilizado esta metodología, usando antígenos recombinantes de la proteína S del virus dominio de unión al receptor (RBD) y proteína N, observando una mayor sensibilidad mediante esta técnica.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 28 de 114 |

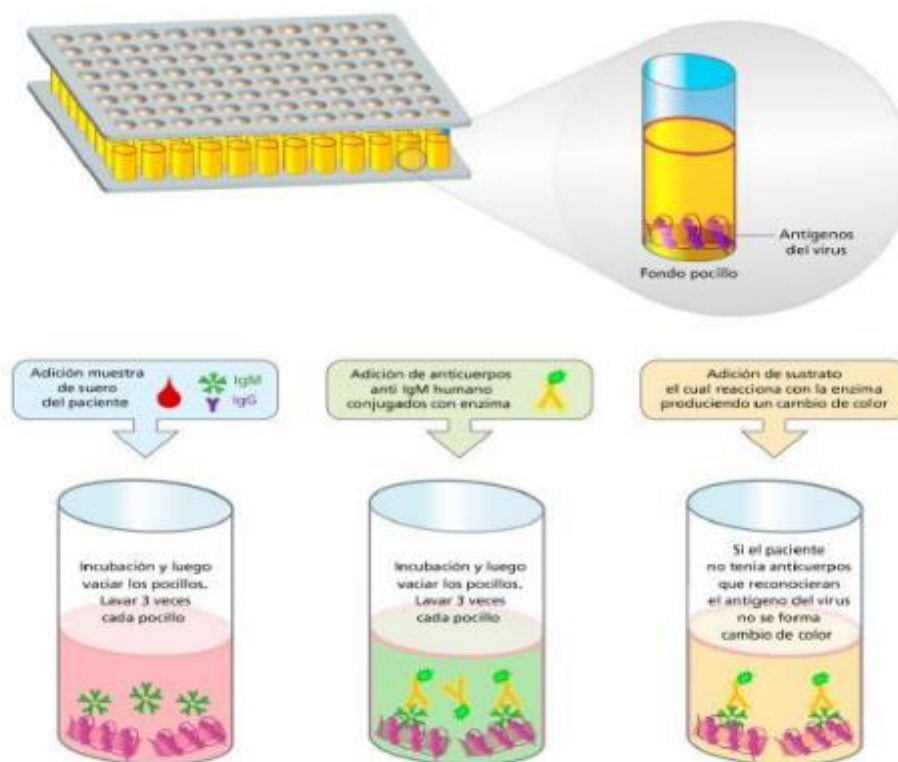



Figura2. Esquemización de los pasos del ELISA indirecto.

Fuente: Documento generalidades de pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2 – INS. 2020.

• Quimioluminiscencia (CLIA)

Este ensayo tiene como base el mismo fundamento de la prueba ELISA anteriormente explicada, estas dos se diferencian principalmente por el método usado en la detección de la reacción final, la enzima usada en el ELISA reacciona con un sustrato cromógeno y produce un cambio de color visible, a diferencia la enzima usada en el CLIA produce una reacción quimioluminiscente (sustrato luminiscente) emitiendo fotones produciendo luz en vez de un cambio de color. Esta tiene más ventajas siendo mucho más sensible pues permite la detección de concentraciones de anticuerpo más bajas, los sustratos utilizados tienen una vida útil mayor y los tiempos de incubación son más reducidos que en los métodos de ELISA. Su lectura solo puede realizarse con un lector de quimioluminiscencia.

Debido a la contingencia actual por COVID -19 se ha incrementado la oferta de pruebas de todo tipo en los países; sin embargo, es importante resaltar que para las pruebas serológicas se recomienda que cuenten con la validación respectiva.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 29 de 114 |

MOMENTOS DE LA INFECCIÓN EN EL QUE SON ÚTILES LAS DIFERENTES PRUEBAS

En casos asintomáticos, de acuerdo con lo reportado en la literatura científica, se ha observado que la producción de anticuerpos es poco detectable en la mayoría de estos pacientes sin síntomas, obteniendo pruebas negativas tanto para IgM como para IgG.

En cambio, los casos sintomáticos producen anticuerpos detectables en promedio entre el día 7 y 14 posterior al inicio de los síntomas, aunque se han reportado casos con producción de anticuerpos desde el primer día de síntomas y en algunos casos graves se producen anticuerpos semanas después. En los estudios realizados, la diferencia en el tiempo entre la producción de IgM seguida de IgG es entre 1 y 9 días e incluso se ha detectado producción al mismo tiempo (Figura 3 y 4).

Las pruebas rápidas no se deben usar como prueba en el diagnóstico. Hablan de exposición y probable infección por SARS CoV2 / COVID-19 Su uso individual debe ser efectuado cuando se sospecha de un caso positivo, basado en antecedentes epidemiológicos o de forma racional junto con datos clínicos, bajo condiciones de bioseguridad al momento de tomar la muestra y la necesidad de acompañamiento de pruebas moleculares que permitan determinar de forma general el curso de la enfermedad de acuerdo con la cinética de anticuerpos y el estado de infectividad del individuo. Muy importante tener en cuenta que se deben utilizar solo si la persona ha presentado síntomas y aplicar por encima del día 11 luego del inicio de estos (Documento generalidades de pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2 – INS. 2020).

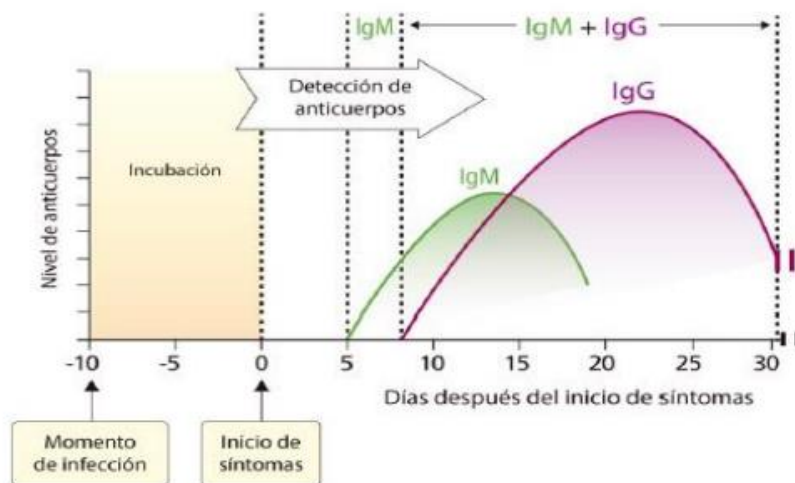



Figura 3. Representación de la cinética de producción de anticuerpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2.
Fuente: Documento generalidades de pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2 – INS. 2020.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 30 de 114 |

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

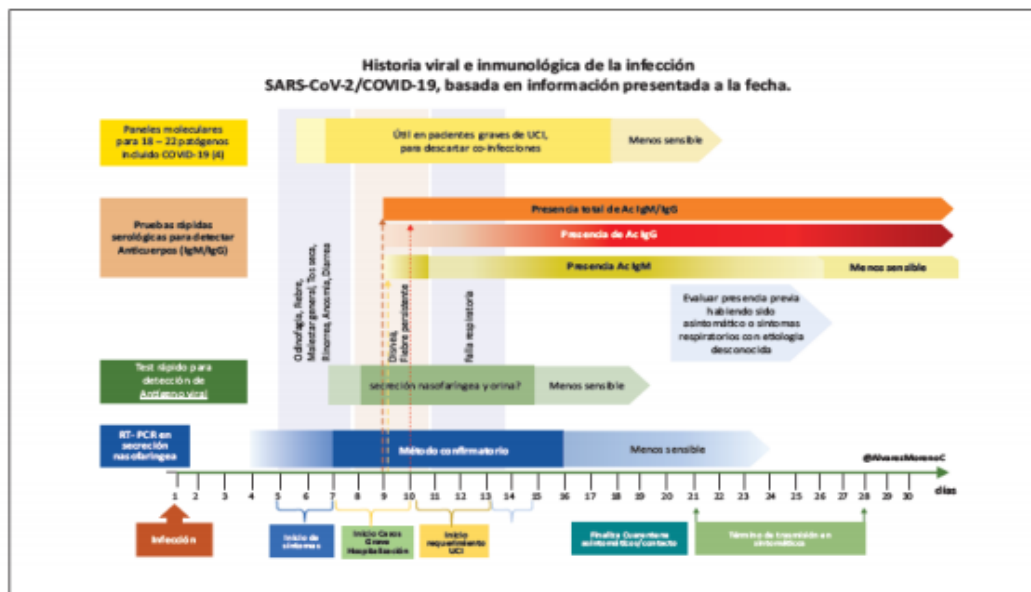


Figura 4. Historia Viral e inmunológica de la infección SARS-CoV-2/COVID-19

Fuente: Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio 2020; 24:3 (S1):1-153.


En el momento que se determine que una prueba serológica tiene la capacidad de medir anticuerpos neutralizantes contra SARS-CoV-2 que confieren protección y se pueda inferir una inmunidad, adicionalmente de alta sensibilidad y especificidad, dichas pruebas podrían ser útiles en los siguientes escenarios:

- Para estudios de seroprevalencia y determinar el porcentaje de personas expuestas al virus.
- Para determinar si el plasma de una persona tiene anticuerpos específicos contra el virus que se pueda emplear para tratamiento terapéutico contra COVID-19, de esta forma determinar quiénes pueden ser potenciales donantes de plasma.
- A futuro cuando se vaya a implementar una vacuna, estas pruebas pueden ser usadas en la evaluación individual del estado serológico de la persona indicando la necesidad de dosificar o no la vacuna, optimizando recursos al establecer la verdadera población no inmune, de igual forma para evaluar si la vacuna es efectiva o si tiene efectividad en su entorno se podría implementar su uso.

Personal autorizado para la realización de las pruebas rápidas serológicas

Podrán realizar las pruebas rápidas:

- Profesionales de la bacteriología

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 31 de 114 |

- Profesionales de la medicina, enfermería y técnicos auxiliares de enfermería o laboratorio que hayan recibido capacitación en la toma y realización de este tipo de pruebas rápidas y tengan experiencia previa para la realización de pruebas rápidas para otros eventos en salud pública.

Procedimiento diagnóstico

Prueba RT- PCR SARS-CoV-2

La prueba RT- PCR es la prueba diagnóstica confirmatoria para la infección por SARS-CoV-2. Se realizará prueba molecular RT-PCR SARS-CoV-2 a las siguientes personas:

- Persona con probable COVID-19 atendida en el servicio de urgencias.
- Persona con probable COVID-19 que se encuentre hospitalizada.
- Persona que fallece por probable COVID-19, en las primeras 6 horas post mortem.
- Persona atendida en ámbito domiciliario o ambulatorio que presente los siguientes factores de riesgo: ser trabajador de la salud que tuvo contacto con un caso probable o confirmado de COVID-19, persona adulta mayor de 70 años o persona de cualquier edad con comorbilidades (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedades autoinmunes, uso prolongado de esteroides, insuficiencia renal, obesidad, desnutrición) y tabaquismo y que presente sintomatología de COVID-19.
- Persona asintomática con o sin factores de riesgo contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19.
- Contacto estrecho de persona fallecida por COVID-19 confirmado.
- Otras personas que a criterio médico o epidemiológico deberían hacerse la prueba.

Prueba de detección de Antígenos


La prueba de detección de antígenos es una prueba diagnóstica para la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). Se recomendará en los siguientes casos:

- Persona con síntomas de menos de 11 días, atendida en ámbito de urgencias u hospitalización y grupos poblacionales priorizados con o sin factor de riesgo.
- En los servicios ambulatorios o domiciliarios donde por las condiciones territoriales no se puedan realizar pruebas moleculares RT-PCR o tengan limitación en la capacidad de procesamiento.
- Persona asintomática con o sin factor de riesgo, con menos de 11 días de exposición con un contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19.
- Personas que vivan en zonas rurales dispersas.

Pruebas serológicas IgG/IgM (Inmunocromatográficas, ELISA y Quimioluminiscencia)

Las pruebas serológicas IgG/IgM, de acuerdo con desempeño que han demostrado en las validaciones, se realizarán en las siguientes personas:

- Persona con 14 días o más de síntomas en ámbito domiciliario o ambulatorio.
- Persona con 14 días o más de síntomas en grupos poblacionales priorizados.
- No usar en asintomáticos.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 32 de 114 |

d. No usar para tamizaje.


Nota: Las pruebas serológicas rápidas de inmunocromatografía se usan a partir del día 11 de síntomas, mientras que la indicación de las pruebas de ELISA y Quimioluminiscencia se usan a partir del día 14 de síntomas.

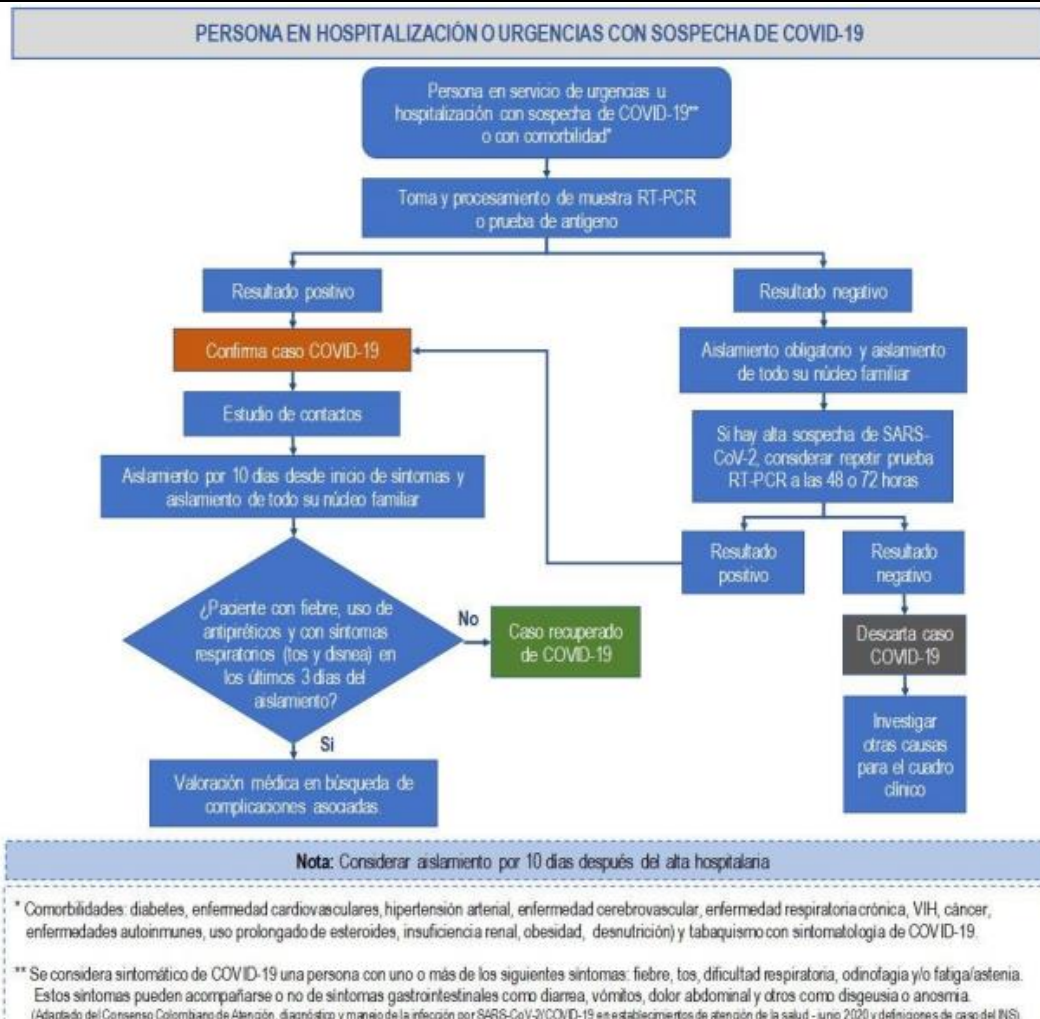
Conducta a seguir según ámbito y resultado de la prueba

Personas atendidas en servicio de prioritaria y hospitalización

- Si la RT-PCR inicial o prueba de antígeno es positiva, se confirma el diagnóstico y se recomienda estudio de contactos y continuar las medidas de aislamiento obligatorio por gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas y tenerse en cuenta que debe estar al menos 72 horas (3 últimos días del aislamiento), sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (tos y disnea) y se considera caso recuperado.
- El núcleo familiar que es contacto estrecho debe permanecer en aislamiento estricto.
- Si a los 10 días del aislamiento continúa con síntomas realizar valoración médica en búsqueda de complicaciones asociadas.
- Si la prueba RT-PCR inicial o prueba de detección de antígeno es negativa y hay alta sospecha de COVID19, se ordena aislamiento obligatorio y se realiza nueva prueba de RT-PCR o prueba de detección de antígeno entre las 48 a 72 horas de la primera. Si esta segunda prueba es positiva, se confirma el caso de COVID-19, se ordena aislamiento obligatorio por 10 días y el aislamiento de su todo su núcleo familiar y debe tenerse en cuenta que debe estar al menos 72 horas (3 últimos días del aislamiento) sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (tos y disnea) y se realiza estudio de contactos. Si es negativa esta segunda prueba, se considera caso descartado y se deben investigar otras causas del cuadro clínico del paciente.

Nota: Considerar aislamiento por 10 días después del alta hospitalaria.


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 33 de 114 |



Persona atendida en el ámbito domiciliario o ambulatorio

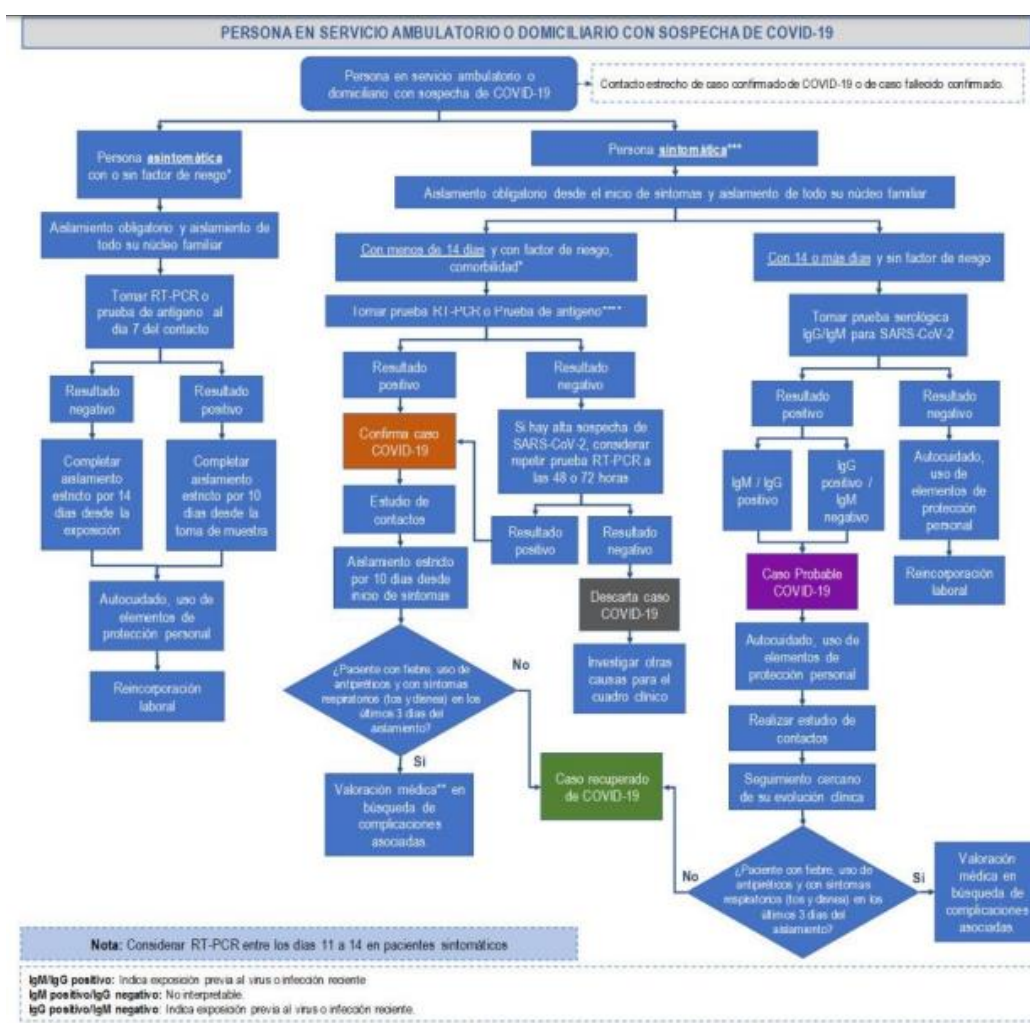
En personas que presenten los siguientes factores de riesgo: ser trabajador de la salud que tiene contacto con caso probable o confirmado de COVID-19; persona adulta mayor de 70 años o persona de cualquier edad con comorbilidades (diabetes, enfermedad cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, VIH, cáncer, enfermedades autoinmunes, uso prolongado de esteroides, insuficiencia renal, obesidad, desnutrición) y tabaquismo con sintomatología de COVID-19; persona asintomática con o sin factores de riesgo contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19 y aquellos que el médico considere pertinente, se deberá realizar prueba molecular RT-PCR y proceder de acuerdo con los resultados de la siguiente manera:


- Si la RT-PCR inicial o prueba de antígeno es positiva, se confirma el diagnóstico y se recomienda continuar las medidas de aislamiento obligatorio por gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas y tenerse en cuenta que debe estar al menos 72 horas (3 últimos días del aislamiento), sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (tos y

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 34 de 114 |

disnea) y se **considera caso recuperado**. Si continúa sintomático, valoración médica en búsqueda de complicaciones asociadas.

- El núcleo familiar que es contacto estrecho debe permanecer en aislamiento estricto.
- Si la prueba RT-PCR inicial o prueba de antígeno es negativa, y hay alta sospecha de COVID-19, se ordena aislamiento obligatorio y se realiza nueva prueba de RT-PCR o de detección de antígeno entre las 48 a 72 horas de la primera. Si esta segunda prueba es positiva, se confirma el caso de COVID-19, se ordena aislamiento obligatorio por 10 días desde el inicio de síntomas y se realiza estudio de contactos y aislamiento de su núcleo familiar.
- Si continúa sintomático los últimos 3 días del aislamiento se realiza valoración médica en búsqueda de complicaciones asociadas. Si es negativa esta segunda prueba, se considera caso descartado y se deben investigar otras causas del cuadro clínico del paciente



| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 35 de 114 |

Conducta ámbito ambulatorio o domiciliario, sintomático mayor o igual a 14 días

- Realizar prueba serológica IgM/IgG, siempre a partir del día 14 del inicio de los síntomas.
- Si la prueba serológica IgM/IgG es positiva o IgG positivo/IgM negativo: Se trata de un caso probable, se requiere realizar estudio de contactos y seguimiento cercano de su evolución clínica, autocuidado y uso de elementos de protección personal. Paciente con fiebre, con uso de antipiréticos y con síntomas respiratorios (tos y disnea) en los últimos 3 días del aislamiento realizar valoración médica en búsqueda de complicaciones asociadas.
- Si el paciente en los últimos 3 días de aislamiento está sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (no tos y no disnea): se considera caso recuperado.
- Si la prueba serológica IgM /IgG es negativa, seguir con el autocuidado, uso de elementos de protección personal y reincorporación laboral.
- Si la prueba serológica IgM positiva /IgG negativa es No interpretable.


Persona asintomática con o sin factores de riesgo que es contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19:

- Dejar en aislamiento por 14 días a partir de la exposición.
- El núcleo familiar que es contacto estrecho debe permanecer en aislamiento estricto.
- Tomar RT- PCR o prueba de detección de antígeno al día séptimo del contacto estrecho no protegido o fallecido confirmados. Si el resultado es positivo se confirma el caso, aislamiento estricto de 10 días desde la toma de la muestra. Si es negativa, completar los 14 días de aislamiento, autocuidado, uso de EPP y medidas de prevención y notificación temprana en caso de aparecer síntomas.

Pruebas serológicas (anticuerpos IgM/ IgG)

Estas pruebas identifican la presencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2, pero no se consideran pruebas diagnósticas y no se recomienda su uso para descartar un caso de infección aguda, teniendo en cuenta que la aparición de los anticuerpos está descrita desde el día 5° de la fase sintomática, pero no se observa en el 90% de los casos sino hasta el día 14. Existe una zona gris para el diagnóstico entre el día 7º y 10º, donde podría ser necesario aplicar las dos pruebas tanto serológicas como moleculares.

Se podrán realizar pruebas rápidas de anticuerpos IgM/IgG a las personas con síntomas leves probable de COVID-19, sin factores de riesgo, que tengan por lo menos 11 días desde el inicio de los síntomas.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 36 de 114 |

NO se debe realizar prueba rápida a personas que no han manifestado síntomas respiratorios en los últimos 14 días. Por ningún motivo a población asintomática.

Nota: Si la persona presenta menos de 11 días de síntomas, se debe aplicar la prueba molecular RT-PCR

Conducta ámbito ambulatorio o domiciliario

- Realizar prueba rápida anticuerpos IgM/IgG, siempre a partir del día 11 del inicio de los síntomas en las personas descritas en el ítem **Prueba RT- PCR SARS-CoV-2**.
 - Si la prueba rápida de anticuerpos IgM/IgG es positiva, se requiere aislamiento obligatorio y estricto por 14 días, estudio de contactos y seguimiento cercano de su evolución clínica. Se trata de una probable infección: reciente, resuelta o de un paciente recuperado.
 - Si la prueba rápida de anticuerpos IgM/IgG es negativa, se debe completar el aislamiento los 14 días.


Trabajador de la salud (incluido personal de vigilancia epidemiológica y protección familiar)

Sintomático

Para el estudio del trabajador de la salud sintomático con cualquier grado de severidad según protocolo Infección Respiratoria Aguda (IRA), se debe realizar la prueba RT- PCR de SARS CoV-2 de hisopado naso u orofaríngeo.

a. La estrategia basada en síntomas establece al menos 10 días de aislamiento desde el inicio de síntomas y los últimos tres días sin fiebre y mejoría de síntomas respiratorios (tos y disnea).

- Si RT-PCR es positiva, se confirma el diagnóstico, realizar estudio de sus contactos, seguimiento clínico cercano, aislamiento obligatorio por gotas y contacto por 10 días desde la fecha de inicio de síntomas y debe estar al menos 72 horas (3 últimos días del aislamiento), sin fiebre, sin el uso de antipiréticos y con mejoría de los síntomas respiratorios (tos y disnea) para considerar caso recuperado y poder reincorporarse al trabajo.
- El núcleo familiar del trabajador de la salud que es contacto estrecho debe permanecer en aislamiento estricto.
- Si la RT-PCR inicial es negativa, aislamiento obligatorio. Si hay alta sospecha de SARS-CoV-2, continuar aislamiento y considerar repetir la prueba a las 48 o 72 horas. Si ésta es positiva se confirma el caso, aislamiento de 10 días a partir del inicio de síntomas, seguimiento a contactos. Si es negativa se descarta el caso e investigar otras causas para el cuadro clínico.


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 37 de 114 |

Asintomático

- Si es un trabajador de la salud asintomático, realizar al día 7 del contacto estrecho con caso o fallecido confirmados, prueba RT-PCR. Si esta es positiva, se confirma el caso, estudio de sus contactos, seguimiento clínico y aislamiento estricto por 10 días (se debe contar 10 días de aislamiento a partir de la toma de la muestra).
- Si esta prueba de RT-PCR es negativa el aislamiento debe ir hasta completar 14 días desde la exposición, recomendaciones generales, uso de EPP y se reincorporará al trabajo al completar el aislamiento sin síntomas.
- Si el trabajador de la salud presenta síntomas durante el periodo de aislamiento, se debe solicitar nueva prueba RT-PCR. Si esta sale positiva, se confirma el caso, se hace seguimiento y aislamiento por lo menos 10 días. Si esta segunda prueba sale negativa, se repite a las 72 horas. Si esta vuelve a salir negativa se descarta caso y se reincorpora al trabajo con instrucciones de consulta ante signos de alarma, recomendaciones generales y uso de EPP.

Registro y seguimiento de trabajadores de la salud y otros trabajadores de protección social con exposición a un caso de COVID-19

- El prestador de servicios de salud, las entidades territoriales de salud (incluyendo las nacionales) y las instituciones de protección social deben llevar el registro detallado del personal de salud o personal de protección social que presente exposición a un caso confirmado de COVID-19 con el detalle del evento y reportarlo a la ARL, sin perjuicio del reporte de la enfermedad laboral de acuerdo con los lineamientos y la normatividad vigente.
- Así mismo, debe llevar el registro del personal que esté sintomático, las pruebas que se le hayan tomado y sus resultados.
- Las muestras de trabajadores de la salud y trabajadores de protección social deberán marcarse como de prioridad sanitaria y entregarse en el laboratorio que realiza la lectura en un embalaje separado de las demás muestras regulares.
- Se debe tener registro de los contactos en el ámbito hospitalario e identificar las cadenas de transmisión institucionales, como medida de control de brotes.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 38 de 114 |


Interpretación del significado clínico de acuerdo con el resultado de las pruebas serológicas de anticuerpos IgM/IgG y de la prueba RT-PCR SARS CoV 2

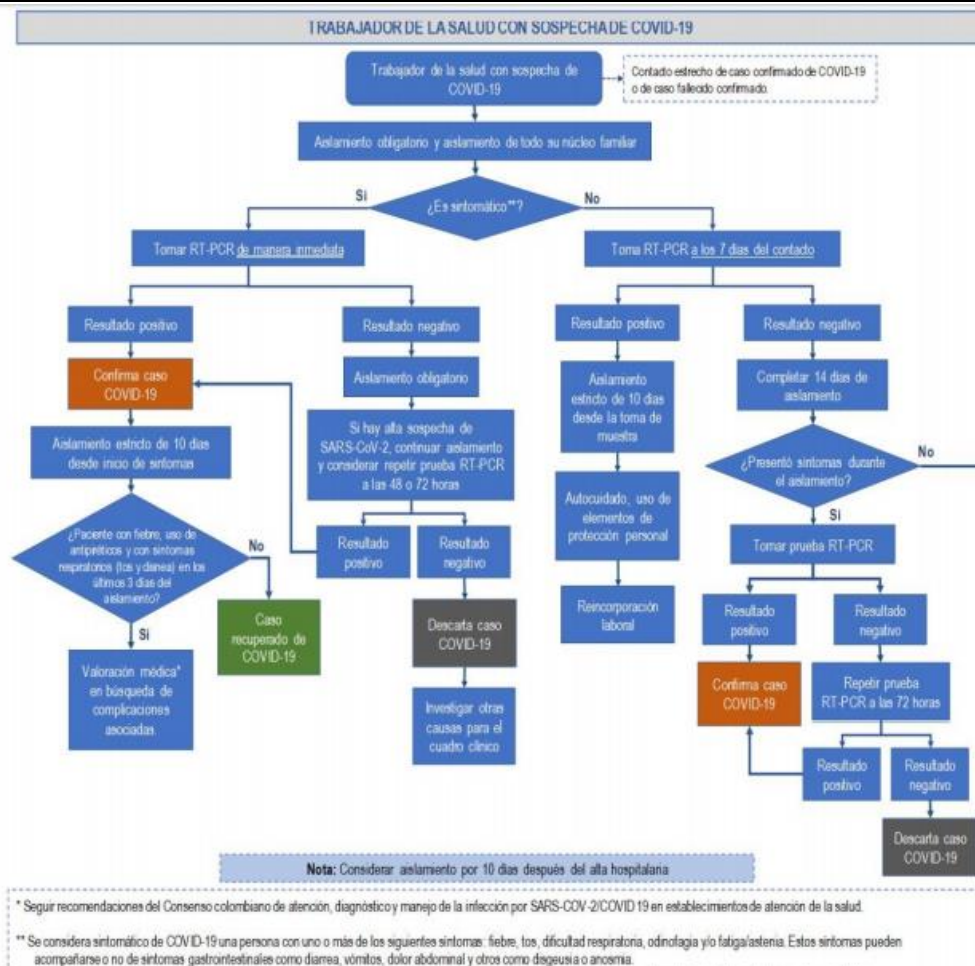
| RESULTADO DE LABORATORIO | | | SIGNIFICADO CLÍNICO COVID-19 |
|--------------------------|-----|-----|---|
| RT-PCR | IgM | IgG | |
| - | - | - | Negativo |
| + | - | - | Positivo (fase aguda) |
| + | + | - | Positivo (infección reciente) |
| + | - | + | Positivo |
| + | + | + | |
| | + | - | Probable positivo (infección reciente)^ |
| | + | + | |
| | - | + | Probable positivo^ o infección resuelta* |
| - | - | + | Recuperado infección resuelta* |

Tabla 1. Interpretación de los posibles resultados por laboratorio en la detección de ARN y/o anticuerpos SARS-Cov-2.


*No se puede asegurar producción de anticuerpos neutralizantes contra SARS-Cov-2. ^Se puede presentar reactividad cruzada.

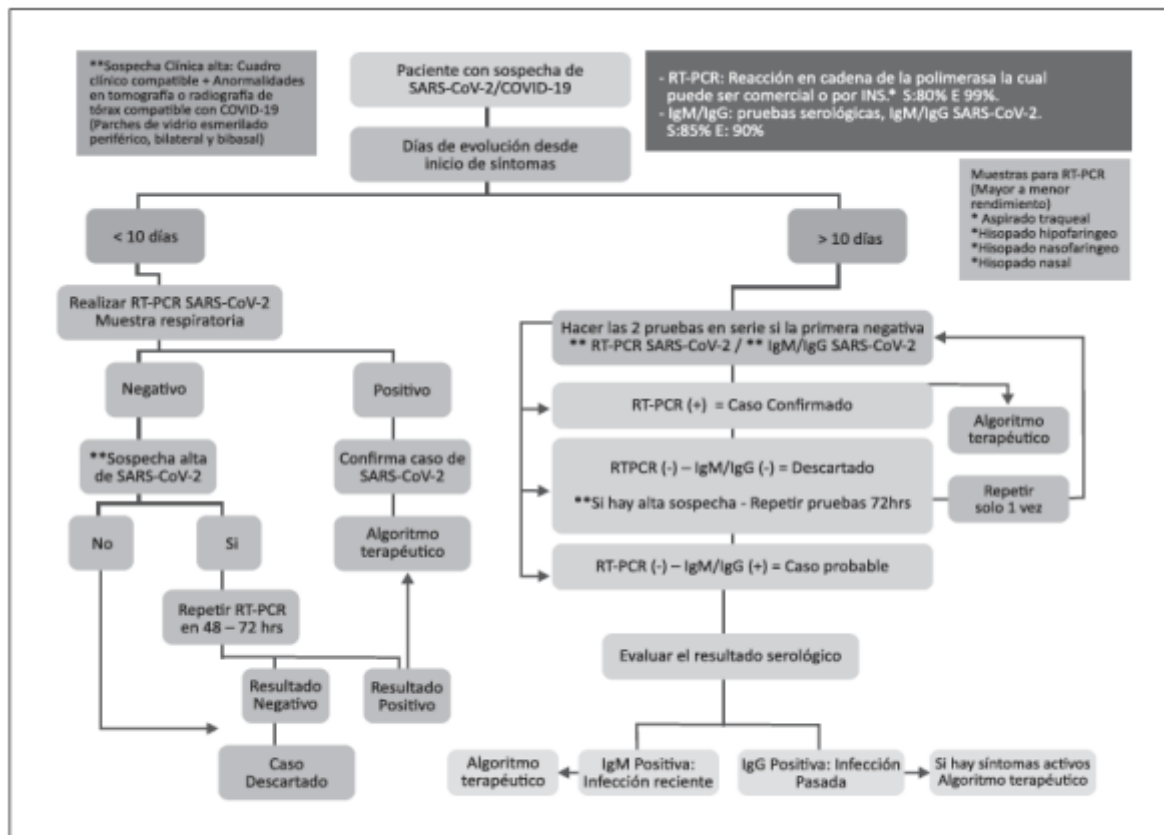
Fuente: Instituto Nacional de Salud. 2020.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 39 de 114 |



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

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 40 de 114 |



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

CRITERIOS PARA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

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

Criterios CRB-651

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

Para decidir necesidad de hospitalización se requiere puntuación >0.


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

Criterio Puntos

El enfermo presenta confusión: 1

Frecuencia respiratoria mayor o igual que 30/rpm 1

T.A. sistólica < 90 mm Hg o T.A. diastólica menor o igual a 60 mm Hg: 1

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 41 de 114 |

Edad es igual o mayor que 65 años: 1

Puntuación Riesgo Conducta

1 Riesgo moderado (5.2% mortalidad) Requiere hospitalización

2 Riesgo Elevado (12.2% mortalidad) Requiere hospitalización

3 Riesgo Alto (31.2% mortalidad) Requiere hospitalización

4 Riesgo Alto (31.2% mortalidad) Requiere hospitalización

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

Criterios ATS 2007

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

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

Criterios mayores: Necesidad de ventilación mecánica

Presencia choque séptico

Criterios menores: Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm;

PaO₂/FiO₂ < 250 ,

Compromiso multilobar,

Confusión / desorientación,

BUN ≥ 20 mg/dl;

Leucopenia $< 4.000/mm^3$;

PAS < 90 mmHg;

Hipotensión que requiere aporte intensivo de líquidos;


Temperatura central $< 36^{\circ}C$;

Plaquetas $< 100.000/mm^3$


Severidad y conductas para atención clínica

En la siguiente tabla se puede apreciar la clasificación de severidad su descripción y las conductas generales de actuación frente a la atención de personas diagnosticados con infección por nuevo coronavirus (COVID-19)

| Severidad ² | Descripción | Conductas |
|------------------------|---|--|
| Crítico | Insuficiencia respiratoria, choque séptico y / o disfunción o falla de múltiples órganos) | Manejo en UCI Manejo interdisciplinario |
| Severo | Disnea, frecuencia respiratoria ≥ 30 / min, saturación de oxígeno en sangre $\leq 93\%$, Índice de Kirby o PaO ₂ /FiO ₂ 50% en 24 a 48 horas O Pacientes mayores de 60 años o con | Manejo en hospitalización Usar criterios CRB-65 para ingreso hospitalario y ATS para ingreso a UCI Casos con neumonía moderada en hospitalización general CRB-65 > 0 Un criterio |

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 42 de 114 |

| | | |
|--------------|--|---|
| Leve | Comorbilidades (EPOC, mayor o dos criterios menores de la ATS para Hipertensión, cardiopatías, ingreso A UCI) Manejo interdisciplinario diabetes, inmunosupresión) que tengan síntomas | 1. Manejo domiciliario para casos con signos y síntomas leves (disnea leve que logra saturación mayor a 90%, tolerancia a la vía oral) sin factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento domiciliario supervisado mínimo por 10 días a partir del inicio de síntomas. Reintegro social y laboral siempre y cuando se cumplan 3 días con ausencia de síntomas • Usar modalidades de atención: domiciliaria, telemedicina • Actividades de teleorientación • Oxígeno domiciliario para casos con neumonía leve según criterio médico. |
| | 1. Sin neumonía 2. Neumonía leve | 2. Manejo en hospitalización por neumonía acorde a guía NAC - neumonía adquirida en la comunidad (uso criterios CRB y SaO2 para decisión de hospitalización de pacientes con neumonía) Todos los pacientes adultos mayores o con factores de riesgo (EPOC, hipertensión, cardiopatías, diabetes, inmunosupresión) incluido el social, con neumonía leve se hospitalizan en baja, mediana o alta complejidad de acuerdo con el criterio del tratante. Manejo interdisciplinario |
| Asintomático | Sin tos ni fiebre, pero con sospecha de COVID-19 | Aislamiento domiciliario con autocontrol supervisado por parte de salud pública, IPS o EAPB <ul style="list-style-type: none"> • Asintomático sin PCR: aislamiento domiciliario por 14 días desde el momento de la exposición, sino desarrolla síntomas reintegro social y laboral. • Asintomático con PCR positiva: aislamiento por 10 días desde la toma de la muestra. • Realizar recomendaciones para el manejo del aislamiento domiciliario • Ordenar uso inmediato y permanente de mascarilla quirúrgica por el tiempo del aislamiento domiciliario |

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 43 de 114 |

- Seguimiento a cargo de la EAPB quien deberá reportar y tener comunicación activa con la entidad territorial de salud respectiva.
- Si la persona presenta alguna sintomatología durante los 14 días posteriores debe comunicarse para una mayor orientación con la línea telefónica que defina la EAPB responsable de la atención del paciente o en la línea de atención para coronavirus definida por la Entidad Territorial de Salud.
- Considerar realización de pruebas serológicas IgM/IgG a los 14 días de su aislamiento según criterio del tratante

MANEJO EN ATENCIÓN INICIAL PRIORITARIA:


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

La persona debe ser direccionada al sitio que tenga definido el prestador para el manejo de casos de COVID-19 donde se garantice el aislamiento; la valoración clínica se completará en este sitio, restringiendo el acceso de familiares o acompañantes. En caso de niños, niñas, adolescentes o pacientes que requieran acompañamiento, este se permitirá adoptando las medidas necesarias para su protección, esto es, dotación de mascarilla quirúrgica e indicaciones sobre el lavado de manos.

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

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

- Suministrar oxígeno a pacientes con COVID-19 en los diversos escenarios (SARS, SDRA, hipoxemia o choque) para lograr metas mayores a 94%.
- Iniciar oxígeno a 4-5 Litros/minuto y titular el flujo para mantener $SaO_2 > 93\%$ durante la reanimación o usar mascarilla facial con bolsa de reservorio (10-15 L/min) si el paciente está en condición crítica.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 44 de 114 |

- Una vez el paciente se encuentre estable la meta de SaO₂>90% en adultos y >92-95% en embarazadas.
- Niños con obstrucción, ausencia de ruidos, cianosis central, choque, coma o convulsiones deberían recibir oxígeno para lograr meta de SaO₂>94%.

Administrar, en los casos que sea necesario, broncodilatadores en forma de inhalador de dosis medida asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. Recomendación especial de evitar en lo posible el uso de terapias nebulizadas.

Se recomienda evitar en lo posible intervenciones que incrementan riesgo de aerosoles: cánula de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva (VMNI), nebulizaciones, reanimación cardiopulmonar, intubación (bolsa de reanimación con mascarilla) y si se considera asumir el riesgo se debe garantizar equipo de protección especial completo. La aspiración de secreciones en vía aérea en pacientes intubados debe hacerse con equipos de succión cerrada. Se recomienda NO desconectar el circuito del ventilador.

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


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

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

Si el paciente presenta criterios de severidad valorar la necesidad de hospitalización o ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, de acuerdo con lo anotado en la tabla anterior.

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

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

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 45 de 114 |

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

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

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

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

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

Es necesario recalcarle al paciente y su familia que no existe evidencia que avale tratamientos para COVID-19 leve, excepto el uso de acetaminofén por síntomas, y que no existe evidencia que avale profilaxis alguna para COVID-19. Por lo tanto, se debe insistir en los riesgos graves de la automedicación.

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

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


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

MANEJO EN SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA GENERAL O ESPECIALIZADA

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

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

- Aislamiento en el domicilio
- Higiene de manos, respiratoria y del entorno.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 46 de 114 |

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

Los pacientes que de acuerdo con la valoración requieran manejo en internación, deberán ser remitidos, según su severidad, al prestador que determine la EPS, en un transporte asistencial con las medidas de bioseguridad de acuerdo con el lineamiento de MINSALUD

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


- Edad de 60 años o más,
- Diabetes,
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades respiratorias crónicas,
- Cáncer,
- Cualquier inmunodeficiencia,
- Cualquier condición socioeconómica o geográfica que impida realizar el seguimiento o el aislamiento domiciliario
- Otras condiciones crónicas.

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


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

Recomendaciones para el aislamiento domiciliario

- Recomendar el uso de mascarilla quirúrgica por parte del paciente aislado, con o sin síntomas
- Instalar al paciente en una habitación individual y bien ventilada (puerta cerrada y ventana abierta).
- Limitar los movimientos del paciente dentro del domicilio y reducir al mínimo los espacios compartidos (por ejemplo, cocina y baño), garantizando en todo caso que estén bien ventilados (por ejemplo, dejando las ventanas abiertas).
- Los demás habitantes del hogar deben instalarse en una habitación distinta; si ello no es posible, deben mantener una distancia mínima de dos metros con el enfermo (por ejemplo, durmiendo en camas separadas).

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 47 de 114 |

- Limitar el número de cuidadores. De ser posible, de la atención del paciente se debe ocupar una persona que goce de buena salud y que no presente enfermedades crónicas o que afecten a su respuesta inmunitaria.
- Restringir la entrada de visitantes hasta que el paciente no se haya recuperado por completo y esté libre de signos o síntomas.
- Aplicar las medidas de higiene de manos después de cualquier tipo de contacto con los enfermos o con su entorno inmediato, al igual que antes y después de preparar alimentos, antes de comer, después de usar el baño y siempre que se advierta suciedad en las manos. Si no hay suciedad visible en las manos, también puede usarse un gel hidroalcohólico. Cuando haya suciedad visible, habrá que lavárselas con agua y jabón.
- Para secarse las manos después de lavárselas con agua y jabón, es preferible usar toallitas de papel desechables. De no haberlas, se utilizarán toallas de tela limpias, que se deben cambiar cuando estén húmedas.
- Cuando se encuentren en la misma estancia que el paciente, los cuidadores deberán utilizar una mascarilla quirúrgica bien ajustada que cubra la boca y la nariz. La mascarilla no debe tocarse ni manipularse durante su uso. Si se moja o se mancha con secreciones, deberá sustituirse inmediatamente por una mascarilla seca nueva. Para quitarse la mascarilla se utilizará una técnica adecuada que evite tocar su parte frontal. Inmediatamente después de ello se debe desechar la mascarilla y aplicar medidas de higiene de manos.
- Se debe evitar el contacto directo con los fluidos corporales —sobre todo las secreciones orales y respiratorias— y con las heces. Para efectuar cualquier maniobra en la boca o las vías respiratorias del paciente y para manipular las heces, la orina y otros desechos se deben utilizar guantes desechables y mascarilla quirúrgica. Antes y después de quitarse los guantes y la mascarilla se aplicarán medidas de higiene de manos.
- No se deben reutilizar las mascarillas desechables ni los guantes.
- Las sábanas, toallas, platos y cubiertos utilizados por el paciente no deben compartirse con otras personas. No es necesario desechar estos artículos, pero sí lavarlos con agua y jabón después de su uso.
- En la estancia del enfermo es necesario limpiar y desinfectar diariamente las superficies de uso cotidiano con las que exista contacto frecuente (como la mesa de noche, la estructura de la cama y otros muebles). Tras una limpieza inicial con jabón o detergente doméstico ordinarios, y una vez aclarado el producto, se aplicará un desinfectante doméstico de tipo habitual.
- Las superficies del cuarto de baño y el sanitario deben limpiarse y desinfectarse al menos una vez al día. Tras una limpieza inicial con jabón o detergente doméstico ordinarios, y una vez aclarado el producto, se aplicará un desinfectante doméstico de tipo habitual.
- La ropa, las sábanas y las toallas sucias del paciente deben separarse y lavarse a mano con agua y jabón ordinario, o a máquina a 60–90 °C con detergente ordinario, y dejarse secar por completo. La ropa sucia no debe sacudirse y se debe evitar que entre en contacto directo con la piel.
- Para la limpieza de superficies y la manipulación de ropa, sábanas o toallas manchadas con fluidos corporales se deben utilizar guantes y ropa de protección (por ejemplo, delantales de plástico)

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 48 de 114 |

Según el contexto pueden emplearse guantes de limpieza domésticos o guantes desechables. En el primer caso, después de su uso los guantes deben lavarse con agua y jabón y descontaminarse con una solución de hipoclorito de sodio al 0,5%. Los guantes desechables (por ejemplo, de nitrilo o látex) deben desecharse después de su uso. Antes y después de quitarse los guantes se deben aplicar medidas de higiene de manos.

Los prestadores de servicios de salud que brindan atención domiciliaria deberán evaluar el riesgo para seleccionar el equipo de protección individual idóneo y mantener las precauciones recomendadas en relación con la transmisión por gotas y por contacto.

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

Recomendaciones farmacológicas para asintomáticos

No se recomienda realizar intervención farmacológica en personas asintomáticas.

Exámenes de laboratorio para asintomáticos


No se recomienda realizar exámenes de laboratorio a personas asintomáticas.

MANEJO HOSPITALARIO SEGÚN COMPLEJIDAD

Para la decisión de internación del paciente en hospitalización general, unidad de cuidado intermedio e UCI se usarán los criterios CRB - 65 y ATS.

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

- Evaluación de comorbilidades y tratamiento individualizado de las mismas.
- Terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de coinfección SARS CoV-2 /COVID-19 y neumonía bacteriana leve o moderada acorde a guías nacionales o guías institucionales.
- Terapia antibiótica empírica en los pacientes con sospecha de coinfección SARS CoV-2 /COVID-19 y neumonía bacteriana grave acorde a guías nacionales o institucionales para esta enfermedad, cuando no estén disponibles pruebas diagnósticas de alta precisión (PCR múltiple)
- Iniciar soporte respiratorio en insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SARS CoV-2 /COVID-19 en pacientes con:

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 49 de 114 |

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

Hospitalización en baja complejidad

Paciente con definición operativa de caso que presenta:

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

Manejo hospitalización baja complejidad


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

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

Hospitalización en mediana complejidad

Paciente con definición operativa de caso que presenta:

- Evolución desfavorable en el primer nivel
- Dificultad respiratoria dada por:
 - o Retracciones supraclaviculares o intercostales y uso de músculos accesorios.
 - o Cianosis.


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 50 de 114 |

o Saturación O2 menor de 90% con oxígeno por cánula nasal a un flujo de O2 de 2 Lit por minuto, en adultos.

- Presencia de dos o más de los siguientes signos:
 - o Taquicardia (frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos por minuto).
 - o Taquipnea (frecuencia respiratoria mayor a 20 respiraciones por minuto).
 - o Leucocitosis (más de 12.000 leucocitos por μ l) o leucopenia (menos de 4.000 leucocitos por μ l).
 - o Fiebre (temperatura mayor a 38°C) o hipotermia (temperatura inferior a 36°C).
- Disfunción de un órgano, que puede corresponder a uno de los siguientes signos o síntomas:
 - o Hipotensión.
 - o Alteraciones neurológicas (obnubilación, confusión, etc.).
 - o Falla renal (oliguria o elevación de creatinina).
 - o Falla cardiovascular.
- Imágenes diagnósticas que muestren lesión sugestiva de neumonía con imagen de vidrio esmerilado. Reservar la realización de tomografía (TC) de tórax simple para los siguientes escenarios:
 - o pacientes con presentación severa de la enfermedad,
 - o pacientes con alteraciones radiológicas inespecíficas a quien se desea descartar un diagnóstico alterno.
- Paciente con comorbilidad de base (EPOC, diabetes, falla cardíaca, cardiopatía, hipertensión, inmunosupresión).

Manejo hospitalización mediana complejidad

- Medidas de aislamiento para evitar la transmisión.
- Líquidos de acuerdo con el requerimiento. El uso de líquidos parenterales debe realizarse minimizando una reanimación exagerada que podría empeorar la oxigenación.
- Oxigenoterapia: iniciar la administración en pacientes con dificultad respiratoria o choque con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar una saturación de oxígeno adecuada a la edad, estado del paciente y altitud del municipio sobre manejo en el servicio de urgencias.
- Medidas de soporte según indicaciones médicas.
- Antibiótico si tiene indicación para su uso.
- Tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular a todos los pacientes sin contraindicación expresa para la misma.
- Monitorización de signos vitales incluidas oximetrías.
- Toma paraclínicos e imágenes diagnósticas requeridas.
- Remitir en caso de evolución desfavorable.
- Paraclínicos básicos: Hemograma, Proteína C Reactiva, Velocidad de sedimentación globular, LDH, Dímero D, pruebas de función hepática, función renal, troponinas, ferritina, gases arteriales y EKG.
- Radiografía portátil de tórax.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 51 de 114 |

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

Si la única razón para continuar hospitalizado es la necesidad de oxígeno, se tramitará frente a la EAPB el suministro del oxígeno domiciliario y la bala de transporte para que el paciente pueda egresar. La EAPB deberá revalorar el paciente en un mes con gases arteriales para definir la necesidad de continuar con oxígeno. Se insistirá en el aislamiento preventivo y todas las normas de aislamiento por 14 días a partir del momento de haber definido la curación clínica. Dirigirse al consenso.

- Con requerimiento de oxígeno suplementario si no hay signos de dificultad respiratoria y no hay alteración o disfunción aguda de otro órgano y las condiciones de aislamiento lo permitan.
- Con ventilación mecánica si hay fracaso en el retiro del ventilador y requiere un proceso prolongado de este soporte y no hay signos de dificultad respiratoria y no hay alteración o disfunción aguda de otro órgano y las condiciones de aislamiento lo permitan.


Manejo hospitalización en alta complejidad - unidad de cuidado intermedio o intensivo

Paciente con definición operativa de caso que presenta

- Inminencia o falla ventilatoria.
- Falla multiorgánica.
- Choque.
- Deterioro neurológico progresivo.

Manejo hospitalización en alta complejidad - unidad de cuidado intermedio o intensivo

- Medidas de aislamiento para evitar la transmisión.
- Manejo terapéutico según las características de cada caso particular acordes con las condiciones del paciente.
- Tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular a todos los pacientes sin contraindicación expresa para la misma.
- Manejo en Unidades cuidado crítico (intermedio o intensivo según aplique).
- Toma de muestras para diagnóstico viral.
- Paraclínicos básicos: Hemograma, Proteína C Reactiva, Velocidad de sedimentación globular, LDH, Dímero D, pruebas de función hepática, función renal, troponinas, ferritina, EKG, gases arteriales, electrolitos.
- Radiografía portátil de tórax, Tomografía de tórax.
- Manejo ventilación mecánica de pacientes con infección por SARS-CoV-2 - COVID 19

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 52 de 114 |

• Dado que la mayoría de los pacientes críticos con COVID-19 no han presentado choque refractario y que la reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación, se recomienda realizar un manejo restrictivo de fluidos en pacientes con COVID-19 en UCI.

En pacientes con infección por SARS-CoV-2 - COVID 19 puede presentarse insuficiencia respiratoria hipoxémica grave (1), cuando el paciente con dificultad respiratoria no responde a la terapia de oxígeno estándar, momento en el cual se debe activar el proceso para brindar soporte avanzado de oxigenación/ventilación.

Los pacientes pueden presentar mayor trabajo respiratorio y/o hipoxemia a pesar de la administración de oxígeno a través de una máscara facial con bolsa de reserva (tasas de flujo de 10-15 L / min, que generalmente es el flujo mínimo requerido para mantener la inflación de la bolsa; FiO₂ 0.60 –0,95). La insuficiencia respiratoria hipoxémica en el SDRA suele ser el resultado de una alteración de la relación ventilación-perfusión intrapulmonar, y generalmente requiere ventilación mecánica.

Requerimiento de soporte ventilatorio

De manera general, los criterios para iniciar el soporte respiratorio en la IRA secundaria a COVID-19, serían los siguientes:

Criterios clínicos:

- o Disnea moderada-grave con signos de trabajo respiratorio y/o uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico.
- o Taquipnea mayor de 30 rpm.


Criterios gasimétricos:

- o PaO₂/FiO₂ <200
- o pH < 7,35 con PaCO₂ >45 mm Hg).

Recomendaciones Intubación orotraqueal

Medio ambiente para el manejo de las vías respiratorias

- Las salas de ventilación a presión negativa con antecámara son ideales para minimizar la exposición a aerosoles y gotas. Cuando esto no sea factible, se recomiendan salas de presión normal con puertas cerradas.
- Algunos hospitales han creado espacios específicos para el manejo planificado de las vías respiratorias del grupo de pacientes COVID-19 (por ejemplo, salas de aislamiento de infecciones aerotransportadas). Los recursos potenciales y las ventajas ergonómicas de este enfoque deben equilibrarse con las implicaciones de transportar pacientes potencialmente infecciosos alrededor del hospital y la limpieza de la habitación entre pacientes.
- La decisión de mover a un paciente clínicamente estable entre dos áreas clínicas antes de la gestión de las vías respiratorias debe basarse principalmente en si el entorno de destino proporcionará una situación más controlada, mejores equipos y/o personal más experimentado para hacer que el

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 53 de 114 |

proceso de gestión de las vías respiratorias sea más seguro (incluyendo menos probabilidades de generar virus aerosolizados).

- Es fundamental contar con el Equipo de Protección Personal que garantice la seguridad del recurso humano. Debe reducirse el número de personas en la habitación.

Equipos, Monitoreo y Medicamentos

Principios generales

- Cuando se dispone de un equipo desechable equivalente se prefiere este al equipo reutilizable.
- Se recomienda, cuando sea posible, la asignación de artículos desechables antes que los reutilizables para el uso en el grupo de pacientes COVID-19.

Equipos de distribución y ventilación de oxígeno – antes de la intubación:

- El oxígeno se puede administrar a través de cánulas nasales, (estándar o de alto flujo), máscara facial simple o máscara de no re-inhalación, con el principio general de que cuanto mayor sea el flujo, mayor riesgo de aerosolización del virus.
- Por lo general, se debe evitar la ventilación mecánica no invasiva debido a su utilidad no probada en el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), especialmente en COVID-19 y al riesgo de aerosolización por virus.


Equipos de suministro y ventilación de oxígeno – durante la pre-oxigenación

- La preoxigenación debe realizarse utilizando una máscara facial bien ajustada conectada a un dispositivo de ventilación manual con una fuente de oxígeno.
- Debe conectarse un filtro viral entre la mascarilla facial y el dispositivo de ventilación manual para minimizar la aerosolización.
- El filtro viral debe aplicarse directamente a la máscara facial, a medida que un mayor número de conexiones entre la máscara facial y el filtro aumentan la oportunidad de desconexión en el lado del paciente, con la posterior aerosolización del virus.
- Las máscaras de no reinhalación proporcionan preoxigenación subóptima y promueven la aerosolización y no se recomiendan para este propósito.
- Hay una clara tendencia a utilizar soporte de oxígeno no invasivo como medida de optimización del recurso con mejores resultados en supervivencia, la generación de aerosoles puede manejarse con el uso de EPP adecuados.

Para mantener el carro principal de las vías respiratorias fuera de la sala del paciente, recomendamos una "bandeja de intubación COVID-19" pre-preparada (ver anexo 1 para el contenido sugerido).

Inducción

- Use la intubación de secuencia rápida (ISR) como la técnica predeterminada a menos que existan características difíciles de la vía aérea que la hagan inapropiada.
- Como analgésico se sugiere el Fentanilo a dosis de 1 a 3 mcg/kg. Que además suprime el reflejo laríngeo.
- Se sugiere emplear la lidocaína a 1.5 mg /kg para inhibir la tos.
- Como inductores se pueden emplear: Ketamina a dosis de 1.5mg/kg o etomidato a 0.3 a 0.6 mg/kg.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 54 de 114 |

- El bloqueo neuromuscular inicial se puede lograr con rocuronio ($> 1.5 \text{ mg / kg}$). La dosificación promueve el inicio rápido del bloqueo neuromuscular profundo y minimiza el riesgo de tos del paciente durante la instrumentación de las vías respiratorias.
- El tiempo entre la administración del agente de bloqueo neuromuscular (NMBA) y la laringoscopia debe controlarse de cerca para minimizar el tiempo de apnea y garantizar que se dé el tiempo adecuado para que el NMBA surta efecto y evite la tos precipitada. La duración prolongada de la acción del rocuronio proporciona potencialmente una ventaja en el grupo de pacientes con COVID-19, al evitar la tos y la posible aerosolización del virus en caso de que se prolonguen los intentos de manejo de las vías respiratorias.

Intubación

- En los médicos expertos en su uso, se recomienda el uso rutinario de un videolaringoscopio para el primer intento de intubación.
- Además de que el VL puede contribuir al éxito del primer paso, visualizar la laringe usando la vista indirecta (pantalla de video), con el operador de pie y el codo recto, maximiza la distancia entre la cara del operador de la vía aérea y el paciente. Esto debería reducir el riesgo de transmisión viral.
- La elección entre una geometría de Macintosh y una hoja de videolaringoscopio hiperangulada debe hacerse de acuerdo con el conjunto de habilidades y el juicio clínico del operador de la vía aérea.
- Se debe tener cuidado al colocar el tubo a la profundidad correcta la primera vez, para minimizar la necesidad de desinflar el brazalete posterior.
- Una vez que se coloca el tubo, se debe inflar el manguito antes de intentar la ventilación con presión positiva.
- El filtro viral debe aplicarse directamente al final del tubo traqueal. Aumentar el número de conexiones entre el filtro y el tubo traqueal aumenta las oportunidades de desconexión y aerosolización del virus.
- La presión del manguito debe controlarse con un manómetro de manguito para garantizar un sellado adecuado.


Recomendaciones parámetros de ventilación mecánica

Recomendaciones generales de la estrategia ventilatoria para soportar estos pacientes pero además para evitar daños asociados con el uso de la ventilación mecánica invasiva.

Recomendaciones según estrategia GRADE (5)

Volumen Corriente

1. Se recomienda utilizar el peso predicho para establecer el volumen corriente inicial. (IA).
2. Se recomienda utilizar volúmenes corrientes bajos ventilatorios (6cc/kg). IA.
3. Se recomienda monitorizar el VT teniendo como meta una Presión meseta $< 30 \text{ cm de H}_2\text{O}$. (IA)
4. Se sugiere monitorizar el VT teniendo como meta una Presión de conducción < 15 . (IIC).

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 55 de 114 |

PEEP

5. Se sugiere en pacientes con SDRA leve y moderado el uso de PEEP de 5 y 10 mmH₂O (IIB)
6. Se sugiere en pacientes con SDRA severo iniciar con PEEP entre 10 y 16 mmHg con posterior titulación (IIC)
7. Se recomienda para la titulación de PEEP el uso de la tabla de FiO₂/PEEP para el abordaje inicial (IB)
8. Se sugiere en pacientes con SDRA moderado a severo, el uso de presión de conducción para la titulación de PEEP (IIB)

Relajación Muscular

9. Se recomienda el uso de cisatracurio en las primeras 48 horas, en pacientes con PaO₂/FiO₂ < 150 mmHg, durante un periodo de 48 horas. (1B)

Otras Medidas Farmacológicas (Corticoides, óxido nítrico, líquidos endovenosos)

10. Se recomienda evitar el uso rutinario de esteroides en pacientes con SDRA. (1C).

Ventilación Posición Prono

11. Se recomienda el uso temprano de la ventilación en posición prona, por al menos 16 horas continuas, en pacientes con SDRA con PaO₂/FiO₂<150mmHg. (1B).

Terapia con Oxigenación por membrana extracorpórea - ECMO


12. Se sugiere el uso de ECMO en pacientes con hipoxemia que no respondieron al manejo convencional. (2B).
13. Se recomienda en los pacientes con SDRA en quienes se decidió usar ECMO, emplear ECMO veno-venoso temprano en un centro especializado. (1B).

La terapia ECMO no es la primera línea de tratamiento en caso de pandemia. Se utilizará de acuerdo con disponibilidad. Se sugieren que los siguientes pacientes son candidatos para inicio de terapia ECMO:

- Hipoxemia severa: PaFi < 50 con FiO₂ > 0.9 durante 3 horas ó, PaFi < 80 con FiO₂ > 0.9 durante 6 horas, Hipercapnia severa: PaCO₂ > 80 mmHg o, pH < 7.25 y PaCO₂ > 60 mmHg durante > 6 horas.
- En los pacientes con SDRA en quienes se decidió su uso, se recomienda emplear ECMO veno-venoso temprana en centros especializados
- ECMO veno – venoso es el soporte extracorpóreo para elegir en estos pacientes, sin embargo, dado que la miocarditis está documentada como una de las complicaciones de las infecciones virales por virus Influenza o MERSCoV, se debe considerar un modo asistido tipo ECMO veno – arterial (VA-ECMO) como última línea en este grupo de pacientes.

CRITERIOS DE EGRESO DE UCI: Tolerancia a la extubación al menos por 48-72 horas, disminución del aporte de oxígeno con saturación de oxígeno >90% por más de 48 horas, sin requerimientos de soporte inotrópico o vasopresores, tolerancia de la vía oral, ausencia de fiebre >72 horas sin antipiréticos.

Con requerimiento de oxígeno suplementario si no hay signos de dificultad respiratoria y no hay alteración o disfunción aguda de otro órgano y las condiciones de aislamiento lo permitan.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 56 de 114 |

Con ventilación mecánica si hay fracaso en el retiro del ventilador y requiere un proceso prolongado de este soporte y no hay signos de dificultad respiratoria y no hay alteración o disfunción aguda de otro órgano y las condiciones de aislamiento lo permitan.

Embarazo

1. Se sugiere en pacientes embarazadas con SDRA mantener una PaCO₂ entre 28 y 45 mmHg y una PaO₂ mayor de 70mm Hg. (2B).
2. Se recomienda el manejo interdisciplinario entre intensivista neonatólogo de la paciente embarazada con SDRA. (1C)
3. Se recomienda que la decisión de desembarazar sea por causa obstétrica y no por el SDRA. (1C).

TRATAMIENTO ESPECÍFICO COVID - 2019

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

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


Los tratamientos no autorizados deberían ser administrados solo en el contexto de ensayos clínicos éticamente aprobados.

Sin embargo, dada la alta mortalidad de pacientes con COVID-19 que desarrollan SDRA se deberá evaluar individualmente cada caso por parte de una junta médica compuesta, al menos, por dos de los siguientes: especialista en medicina crítica, neumólogo, infectólogo. Esta actividad podrá realizarse en la modalidad de telemedicina.

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

Contenido sugerido de la bandeja de intubación COVID-19 pre-preparada

- 1 Videolaringoscopio (con hoja dimensionada para el paciente)
- 2 Video laringoscopia hiperangulada (si está disponible, con una hoja dimensionada para el paciente)
- 3 Laringoscopio directo (con hoja dimensionada para el paciente)
- 4 Bougie/Stylet*
- 5 Jeringa de 10 ml
- 6 Protector de tubo
- 7 Lubricante
- 8 Tubo endotraqueal (apropiado de acuerdo a talla del paciente)

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 57 de 114 |

9 Vías respiratorias supraglotóticas de segunda generación (según talla del paciente)

10 Tubo nasogástrico de gran diámetro (tamaño adecuado para el paciente)

11 Continuous waveform end-tidal CO₂ (ETCO₂) cuvette or tubing

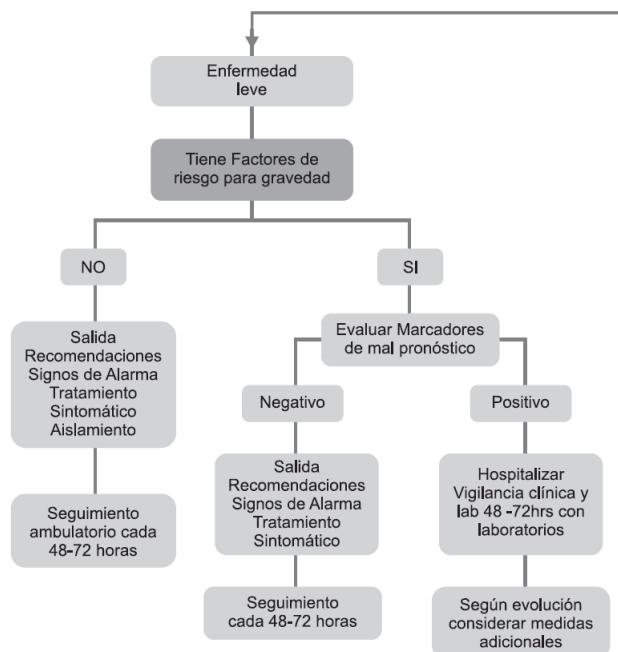
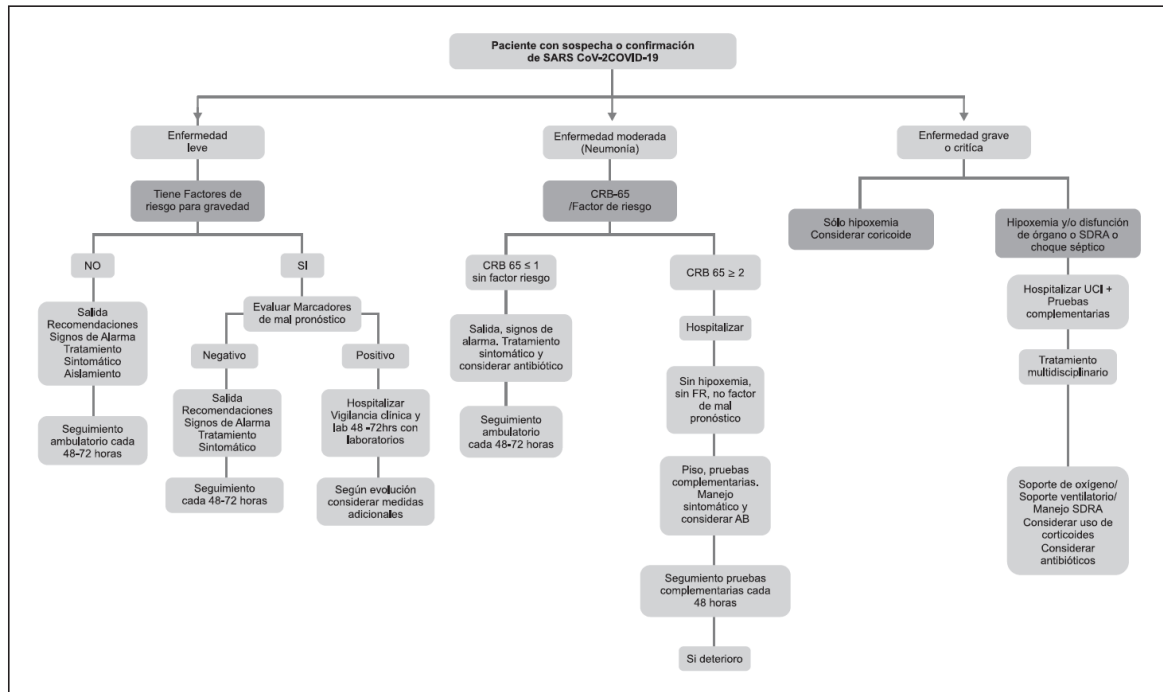
12 Filtro viral


13 Cateter de succión cerrado

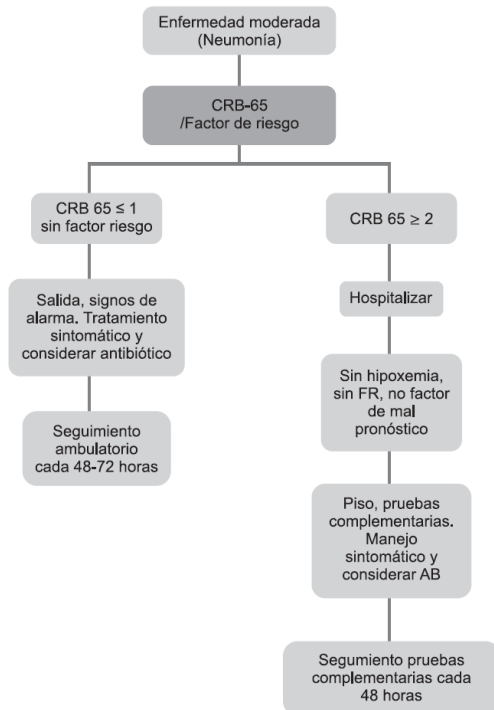
*Debe haber al menos un introductor precurvado (bougie/stylet) disponible para su uso.

ESQUEMAS TERAPEUTICOS RECOMENDADOS DE ACUERDO CON GRAVEDAD EN SARS-CoV-2/ COVID-19.

| Severidad | Descripción |
|---------------------------|--|
| Enfermedad leve | Pacientes sintomáticos con base en criterio de definición de caso COVID-19 sin evidencia de neumonía viral o hipoxia |
| Enfermedad Moderada | Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) sin signos de neumonía grave, con SpO ₂ ≥ 90% en aire ambiente |
| Neumonía Enfermedad Grave | Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) más uno de los siguientes: |
| Neumonía grave | <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min - Dificultad respiratoria severa - SpO₂ < 90% en aire ambiente |
| Enfermedad critica | Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda SDRA |
| | Sepsis |
| | Choque séptico |
| Asintomático | Se debe indicar aislamiento por 10 días desde la toma de la muestra para rt-PCR. No es necesario realizar control de detección de anticuerpos o prueba de rt-PCR, como un requisito para reincorporarse al trabajo. |

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


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 59 de 114 |



Recomendaciones en caso de hospitalizar en sala general pacientes con sospecha o diagnóstico COVID-19.

INDICACIONES GENERALES.

1. Hospitalizar por Medicina Interna.
2. Definir nivel de gravedad del paciente: Enfermedad no complicada - Neumonía leve - Neumonía grave - Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda SDRA - Sepsis - Shock séptico.
3. Establecer escala CURB-65 como sistema de evaluación de gravedad en Neumonía Adquirida en la Comunidad.

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

C: Confusión.

Puntuación test mental abreviado ≤ 8 o Presencia de desorientación en persona, lugar o tiempo.

U: Urea > 44 mg/dl o BUN > 19 mg/dl


R: Frecuencia respiratoria ≥ 30 /min

B: Presión arterial sistólica < 90 mm Hg

Presión arterial diastólica ≤ 60 mm Hg

65: Edad ≥ 65 años

Test mental abreviado para evaluar Confusión.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 60 de 114 |

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


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

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


Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Segunda Edición. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia.

Sección VIII. Prevención y control de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19. VOL. 24 (3) SUPLEMENTO 2 2020, versión 06 junio 2020. <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.872>.

<http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/103>

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 61 de 114 |


4. Revisar reportes de paraclínicos que identifican pacientes de mal pronóstico:
 - Linfopenia (menor de 1000 células/mm³)
 - Dímero D elevado (mayor a 1000 ng/ml o ug/L)
 - PCR elevada (mayor a 15 mg/dl)
 - LDH elevada (mayor a 350 UI/L)
 - Ferritina elevada (mayor a 1000 ng/ml o ug/L)
5. Habitación individual o traslado a zona hospitalaria para pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19.
6. Aislamiento de contacto – gotas.
 Se recomienda seguir las precauciones estándar más precauciones por contacto (bata antifluido y guantes) y por gotas (mascarilla quirúrgica y gafas o visores protectores), en caso de tener contacto a menos de dos metros del paciente, cuando no se hagan procedimientos generadores de aerosoles.
 Respirador N95 o su equivalente, cuando se realicen procedimientos generadores de aerosoles.
7. Dieta según características del paciente por nutricionista clínica.
8. Se recomienda permanecer el mayor tiempo posible en decúbito prono.
9. Suplencia de Oxígeno si SaO₂ (cánula nasal convencional o de alto flujo o máscara venturi según sea el caso).
 - Suministrar oxígeno a pacientes con COVID-19 en los diversos escenarios (SARS, SDRA, hipoxemia o choque) para lograr metas mayores a 94%.
 - Iniciar oxígeno a 4-5 Litros/minuto y titular el flujo para mantener SaO₂>93% durante la reanimación o usar máscara facial con bolsa de reservorio (10-15 L/min) si el paciente está en condición crítica.
 - Una vez el paciente se encuentre estable la meta de SaO₂>90% en adultos y >92-95% en embarazadas.
10. Tapón venoso o líquidos endovenosos Lactato de Ringer 500 ml IV para 24 h para mantener vena permeable.
 Se recomienda un manejo conservador de líquidos para evitar un balance positivo que podría deteriorar la oxigenación.
11. Verificar historial de alergias a medicamentos del paciente.
12. Monitorizar Saturación arterial de Oxígeno con pulso oximetría cada 12 horas.
13. Control de signos vitales y avisar cambios.
14. Curva térmica.
15. Control de líquidos administrados y eliminados, evitar sobrecarga hídrica de los pacientes.
16. Recomendaciones generales y signos de alarma.
17. En caso de deterioro clínico (respiratorio o hemodinámico) presentar caso en la UCI.
18. En caso de pacientes con hipertensión arterial crónica de base, indicar antihipertensivos si tensión arterial es mayor de 130/80 mm Hg.
 No se recomienda suspender o cambiar ARAII o IECA si es del caso.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 62 de 114 |

19. Gestionar con epidemiología hospitalaria elementos de protección personal (EPP) para equipo sanitario a cargo de paciente en zona hospitalaria, según indicaciones del protocolo establecido.
20. Notificar caso y contactos estrechos comunitarios a epidemiología hospitalaria para indicaciones de aislamiento preventivo y toma de muestras rt-PCR.
Persona asintomática con o sin factores de riesgo que es contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19:
 - Dejar en aislamiento, insistir en medidas de prevención y notificación temprana en caso de aparecer síntomas.
 - Tomar rt-PCR dentro de los 7 a 14 días del contacto estrecho.
 - Si rt-PCR es positiva y paciente persiste asintomático: continuar aislamiento por 10 días desde la toma de la muestra, en caso de pacientes con inmunosupresión de base se sugiere continuar aislamiento por 15 días desde la toma de la muestra.
 - Si rt-PCR es negativa y paciente se encuentra asintomático, puede reiniciar sus actividades sociales y laborales con medidas de prevención.
 - Si no se logra realizar la rt-PCR y persiste asintomático, se recomienda aislamiento domiciliario por 14 días desde el momento de la exposición, con reintegro social y laboral si paciente no desarrolla síntomas; en estos casos se sugiere realizar luego de la segunda semana del contacto riesgo una prueba rápida para la detección de anticuerpos SARS CoV-2 IgG e IgM.
21. Según reportes de estudios microbiológicos realizar los ajustes que sean del caso en la terapia antimicrobiana.
 - Si reporte rt-PCR en aspirado traqueal o hisopado nasofaríngeo para SARS CoV-2 es negativo y cuadro clínico- imagenológico es compatible con COVID-19, enviar nueva muestra de aspirado traqueal o secreciones traqueobronquiales con 48 a 72 h de diferencia y solicitar anticuerpos IgG-IgM SARS-CoV-2 si paciente tiene más de 11 días de evolución con respecto al inicio de los síntomas.
 - Si se descarta coinfección por Influenza Virus, suspender Oseltamivir VO.
 - Si se descarta coinfección bacteriana, suspender antimicrobianos IV – VO.
22. En caso de considerar egreso, notificar previamente a la secretaria de salud departamental o distrital según sea el caso y EPS de la paciente. Se debe gestionar traslado a casa en ambulancia no medicalizada (a cargo de la EPS) o vehículo destinado para tal fin por la secretaria de salud, si el paciente no cuenta con vehículo particular para su traslado o su familia y convivientes se encuentran en aislamiento preventivo.
23. En caso de egresar indicar incapacidad médica para reposo relativo y aislamiento obligatorio en casa de 10 a 28 días contados a partir del inicio de los síntomas:
En caso de pacientes con síntomas leves a moderados: 10 a 14 días.
En caso de pacientes con síntomas severos: 20 a 28 días.

En cuanto a lo relacionado con el reintegro social y laboral de casos con síntomas leves a moderados, este se puede dar si se cumplen 3 requisitos:

- **Aislamiento por un mínimo de 10 días** contados a partir del inicio de los síntomas.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 63 de 114 |

- **Ausencia de fiebre** por más de 24 a 72 h sin el uso de medicamentos antipiréticos.
- **Mejoría de síntomas** respiratorios (tos y disnea) o gastrointestinales (diarrea).
- En caso de pacientes con inmunosupresión de base se recomienda un aislamiento por 15 a 20 días.
- En casos de COVID-19 severo o crítico el aislamiento se debe extender a 20 días.
- No es necesario realizar control de detección de anticuerpos o prueba de rt-PCR, como un requisito para reincorporarse al trabajo.

Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19, Updated July 17, 2020.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html?s=09>

Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Suspected or Confirmed COVID-19 (Interim Guidance), Updated May 5, 2020.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>

ADENDO: ACTUALIZACIÓN CONSENSO 27/06/2020 CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD: RECOMENDACIONES BASADAS EN CONSENSO DE EXPERTOS E INFORMADAS EN LA EVIDENCIA ACIN-IETS.

<https://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/895>

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 \geq 24 horas sin antipiréticos
- y
- ▶ Ausencia de dificultad respiratoria con saturación de oxígeno $>90\%$ al aire ambiente por más de 48 horas sin alteraciones del ritmo cardíaco.
- y
- ▶ No requiere hospitalización por otras patologías
- y
- ▶ Tolerancia a la vía oral

24. Recomendaciones para el manejo de la LACTANCIA MATERNA si es del caso:

Se sugiere, en caso de no ser posible la extracción manual de la leche, el neonato sea amamantado, teniendo en cuenta realizar una limpieza previa del área de las mamas y pezones con jabón, y abundante agua, higienizar de manos previo a la lactancia y usar mascarilla convencional por parte de la madre.

25. Se recomienda que el neonato asintomático hijo de madre sintomática, permanezca en aislamiento de la madre en habitación individual con cuidador sano o de no disponer del mismo, en la unidad neonatal, mientras cumple los cuidados rutinarios para el egreso.

26. Recomendaciones adicionales egreso MADRE – RECIEN NACIDO: Se recomienda al egreso continuar el aislamiento de la madre y el recién nacido por 28 días, con las medidas indicadas de higiene de manos antes de tocar al recién nacido, o de extraerse leche, uso permanente de mascarillas quirúrgicas estándar. Evitar hablar especialmente durante el

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 64 de 114 |

amamantamiento o extracción de la leche y mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

27. En caso de realizarse un procedimiento generador de aerosoles, el personal no podrá ingresar durante 3 horas después de la realización del procedimiento a menos que ingrese con protección contra aerosoles.
28. 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.
29. Se recomienda que el familiar o cuidador del paciente con infección por SARS CoV-2 / COVID-19 que cumpla criterios de acompañamiento debe ser único, sin comorbilidades y menor de 60 años.


Diligenciar solicitud de consentimiento informado escrito para el acompañamiento de pacientes con infección sospechada o confirmada por SARS CoV-2 / COVID-19.

30. Se recomienda restricción absoluta de visitas de familiares de pacientes infectados por SARS CoV-2 / COVID-19 en las unidades de cuidado intensivo, servicios de urgencias y servicios de hospitalización salvo en las siguientes situaciones:

- Pacientes pediátricos
- Pacientes adultos con dependencia o discapacidad que ameriten acompañante permanente según criterio de los médicos tratantes.

La movilización del acompañante está absolutamente restringida.

31. Se recomienda en la institución donde fallece el paciente permitir un momento de despedida a 1 o 2 familiares designados quienes no tengan factores de riesgo ni sean mayores de 60 años, con los EPP apropiados (mascarilla quirúrgica, bata, guantes). No se permitirá tocar al fallecido, debiéndose mantener la distancia de dos metros del cuerpo y un tiempo de exposición inferior a 15 minutos.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 65 de 114 |

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

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

Clarithromicina

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

Ceftriaxona

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

TERAPIA ANTIVIRAL EMPIRICA DIRIGIDA CONTRA INFLUENZA VIRUS A/B.

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

Oseltamivir


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

TERAPIA ANTIVIRAL EMPIRICA DIRIGIDA CONTRA SARS-CoV-2.

Lopinavir/Ritonavir

Evidencia actual no apoya el uso de inhibidores de la proteasa en pacientes con COVID-19:

- Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 thERapY (RECOVERY) Trial on lopinavir-ritonavir, 29 June 2020.
<https://www.recoverytrial.net/news/no-clinical-benefit-from-use-of-lopinavir-ritonavir-in-hospitalised-covid-19-patients-studied-in-recovery>

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 66 de 114 |

- WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID-19. <https://www.who.int/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19>

Cloroquina o Hidroxicloroquina

Evidencia actual no apoya el uso de antimaláricos en pacientes con COVID-19:

- Tang W, et al. Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. BMJ 2020; 369.
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1849> (Published 14 May 2020).
- Mahévas M, et al. Clinical efficacy of hydroxychloroquine in patients with covid-19 pneumonia who require oxygen: observational comparative study using routine care data. BMJ 2020; 369.
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1844> (Published 14 May 2020).
- Rosenberg ES, et al. Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. JAMA. Published online May 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8630.
- Qaseem A, et al. Should Clinicians Use Chloroquine or Hydroxychloroquine Alone or in Combination With Azithromycin for the Prophylaxis or Treatment of COVID-19? Living Practice Points From the American College of Physicians (Version 1). Ann Intern Med. 2020.
doi:10.7326/M20-1998.
- Mehra M, et al. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. www.thelancet.com. Published online May 22, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6).
- Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 thERapY (RECOVERY) Trial on hydroxychloroquine, 5 June 2020.
<https://www.recoverytrial.net/news/statement-from-the-chief-investigators-of-the-randomised-evaluation-of-covid-19-therapy-recovery-trial-on-hydroxychloroquine-5-june-2020-no-clinical-benefit-from-use-of-hydroxychloroquine-in-hospitalised-patients-with-covid-19>

No se recomienda por el momento el uso de **Ivermectina** como antiviral teniendo en cuenta evidencia clínica limitada:

Recomendación sobre el uso de ivermectina para el tratamiento de la COVID-19

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52379/OPSIMSCDECOVID-19200033_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

López Reboiro M.L, et al. COVID-19 y Argumentum ad ignorantiam o «no todo vale». Revista Clínica Española, Available online 4 May 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.013>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301223?via%3Dihub>

Schmith V. D, et al. The Approved Dose of Ivermectin Alone is not the Ideal Dose for the Treatment of COVID-19. Clinical Pharmacology & Therapeutics. <https://doi.org/10.1002/cpt.1889>

<https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpt.1889>


Remdesivir: No disponible en Colombia.

TERAPIA ANTI-INFLAMATORIA

Se recomiendan dosis bajas de esteroides sistémicos en casos de pacientes con más de 7 días de evolución de los síntomas que requieran suplencia de Oxígeno.

Dexametasona

- Dosis: 6 mg/día IV o VO durante 6 a 10 días según evolución.
- Alternativas:
Hidrocloridato 80 mg cada 12 h IV o Prednisona 40 mg/día VO (Embarazo o Lactancia).
Metilprednisona 32 mg/día IV.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 67 de 114 |

- Precaución:
 1. Se debe indicar profilaxis Estrongiloidiasis (síndrome de hiperinfestación) con Ivermectina solución 0.6% a dosis de 200 ug/kg/día VO por 1 a 2 días (1 gota/kg/día VO por 1 a 2 días), especialmente en pacientes procedentes de zonas rurales o zonas urbanas con deficiencias higiénicas y sanitarias; las contraindicaciones para el uso de Ivermectina son: Embarazo, Lactancia, Edad menor de 1 año, y peso menor de 15 kg; no se recomienda el uso de Albendazol como alternativa a la Ivermectina teniendo en cuenta estudios que demuestran menor eficacia.
 2. Se debe descartar neumonía por Influenza virus teniendo en cuenta aumento de mortalidad relacionada con el uso de esteroides sistémicos.

- Presentación disponible:

Dexametasona Viales x 4 mg y 8 mg.

Hidro cortisona viales x 100 mg.

Metilprednisolona viales x 500 mg.

Prednisolona tabletas x 5 mg.

Ivermectina solución oral 0,6%, frasco x 5 ml (150 gotas).

- Evidencia:

Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 thERapY (RECOVERY) Trial on dexamethasone, 16 June 2020.

https://www.recoverytrial.net/files/recovery_dexamethasone_statement_160620_v2final.pdf

Fardet L, et al. Severe strongyloidiasis in corticosteroid-treated patients. *Clinical Microbiology and Infection*. Volume 12, Issue 10, October 2006, Pages 945-947. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X1462022X>

Henriquez-Camacho C, et al. Ivermectin versus albendazole or thiabendazole for Strongyloides stercoralis infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art. No.: CD007745.

DOI: 10.1002/14651858.CD007745.pub3

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007745.pub3/full>

Vasquez-Rios G, et al. Strongyloides stercoralis infection after the use of emergency corticosteroids: a case report on hyperinfection syndrome. *J Med Case Reports* 13, 121 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13256-019-2022-y>

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13256-019-2022-y.pdf>

Hailu T, et al. Efficacy of Single Dose Ivermectin Against Strongyloides stercoralis Infection Among Primary School Children in Amhara National Regional State. *Infect Dis (Auckl)*. 2020; 13: 1178633720932544. doi: 10.1177/1178633720932544

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7297470/>

Thomas MC, Costello SA. Disseminated strongyloidiasis arising from a single dose of dexamethasone before stereotactic radiosurgery. *Int J Clin Pract*. 1998;52(7):520-521.


<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10622101/>

Buonfrate D, Gobbi F Treatment for chronic Strongyloides stercoralis infection: moderate-to-low evidence shows that ivermectin is more effective and tolerable than albendazole and thiabendazole, respectively *BMJ Evidence-Based Medicine* 2016; 21:102.

<https://ebm.bmj.com/content/21/3/102>

Perlas Clínicas. Controversias: Esteroides y desparasitación ¿una estrategia válida para todos los pacientes?

<https://extension.medicinaudea.co/index.php/programas/item/307-controversias-esteroides-y-desparasitacion>

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 68 de 114 |

Tocilizumab.

Se sugiere el uso de Tocilizumab en pacientes que no respondieron a esteroides o tienen contraindicación para su uso y en quienes se cumplan todos los siguientes criterios:


- ▶ Más de 7 días de evolución de los síntomas.
- ▶ Deterioro respiratorio (evidente requerimiento de soporte ventilatorio o aumento en requerimiento de parámetros ventilatorios, en pacientes que ya se encuentran en ventilación mecánica).
- ▶ Niveles de IL 6 > 40 pg/mL en donde estén disponibles o alternativamente niveles de Dímero D mayores a 1500 ng/ml.
- ▶ 2 de 3 de los siguientes:
 1. PCR > 100 mg/L o > 50 mg/L, si su valor se duplicó en las últimas 48 h.
 2. LDH > 250 UI/ml.
 3. Recuento absoluto de linfocitos < 600 células/mm³
- ▶ Haber descartado otros posibles focos de infección aparte del SARS CoV-2.

Contraindicaciones:

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

Dosis:

- 8 mg/kg (400 a 800 mg) IV por 1 o 2 dosis con intervalo de 8 a 24 h.
La segunda dosis se indicaría a los pacientes que no muestren datos de mejoría clínica.
- Diluir a 100 ml con solución salina normal y pasar en perfusión de 60 a 90 minutos.
- No se requiere ajuste de la dosis en pacientes con disminución de la Tasa de Filtración Glomerular.
- En pacientes con Hemodiálisis realizar la sesión correspondiente al menos 4 horas antes de la administración de Tocilizumab.
- Presentación comercial: viales 80, 200, y 400 mg (20 mg/ml).
- Monitorizar ALT/AST, Hemograma, PCR, LDH, Dímero D y Ferritina de forma diaria durante 5 días.
- Se debe vigilar progresión a sHLH – Linfocitosis hemofagocítica secundaria (presentación severa del síndrome de liberación de citoquinas: pancitopenia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, aumento de LDH e hipofibrinogenemia) - CHEST 2020; 158(1): e15-e19.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 69 de 114 |

- El riesgo de sobreinfecciones en pacientes con VMI se aumenta 2 a 3 veces con el uso de Tocilizumab (54% vs. 26%; $p < 0.001$) - medRxiv 2020.05.29.20117358.

Evidencia: Débil a favor, no RCT publicado a la fecha.

Zhang Chi, et al. Cytokine release syndrome in severe COVID-19: interleukin-6 receptor antagonist tocilizumab may be the key to reduce mortality. International Journal of Antimicrobial Agents 55 (2020) 105954. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105954>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920301047>

Sciascia S, et al. Pilot prospective open, single-arm multicentre study on off-label use of tocilizumab in severe patients with COVID-19. Clinical and Experimental Rheumatology 2020; 38: 529-532.

<https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=15723>

Fu, B., et al. Why tocilizumab could be an effective treatment for severe COVID-19? J Transl Med 18, 164 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02339-3>

<https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-020-02339-3>

Guaraldi G, et al. Tocilizumab in patients with severe COVID-19: a retrospective cohort study. Lancet Rheumatol 2020, Published Online June 24, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30173-9](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30173-9)

[https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(20\)30173-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(20)30173-9/fulltext)


Xiaoling Xu, et al. Proceedings of the National Academy of Sciences May 2020, 117 (20) 10970-10975; doi: 10.1073/pnas.2005615117

<https://www.pnas.org/content/117/20/10970.short>

Luo, P, et al. Tocilizumab treatment in COVID-19: A single center experience. J Med Virol. 2020; 92: 814– 818. <https://doi.org/10.1002/jmv.25801>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25801>

Alzghari SK, et al. Supportive Treatment with Tocilizumab for COVID-19: A Systematic Review. J Clin Virol. 2020 Jun; 127: 104380. Published online 2020 Apr 21. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104380

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 70 de 114 |

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194791/>

Cala-García JD, et al. Recovery of COVID-19 acute respiratory distress syndrome with tocilizumab: successful outcome in two critically ill patients. Future Medicine, Published Online:14 Jul 2020. <https://doi.org/10.2217/imt-2020-0154>

<https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/imt-2020-0154#.XxQ-XMdmTfo.twitter>

Iwamoto, M, et al. Effective and safe administration of tocilizumab to a patient with rheumatoid arthritis on haemodialysis. Rheumatol Int 31, 559–560 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1430-5>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-010-1430-5#citeas>

Fontana F, et al. COVID-19 pneumonia in a kidney transplant recipient successfully treated with tocilizumab and hydroxychloroquine. Am J Transplant. 2020; 20:1902–1906. <https://doi.org/10.1111/ajt.15935>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajt.15935>

Morrison AR, et al. Acute hypertriglyceridemia in patients with COVID-19 receiving tocilizumab. J Med Virol. 2020;1–2. <https://doi.org/10.1002/jmv.25907>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25907>


De Luna G, et al. Rapid and severe Covid-19 pneumonia with severe acute chest syndrome in a sickle cell patient successfully treated with tocilizumab. Am J Hematol. 2020; 95:876–878. <https://doi.org/10.1002/ajh.25833>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/ajh.25833>

Mihai C, et al. COVID-19 in a patient with systemic sclerosis treated with tocilizumab for SSc-ILD. Annals of the Rheumatic Diseases 2020; 79: 668-669. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217442>

<https://ard.bmj.com/content/79/5/668.abstract>

Zhang X, et al. First case of COVID-19 in a patient with multiple myeloma successfully treated with tocilizumab. Blood Adv. 2020 Apr 14; 4(7): 1307–1310. Published online 2020 Apr 3. doi: 10.1182/bloodadvances.2020001907

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 71 de 114 |

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7160284/>

Cellina M, et al. Favorable changes of CT findings in a patient with COVID-19 pneumonia after treatment with tocilizumab. Diagn Interv Imaging. 2020;101(5): 323-324.
doi: 10.1016/j.diii.2020.03.010

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270926/>

Michot JM, et al. Tocilizumab, an anti-IL6 receptor antibody, to treat Covid-19-related respiratory failure: a case report. Annals of Oncology (2020).
doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.300>.

[https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(20\)36387-0/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(20)36387-0/pdf)

Somers EC, et al. Tocilizumab for treatment of mechanically ventilated patients with COVID-19. medRxiv 2020.05.29.20117358;
doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.29.20117358>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.29.20117358v1>

Radbel J, et al. Use of Tocilizumab for COVID-19-Induced Cytokine Release Syndrome: A Cautionary Case Report. CHEST 2020; 158(1): e15-e19.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.04.024>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0012369220307649>

No se recomienda por el momento el uso de **Colchicina** teniendo en cuenta evidencia clínica limitada.

Deftereos SG, Giannopoulos G, Vrachatis DA, et al. Effect of Colchicine vs Standard Care on Cardiac and Inflammatory Biomarkers and Clinical Outcomes in Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019: The GRECCO-19 Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020;3(6): e2013136.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13136


<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2767593>

DOSIS DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CON PESO MENOR A 40 KG.

Azitromicina: 26-35 kg: 300 mg VO día; 36-45 kg: 400 mg VO día; ≥ 46 kg: 500 mg VO día.

Claritromicina: 7.5 mg/kg IV/VO cada 12 horas (max: 500 mg/dosis).

Dexametasona: 150 ug/kg IV/VO día (max: 6 mg/día).

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 72 de 114 |

Hidrocortisona: 0.5 mg/kg IV cada 12 horas.

Metilprednisolona: 0.8 mg/kg IV día (max: 32 mg/día).

Prednisolona: 1 mg/kg VO día (max: 40 mg/día).

MEDICACION GENERAL.

- Dipirona 1 g IV cada 8 h o Acetaminofén 500 a 1000 mg VO cada 8 h en caso de dolor o fiebre.

- Tramadol 50 mg IV cada 6 h en caso de dolor persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.

- Metoclopramida 10 mg IV o VO cada 8 h en caso de nauseas o vómitos, previa hidratación del paciente.

- Omeprazol 20 a 40 mg VO 30 minutos predesayuno (o 40 mg IV cada 24 h) o Ranitidina 150 mg VO cada 12 h o 300 mg VO en las noches (o 50 mg IV cada 8 h) o Sucralfate 1 g VO 3 veces al día, 1 h antes de los alimentos, administrar antimicrobianos 2 h antes o 4 h después del Sucralfate para disminuir riesgo de interacciones.

Indicar Ranitidina o Inhibidores de bomba de protones en pacientes con factores de riesgo para sangrado gastrointestinal: ventilación mecánica por ≥ 48 h, coagulopatía, terapia de reemplazo renal, hepatopatía, y múltiples comorbilidades,

- Dihidrocodeína bitartrato jarabe 12,1 mg/ 5 ml a dosis de 5 ml VO cada 8 h o 7.5 ml VO cada 12 h en caso de tos seca persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.
o
Acetaminofén/Codeína tabletas 325 mg/8-30 mg a dosis de 8-30 mg VO cada 6 a 8 h en caso de tos seca persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.

En caso no respuesta a codeína, se sugiere inicio Morfina, usar la mínima dosis requerida para proveer alivio y titular de acuerdo a su necesidad. En caso de falla renal o intolerancia se puede considerar el uso de Oxycodona o Hidromorfona IV/SC.

Dosis recomendadas de Morfina: Tos 1- 2 mg IV/SC cada 6 - 8 h - Disnea o dolor 2- 3 mg IV/SC cada 6 h.

- Difenhidramina jarabe 12,5 mg/ 5 ml o Clorfeniramina jarabe 2 mg/ 5 ml a dosis de 10 a 20 ml vía oral en las noches en caso de insomnio persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.


- Bisacodilo 5 a 10 mg vía oral en las noches en caso de estreñimiento persistente.

- Loperamida 2 mg vía oral cada 8 h en caso de diarrea persistente, se deben vigilar interacciones medicamentosas.

- Hidróxido de Aluminio suspensión a dosis de 30 ml vía oral en caso de síntomas acidopépticos o tabletas 234 mg a dosis de 2 tabletas vía oral en caso de síntomas acidopépticos.

- Salbutamol 100 ug/puff mas Bromuro de Ipratropium 20 ug/puff para utilizar con inhalocámara en caso de broncoespasmo.
No Micronebulizar por alto riesgo de generar aerosoles.

- Enoxaparina SC.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 73 de 114 |


- a. COVID-19 severo o crítico: antiacoagulación plena con 1 mg/kg cada 12 h. Si depuración de creatinina es < 30 ml/min, disminuir dosis de Enoxaparina en un 50%.
- b. En casos no severos o críticos que requieran hospitalización considerar dosis intermedias de Enoxaparina (40 mg cada 12 h) si Dímero D es > 1500 ng/ml.
Si Dímero D es ≤ 1500 ng/ml, indicar dosis profilácticas de Enoxaparina según el peso del paciente:
<70 Kg: 40 mg/día –
70-100 kg: 60 mg/día –
>100 kg: 40mg cada 12 h o 80 mg/día –
Se debe continuar Enoxaparina SC hasta el egreso hospitalario.

- Evitar AINES de forma sistémica en pacientes hospitalizados por COVID-19.

- Recomendaciones para el manejo del Delirium
- Para el manejo no farmacológico se recomienda identificar y tratar posibles causas, incluyendo la oxigenoterapia para tratamiento de hipoxemia.
 - En adultos:
 - Delirium hiperactivo, se recomienda uso de Haloperidol vía IV/SC, usar la mínima dosis requerida para proveer alivio y titular de acuerdo con su necesidad, considerar uso por horario cada 8 horas si el síntoma es persistente.
 - Delirium con predominio de insomnio por intranquilidad o agitación nocturna, considerar uso de Quetiapina o Levomepromazina.

PARACLINICOS DE INGRESO / SEGUIMIENTO:


1. Gases arteriales con Lactato.
2. Hemograma.
3. BUN – Creatinina.
4. Ionograma (Sodio – Cloro – Potasio).
5. Calcio – Magnesio – Fosforo (opcional).
6. TGO – TGP – Bilirrubinas – Fosfatasa alcalina.
7. GGT (opcional).
8. Albumina – Globulinas – Proteínas totales (opcional).
9. Glicemia.
10. TP – TPT.
11. LDH.
12. Ferritina.
13. Dímero D.
14. Fibrinógeno (opcional).
15. VSG.
16. PCR.
17. CPK total – MB.
18. Troponina I o T.
19. Extendido de sangre periférica (opcional).
20. Procalcitonina sérica (opcional).
21. Uroanálisis.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 74 de 114 |

22. Microalbuminuria (opcional).
23. Electrocardiograma convencional.
24. Hemocultivos N.2, tomar al mismo tiempo en sitios de punción diferentes con agujas diferentes.
25. Gram –cultivo aerobios – antibiograma en esputo (si paciente presenta tos con expectoración).
Se recomienda no usar el uso del esputo inducido por el alto riesgo de formación de aerosoles.
26. Baciloscopia seriada de esputo con cultivo para Micobacterias (si paciente presenta tos con expectoración), (opcional).
Se recomienda no usar el uso del esputo inducido por el alto riesgo de formación de aerosoles.
27. Tamizar infecciones crónicas ocultas:
 - VIH EIA o ELISA.
 - VHB antígeno de superficie.
 - VHB anticore total (opcional).
 - VHC anticuerpos totales.
 - VDRL sérico (opcional).
 - Anticuerpos contra Treponema pallidum (opcional).
28. Antígeno Influenza (prueba rápida) en aspirado traqueal o hisopado nasofaríngeo o Hipofaríngeo.
Muestra de aspirado traqueal debe ser tomada idealmente por Terapia Respiratoria.
29. Rt-PCR en aspirado traqueal para SARS-CoV-2. En caso de no posibilidad de aspirado traqueal, tomar muestra de hisopado nasofaríngeo. Muestra de aspirado traqueal debe ser tomada idealmente por Terapia Respiratoria.
Código CUPS 90.8.8.56 Identificación de otro virus (específica) por pruebas moleculares rt-PCR.

Se recomienda rt-PCR control a los 14 días de la prueba inicial en las siguientes situaciones:
 - COVID-19 crítico.
 - COVID-19 grave.

En pacientes asintomáticos o con cuadros leves a moderados, no se requiere rt-PCR control.
30. SARS-CoV-2 IgG – IgM (prueba rápida para detección de anticuerpos) si tiempo de evolución es de 11 días o más con respecto al inicio de los síntomas.
La evidencia actual no recomienda realizar este tipo de estudios en pacientes con tiempo de evolución con respecto al inicio de los síntomas menor a 11 días.
Código CUPS 90.6.2.70 SARS CoV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IgG.
Código CUPS 90.6.2.71 SARS CoV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IgM.
31. Panel Respiratorio FILMARRAY™ en aspirado traqueal o hisopado nasofaríngeo o

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 75 de 114 |

hipofaríngeo (CODIGO CUPS 908859: IDENTIFICACION SIMULTANEA DE MULTIPLES PATOGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES), **en 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.** Muestra de aspirado traqueal debe ser tomada idealmente por Terapia Respiratoria.

Para información complementaria consultar en:

<https://www.biomerieux.com.co/diagnostico-clinico/panel-respiratorio-filmarraytm>

32. Radiografía de Tórax postero-anterior y lateral.

33. TAC de tórax simple en los siguientes escenarios:

- Pacientes con presentación severa de la enfermedad.
- Pacientes con sospecha de neumonía por COVID-19.
- Pacientes con radiografía de tórax normal o con alteraciones radiológicas inespecíficas a quien se desea descartar un diagnóstico alterno.
- Pacientes con curso clínico no esperado, para detectar complicaciones y se considera que debería implicar cambios en la conducta terapéutica.

34. Paraclínicos seriados:

- c/ 1 a 2 días según evolución: Hemograma – BUN – Creatinina – Ionograma – PCR – LDH – Dímero D – Ferritina (opcional) – Procalcitonina (opcional).
- c/ 2 a 4 días según evolución: TGO – TGP.
- c/ 4 a 7 días según evolución: TP – TPT.
- Electrocardiograma según evolución clínica del paciente.
- Gases arteriales con lactato control según evolución clínica del paciente.
- Radiografía de Tórax postero-anterior y lateral control según la evolución clínica del paciente.

Adaptado de:


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

<https://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/853/905>

- Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Segunda Edición. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia.

Sección VIII. Prevención y control de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19. VOL. 24 (3) SUPLEMENTO 2 2020, versión 06 junio 2020. <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.872>.

<http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/103>

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 76 de 114 |

- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (Colombia). Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes, versión 2013.

<https://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-articulo-recomendaciones-el-diagnostico-tratamiento-prevencion-S0123939213700195>

- Validación Secundaria y verificación del desempeño de la prueba rápida “COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE”

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/analisis-validacion-pruebas-rapidas-covid19-iets.pdf>

- YNHHS Initial Treatment Algorithm for Hospitalized ADULTS with Non–Severe COVID-19 - Algorithm last updated 4/27/20

<https://files-profile.medicine.yale.edu/documents/e91b4e5c-ae56-4bf1-8d5f-e674b6450847>

- YNHHS Initial Treatment Algorithm for Hospitalized ADULTS with Non–Severe COVID-19 - Algorithm last updated 6/22/20

https://medicine.yale.edu/intmed/COVID-19%20ADULT%20Treatment%20Algorithm%206.22.20_389358_5_v1.pdf


- Recomendaciones de SEIMC sobre el uso de las pruebas de detección de anticuerpos, 27 de abril del 2020.

<https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020-Recomendaciones uso de las pruebas de deteccion de anticuerpos.pdf>

- Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia, versión 02, abril 2020.

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>

- NIH - COVID-19 Treatment Guidelines, Site Updated: April 21, 2020.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 77 de 114 |

<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/management-of-covid-19/>

- COVID-19 rapid guideline: antibiotics for pneumonia in adults in hospital. NICE guideline
Published: 1 May 2020.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng173/resources/covid19-rapid-guideline-antibiotics-for-pneumonia-in-adults-in-hospital-pdf-66141959536069>

- Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19, Last updated April 21, 2020.

<https://www.idsociety.org/globalassets/idsa/practice-guidelines/covid-19/treatment/idsa-covid-19-gl-tx-and-mgmt-v1.0.4.pdf>

- LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19-Versión 01, Código PSSS03, mayo 2020.

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS03.pdf>

- Rawson TM, et al. Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: A rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing, Clinical Infectious Diseases, , ciaa530.

<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa530>


- WHO Clinical management of COVID-19 - Interim guidance, 18 May 2020.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>

- SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN: GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF CRITICALLY ILL ADULTS WITH CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19).

<https://sepsis-one.org/surviving-sepsis-campaign-guidelines-on-the-management-of-critically-ill-adults-with-coronavirus-disease-2019-covid%E2%80%9119/>

- Mermel, L. (2020). Disposition of Patients with COVID-19 Infection Whose Respiratory Specimens Remain SARS-CoV-2 PCR-Positive. Infection Control & Hospital Epidemiology, 1-8. doi:10.1017/ice.2020.286.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 78 de 114 |

<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/disposition-of-patients-with-covid19-infection-whose-respiratory-specimens-remain-sarscov2-pcrpositive/15EFB8AC18F05B52EE7C3131DA2752BD>

- Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19, Código PSSS03, Versión 02, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, julio de 2020.

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS03.pdf>

- Alvarez C. A, et al. Testing Dilemmas: Post negative, positive SARS-CoV-2 RT-PCR – is it a reinfection?. Travel Medicine and Infectious Disease. Volume 35, May–June 2020, 101743.
<https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101743>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893920302222?via%3Dihub>


- ADENDO: ACTUALIZACIÓN CONSENSO 27/06/2020 CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD: RECOMENDACIONES BASADAS EN CONSENSO DE EXPERTOS E INFORMADAS EN LA EVIDENCIA ACIN-IETS.

<https://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/895>

- LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS MOLECULARES RT-PCR Y PRUEBAS SEROLÓGICAS DE ANTICUERPOS PARA SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA, Código GIPS21, Versión 04.


<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>

Dr. Abraham Katime Zúñiga.
Especialista en Medicina Interna e Infectología.


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 79 de 114 |

ANEXOS:


| Grupo de NAC con base en CURB-65 | | Sitio de tratamiento |
|--|--|--|
| Grupo I: Puntajes 0 y 1 a) Sano sin factores de riesgo b) Con factores de riesgo o comorbilidades c) Sin factores de riesgo o comorbilidades pero con condiciones socio demográficas | | <ul style="list-style-type: none"> Ambulatorio Ambulatorio Hospitalario en salas fuera de UCI |
| Grupo II: Puntaje 2 a) Sin factores de riesgo y sin comorbilidades b) Con factores de riesgo o comorbilidades | | Hospitalario en Salas fuera de UCI |
| Grupo III: Puntaje ≥ 3 (NAC severa) a) Sin factores de riesgo para P. aeruginosa o MRSA | | Hospitalización en UCI |
| Tipo de microorganismo | Características epidemiológicas | |
| Tipo de microorganismo | Características epidemiológicas | |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente a penicilinas | <ul style="list-style-type: none"> Edad: > 65 años Uso de Betalactámicos en los últimos 3 meses Alcoholismo Enfermedades comórbidas múltiples Inmunosupresión (incluyendo terapia con corticosteroides > 10 mg/día) Exposición a menores en un centro de cuidado diario u hogar infantil | |
| Bacilos gram negativos Entéricos (Enterobacteriaceae) | <ul style="list-style-type: none"> Residencia en un hogar de cuidado crónico u hogar geriátrico Enfermedad cardiopulmonar de base Uso reciente de antibióticos Enfermedades comórbidas múltiples | |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad o alteración pulmonar de base (bronquiectasias o EPOC severo) Terapia con corticosteroides (>10 mg de prednisolona por día) Terapia con antibióticos de amplio espectro ≥ 7 días en el último mes Malnutrición | |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad renal crónica en hemodiálisis Abuso de drogas Intravenosas Infección previa por Influenza Uso de antibióticos previos especialmente fluoroquinolonas. NACs necrosante o infección severa de piel concomitante | |
| <i>Legionella pneumophila</i> | <ul style="list-style-type: none"> Pacientes fumadores Pacientes jóvenes sin comorbilidades Síntomas gastrointestinales y neurológicos concomitantes Enfermedad severa (NACs) con compromiso multiorgánico | |

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 80 de 114 |

| Tipo de microorganismo | Características epidemiológicas |
|--|--|
| Absceso pulmonar | <i>S. aureus</i> resistente a Metilina de la comunidad, Anaerobios, Hongos dimórficos, <i>M. tuberculosis</i> y Micobacterias no tuberculosas |
| Alcoholismo | <i>S. pneumoniae</i> , Anaerobios orales, <i>K. pneumoniae</i> , <i>Acinetobacter sp</i> , <i>M. tuberculosis</i> |
| Aspiración | Anaerobios orales y Enterobacterias |
| Daño pulmonar estructural (bronquiectasias) o pobre función pulmonar | <i>P. aeruginosa</i> , <i>S. aureus</i> , <i>B. cepacia</i> |
| EPOC, tabaquismo | <i>H. influenzae</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>Legionella sp</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>C. pneumoniae</i> , Bacilos Gram negativos |
| Estadía en hotel o crucero en las 2 semanas previas | <i>Legionella sp</i> |
| Exposición a deposiciones de murcélagos o guano | <i>Histoplasma capsulatum</i> |
| Exposición a pájaros | <i>C. psittaci</i> |
| Infección por VIH (recuento de CD4 elevado) | <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. tuberculosis</i> |
| Infección por VIH (recuento de CD4 bajo < 200) | <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M. tuberculosis</i> , <i>P. jirovecii</i> , <i>Cryptococcus sp</i> , <i>H. capsulatum</i> , <i>Aspergillus sp</i> , Micobacterias no tuberculosas, <i>P. aeruginosa</i> |
| Obstrucción endobronquial | Anaerobios, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> |
| Período de actividad de influenza | <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> |
| Tos coqueluche o vómito posterior a la tos | <i>B. pertussis</i> |


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 81 de 114 |

| Grupo de NAC con base en CURB-65 | Tipo de tratamiento |
|--|---|
| Grupo I: Puntajes 0 y 1 a) Sano sin factores de riesgo | Ambulatorio Primera línea: <ul style="list-style-type: none"> Amoxacilina 1 gr c/8 hs, o Claritromicina 500 mg c/12 hs Alternativa <ul style="list-style-type: none"> Amoxacilina/Acido Clavulánico, Ampicilina/Sulbactam o Cefuroxima. En casos de alergia a Penicilinas, intolerancia a Macrolidos o Tetraciclinas se debe considerar Moxifloxacina 400 mg c/24 hs. Duración del tratamiento 5 a 7 días. |
| b) Con factores de riesgo o comorbilidades c) Sin factores de riesgo o comorbilidades pero con condiciones sociales | Ambulatorio Primera línea: <ul style="list-style-type: none"> Amoxacilina/Acido Clavulánico 1 gr c/12 hs + Claritromicina 500 mg c/12 hs Cefuroxima 500 mg c/12 hs mas Claritromicina 500 mg c/12 hs Alternativa: <ul style="list-style-type: none"> En caso de alergia a penicilinas, Fluroquinolonas: Moxifloxacina 400 mg c/24 hs o Levofloxacina 750 mg c/24 h Hospitalario en salas fuera de UCI: igual al grupo Ia |
| Grupo II: Puntaje 2 a) Sin factores de riesgo y sin comorbilidades b) Con factores de riesgo o comorbilidades | Hospitalario en Salas fuera de UCI. Primera línea: Betalactámico + Macrolido <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina IV 2 gr c/4 hs mas Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Ampicilina/Sulbactam IV 3 gr c/6 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Alternativa: en alérgicos a penicilinas <ul style="list-style-type: none"> Cefuroxima IV 1.5 gr IV cada 8 hs mas Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Ceftriaxona IV 2 gr c/24 hs mas Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Hospitalario en Salas fuera de UCI. Primera línea |

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 82 de 114 |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina/Tazobactam IV 4.5 gr c/6 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Alternativa <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona IV 2 gr c/24 hs mas Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Betalactámico mas Moxifloxacino Betalactámico mas Doxiciclina |
| Grupo III: Puntaje ≥ 3 (NAC severa) a) Sin factores de riesgo para P. aeruginosa o MRSA b) Con factores de riesgo para P. aeruginosa c) Con factores de riesgo para MRSA | Hospitalización en UCI Primera línea -Piperacilina/Tazobactam IV 4.5 gr C/6 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs Alternativa -Ceftriaxona IV 2 gr c/24 hs mas Claritromicina IV 500 mg c/ 12 hs -Fluoroquinolona IV Hospitalización en UCI Primera línea -Piperacilina/Tazobactam IV 4.5 gr C/6 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs + Amikacina IV 15 mg/kg/día o Ciprofloxacina IV 400 mg c/8 hs -Cefepime IV 2 gr c/8 hs mas Claritromicina IV 500 mg c/ 12 hs + Amikacina IV 15mg/kg/día o Ciprofloxacina IV 400 mg c/8 hs Alternativa -Meropenem o Imipenem mas Claritromicina mas Amikacina o Ciprofloxacina Hospitalización en UCI Primera línea -Piperacilina/Tazobactam IV 4.5 gr c/6 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs + Vancomicina IV Dosis de carga 25 mg/kg y luego (15/mg/kg/c/12 hs) Alternativa -Piperacilina/Tazobactam IV 4.5 gr c/6 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs + Linezolid 600 mg c/12 hs -Cefepime IV 2 gr c/ 8 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs + Vancomicina IV Dosis de carga 25 mg/kg y luego (15/mg/kg/c/12 hs) -Cefepime IV 2 gr c/ 8 hs + Claritromicina IV 500 mg c/12 hs + Linezolid 600 mg c/12 hs |

En pacientes con falla renal, edad avanzada más comorbilidades múltiples y en pacientes obesos se recomienda el uso de Linezolid sobre Vancomicina. No se debe utilizar Linezolid como terapia única para MRSA en presencia de bacteriemia.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 83 de 114 |

7. TRANSPORTE ASISTENCIAL DE PACIENTES SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DEL CORONAVIRUS

FASES DEL TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES IDENTIFICADOS COMO CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS DEL CORONAVIRUS COVID-19 (SARS - CoV-2)

El contagio del COVID-19 por microgotas respiratorias puede presentarse cuando las gotas de la tos o el estornudo de una persona infectada se transmiten por el aire a corta distancia (por lo general hasta una distancia de 1 metro) y se depositan en las membranas mucosas de la boca, nariz u ojos de las personas que están cerca. El virus también se puede propagar cuando una persona toca una superficie o un objeto contaminado con gotas infectadas y luego se toca la boca, la nariz o los ojos. Además, es posible que se propague por aerosoles en aquellos procedimientos generadores de aerosoles.

En este orden de ideas, el traslado de pacientes debe corresponder a una actividad planificada y consciente que minimice los riesgos de contagio para el personal de salud, pacientes y comunidad en general. En tal sentido, deben tenerse en cuenta las siguientes fases² y actividades:

Activación: Comprende desde que se recibe la comunicación formal del traslado hasta que se contacta físicamente con el paciente y el personal responsable del mismo. El objetivo en esta primera fase es dar una respuesta organizada y en el menor tiempo posible, ante la necesidad de transferencias primarias o secundarias de pacientes sospechosos o confirmados a una Institución designada o con el nivel de complejidad adecuado. En esta fase se definen aspectos como:


- Tipo de transporte: primario o secundario
- Tipo de vehículo requerido: básico o medicalizado

Estabilización: Se entiende todas aquellas actuaciones protocolizadas de soporte que se consideran necesarias a realizar antes de iniciar el traslado

Traslado: Comienza cuando el personal de la ambulancia recibe el paciente y termina el traslado del paciente bien sea a una nueva institución, a su casa o hacia otra institución para realizar un estudio.

Transferencia: Termina cuando el paciente es entregado a la institución prestadora de servicios de salud o a la ambulancia terrestre en los aeropuertos o terminales fluviales. Es recomendable que los pacientes críticos con soporte ventilatorio lleguen directamente a la unidad de cuidado crítico, sin tránsito por el servicio de urgencias.

Cuando se realice la desconexión del ventilador de transporte para ser conectado al ventilador de la unidad, se debe clampear con una pinza el tubo orotraqueal durante la fase espiratoria, realizando el

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 84 de 114 |

cambio rápidamente, esto teniendo en cuenta el alto riesgo de alejorización y por ende, de contagio del personal de salud.

Reactivación: comienza cuando se retorna a la institución, se retiran la bata antifluido, se realiza el aseo terminal del vehículo y de los equipos biomédicos, se repone el material consumido y se reporta vehículo disponible para uso.


MANEJO DE PACIENTES Y AISLAMIENTO DURANTE EL TRASLADO ASISTENCIAL

Precauciones estándar

- Lavado de manos: Realizar lavado o higiene de manos con solución a base de alcohol de acuerdo a las indicaciones de los cinco momentos de higiene de manos, posterior al uso de los guantes se debe realizar lavado de manos con agua y jabón tan pronto como sea posible, contar con toallas desechables para el lavado de manos,
- Precauciones universales: Manejo adecuado de elementos de protección personal (Ver Tabla.1), manejo adecuado de residuos, práctica segura para aplicación de inyecciones, gestión de cortopunzantes, limpieza y desinfección. Mantener actualizado su esquema de vacunación, no usar joyas, manillas o anillos; abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo, NO deambular con los elementos de protección personal fuera de su ambiente habitual de trabajo, y reportar todo evento adverso a sus jefes inmediatos.
- Guantes: Uso permanente. Realizar lavado de manos con agua y jabón
- Se recomienda que todo el material no crítico (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro) sea de uso exclusivo para el paciente y se debe dejar con el paciente, de lo contrario deberá realizar la respectiva limpieza y desinfección antes de ser almacenado.
- Aísle los botiquines, cierre los compartimentos de almacenamiento para evitar contaminaciones innecesarias. Retire de los botiquines únicamente lo que vaya a ser utilizado durante el traslado.


Precauciones respiratorias y específicas para COVID19

- Gafas protectoras o máscara facial completa.
- Mascarillas de alta eficiencia N95.
- Uso permanente de guantes.
- Trajes desechables o uso de batas quirúrgica manga larga y cobertura cefálica.
- Instalación del equipo de protección personal con una revisión cruzada entre los tripulantes.
- Uso de máscara tapabocas:
 - Mascarillas filtrantes con una eficiencia de filtración de al menos el 95% para partículas de 0,3 micras de diámetro. Esto equivale a una mascarilla N95 según normativa americana, que, en trasposición a la europea, equivaldría a un nivel de protección intermedio entre la FFP2 y FFP3. Para el personal de salud que realiza la atención directa del paciente.
 - Mascarilla quirúrgica debe ser usada por el conductor, pilotos o motorista, técnicos y despachadores que intervienen en forma presencial o vayan a estar en contacto directo con el vehículo durante la prestación del servicio. Los respiradores N95 deben ser usados de acuerdo con el análisis de riesgo.
 - Realizar un correcto ajuste de la mascarilla al rostro.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 85 de 114 |

- Use mascarillas quirúrgicas para los acompañantes.
 - Al paciente no ventilado le debe ser colocada una mascarilla quirúrgica.
- g. Secuencia correcta para la colocación de EPP:
- Lavado de manos
 - Primer par de guantes (idealmente de nitrilo)
 - Bata manga larga
 - Tapabocas N95
 - Monogafas o careta protectora
 - Gorro o cobertura cefálica
 - Segundo par de guantes
- h. Límite de uso de los EPP
- Guantes: por cada atención dos pares y se desechan después de cada uso.
 - Bata manga larga: único uso (optimizar las tareas) se refiere al aprovechamiento y realización de múltiples tareas con el mismo paciente.
 - Mascarilla quirúrgica: se deben utilizar por atención asistencial (no se debe cambiar después de cada uso por paciente) después de su retiro se desechan para prevenir contaminación por la manipulación.
 - Mascarilla protectora (N95 o FFP2): tiene una vida útil de 8-10 horas de uso constante o de uso alterno hasta 4 usos, almacenados en bolsa de papel garantizando no tocar la parte de la mascarilla.
 - Gorro: un solo uso (optimizar tareas)
 - Monogafas: es de uso propio e individual, cada colaborador debe contar con su propia protección visual, después de cada uso se debe desinfectar.
- i. Procedimientos que generan aerosoles: Entre los procedimientos que generan aerosoles en la atención prehospitalaria se encuentran los siguientes:
- Ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable
 - Succión orofaríngea
 - Intubación endotraqueal
 - Tratamiento con nebulizador
 - Presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP).
 - Presión positiva bifásica de la vía aérea (BIPAP).
 - Reanimación que incluya intubación de urgencia.
 - Reanimación cardiopulmonar (RCP).
- ✓ Si se realizan procedimientos que producen aerosoles, considere la posibilidad de poner al máximo el sistema de ventilación en la cabina del paciente.
- j. Evite en general, trasladar los acompañantes del paciente.
- k. El personal de salud debe evitar en lo posible, permanecer a la cabecera del paciente.
- l. Todos los tripulantes deberán utilizar el Equipo de Protección Personal de acuerdo con el riesgo.


Recomendaciones generales para el traslado asistencial de pacientes identificados como casos sospechosos o confirmados del covid (SARS - CoV-2)

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 86 de 114 |

- Entrenamiento del personal de salud y demás estén debidamente entrenados en los procesos prioritarios relacionados con este tema.
- Garantizar la buena disposición de residuos de acuerdo con la normatividad vigente.
- Garantizar que sus procedimientos de limpieza, desinfección y descontaminación sean eficaces y eficientes.
- Uso de los Equipos de Protección Personal.


Recomendaciones específicas para el traslado asistencial de pacientes identificados como casos sospechosos o confirmados del covid-19 (SARS - CoV-2).

- Implementar las precauciones estándar y las medidas de precaución adicionales por contacto, gotas y aerosoles
- El personal encargado del proceso de referencia y contrarreferencia debe:
 - Recolectar la información suficiente para determinar el riesgo e informárselo de manera clara al personal de la ambulancia, permitiendo una adecuada preparación del vehículo previa a la salida.
 - Obtener la historia clínica del paciente, confirmación de la regulación del paciente, nombre de quien recibe o código de aceptación en la institución receptora.
- Verificar los medicamentos, insumos, dispositivos médicos y elementos de protección personal necesarios y suficientes para garantizar la seguridad del paciente, y del personal de la ambulancia.
 - Oxígeno: realizar los cálculos de requerimientos de acuerdo con el tiempo de transporte, así como los dispositivos para el suministro del mismo, es decir cánulas, mascarillas, entre otros.
 - Ventilador de transporte sí es requerido: verificación, circuitos, filtros, tubos, laringoscopios, medicamentos correspondientes.
- Preparación del paciente para el traslado:
 - Transporte primario: Determinar el requerimiento de oxigenoterapia. En caso de ser necesario, evitar el uso de altos flujos ($> 6 \text{ lt/min}$), colocar mascarilla quirúrgica sobre el dispositivo del paciente. Definir medios de aislamiento respiratorio. Identificar contactos, comunicar la condición del paciente a la Institución receptora.
 - Transporte secundario: Se realiza una preparación del paciente teniendo en cuenta los diferentes soportes y ambiente de la ambulancia en el que va a ser transportado, a fin de anticiparse a sus posibles complicaciones.
 - Conectar el paciente a los equipos de transporte y comprobar su adecuado funcionamiento y en particular la adaptación al ventilador mecánico de traslado, antes de salir del cubículo o habitación del paciente.
- Ventilación de la ambulancia:
 - En los vehículos de transporte se deben optimizar las estrategias de ventilación para reducir el riesgo de exposición. Esto incluye incrementar al máximo las salidas de aire (por ejemplo, al abrir las ventanillas y las ventilaciones) y poner todos los controles de climatización para recibir el aire exterior (no en recirculación del aire). Esto se aplica a la cabina del conductor y el compartimiento de los pacientes, si tienen sistemas independientes.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 87 de 114 |

f. Traslado del paciente:

- Tenga en cuenta todas precauciones estándar y las medidas de precaución adicionales por contacto, gotas y aerosoles
- Los prestadores deben intentar reducir al mínimo el contacto con el paciente durante la evaluación. Por ejemplo, es posible diferir la toma de los signos vitales si el paciente parece estable, no hay señales visuales de sufrimiento o shock y el traslado al hospital no demorará mucho tiempo.
- Las pertenencias de los pacientes deben considerarse contaminadas y colocarse en una bolsa de riesgo biológico, la cual debe ser sellada, rotulada y transportada con el paciente en el compartimiento del paciente.
- Evitar abrir los gabinetes a menos que esencial para la atención del paciente. Es necesario prever las necesidades de equipos y sacar los instrumentos apropiados de los gabinetes antes de meter al paciente en el vehículo.
- Se realizará monitorización estándar del paciente: electrocardiograma, presión arterial no invasiva, Saturación O₂ y de contar el paciente ya con monitoria invasiva se procederá a realizar las conexiones de estas.
- Considere como signos de alarma la alteración del estado de consciencia, hipotensión, frecuencia respiratoria > 30 rpm, S_O2 < 90% y uso de músculos accesorios (tirajes intercostales, retracción supraclavicular, disbalance toracoabdominal). Si se identifican dichos signos antes de iniciar el traslado secundario, considere con el equipo remitir el manejo definitivo de la vía aérea con intubación orotraqueal antes de realizar el traslado.
- En caso de requerir intubación orotraqueal urgente durante el traslado, ésta deberá ser realizada por el personal médico de mayor experiencia.
 - ✓ La preoxigenación se realizará con máscara de no reinhlación; el uso de dispositivo Bolsa Válvula Máscara (B.V.M) incrementa la aerosolización por virus, en caso de ser indispensable debe utilizarse un filtro antimicrobiano de alta eficiencia (HEPA) entre el dispositivo y la máscara facial y realizar un correcto sellado de la mascarilla con las dos manos para evitar fuga utilizando pequeños volúmenes corrientes y aumentando la frecuencia respiratoria.
 - ✓ Se utilizarán tubos endotraqueales con balón para evitar las fugas y presión del neumotaponador < 25 cm H₂O. El ventilador mecánico a emplear deberá contar con dos filtros antimicrobianos de alta eficiencia (ramas inspiratoria y espiratoria) que permitan el intercambio de calor y humedad. Si dispone de ella, haga uso de la capnografía para la verificación y monitoría; haga uso de los medicamentos sugeridos para una secuencia de inducción rápida sugerido por el protocolo de su institución.
- No se recomienda el uso de máscara laríngea por riesgo de aerosolización, pero debe considerarse en caso de no lograr la intubación orotraqueal.
- Se recomienda el uso de doble guante, el primero de nitrilo. Posterior a la manipulación de la vía aérea se retirarán el primer par de guantes.
- Se utilizarán tubos endotraqueales con balón para evitar las fugas, con presión del neumotaponador < 25 cm H₂O.
- Se usará de preferencia el sistema de aspiración cerrado de secreciones.
- Se deberá evitar el uso de humidificación activa durante el tiempo de ventilación mecánica y las

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 88 de 114 |

desconexiones del circuito innecesarias.

- Se debe evitar producir aerosoles, por tal razón están contraindicadas las nebulizaciones, aspiraciones endotraqueales, terapias con inhaladores.
- Evite el uso de humidificación activa durante el tiempo de ventilación mecánica y las desconexiones del circuito innecesarias.
- En caso de paro cardiorrespiratorio, se deben iniciar las maniobras de reanimación e intubación precoz para manejo de vía aérea, la cual debe ser abordada por personal experto, tomando en consideración las recomendaciones dadas anteriormente sobre la intubación orotraqueal.
- Priorice actividades de aseguramiento y aislamiento de la vía a área del paciente para reducir el riesgo de contagio.
- Debe llevarse registro o historia de evolución del paciente durante el traslado.
- Se recomienda realizar un registro de cada uno de los profesionales que han entrado en contacto con el paciente, a efectos de control y seguimiento.


DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Para realizar la limpieza y desinfección de vehículos de transporte después de transportar un paciente confirmado con COVID-19, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Después de transportar el paciente, dejar las puertas traseras del vehículo de transporte abiertas para permitir suficiente intercambio de aire.
- Al limpiar el vehículo, deben usar una bata y guantes desechables. Una carterita de protección facial o monogafas y tapabocas convencional.
- Asegúrese que los procedimientos de limpieza y desinfección ambiental se sigan de manera consistente y correcta, para incluir la ventilación adecuada cuando se usan productos químicos. Las puertas deben permanecer abiertas al limpiar el vehículo.
- Para realizar la limpieza y desinfección se recomienda seguir con los procedimientos de rutina, para la limpieza
- Todas las superficies que pueden haber entrado en contacto con el paciente o materiales contaminados durante cuidado del paciente (por ejemplo, camilla, rieles, suelos, paredes de trabajo superficies) deben ser completamente limpiados y desinfectados utilizando los desinfectados antes mencionados.
- Se debe aplicar los desinfectantes de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.
- Siga los procedimientos para manejo de desechos establecido por la entidad de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud
- Manipulación y limpieza seguras de la ropa sucia.
- Segregación ruta sanitaria y almacenamiento de residuos biosanitarios, de acuerdo con el plan de gestión ambiental de residuos de la institución.

8. NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Actividades y responsabilidades

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 89 de 114 |

Se cree que el nuevo coronavirus (nCoV-2019), tiene un comportamiento similar al SARS-CoV y MERS-CoV los cuales se transmiten más ampliamente a través de las gotitas respiratorias (contagio por gotitas respiratorias) que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda. El contagio por gotitas respiratorias puede presentarse cuando las gotitas de la tos o el estornudo de una persona infectada se transmiten por el aire a corta distancia (por lo general hasta una distancia de 1 metro) y se depositan en las membranas mucosas de la boca, nariz u ojos de las personas que están cerca. El virus también se puede propagar cuando una persona toca una superficie o un objeto contaminado con gotitas infectadas y luego se toca la boca, la nariz o los ojos. Además, es posible que se propague en aquellos procedimientos generadores de aerosoles.


El método de aislamiento consiste en la separación de personas sospechosas o confirmadas, de huéspedes susceptibles al nuevo coronavirus (nCoV-2019) (comunidad, trabajadores y demás pacientes), en lugares de atención en salud. Entendiéndose que a todo paciente sospechoso o confirmado de portar el virus del nuevo coronavirus (nCoV-2019) se le deben aplicar las medidas de barrera para prevenir y controlar su transmisibilidad, implicando ello utilizar habitaciones o zonas aisladas del resto de pacientes y trabajadores de la salud. Los trabajadores de la salud que atiendan casos sospechosos o confirmados deberán utilizar mascarillas de alta eficiencia hasta que se determine con claridad la naturaleza del virus.

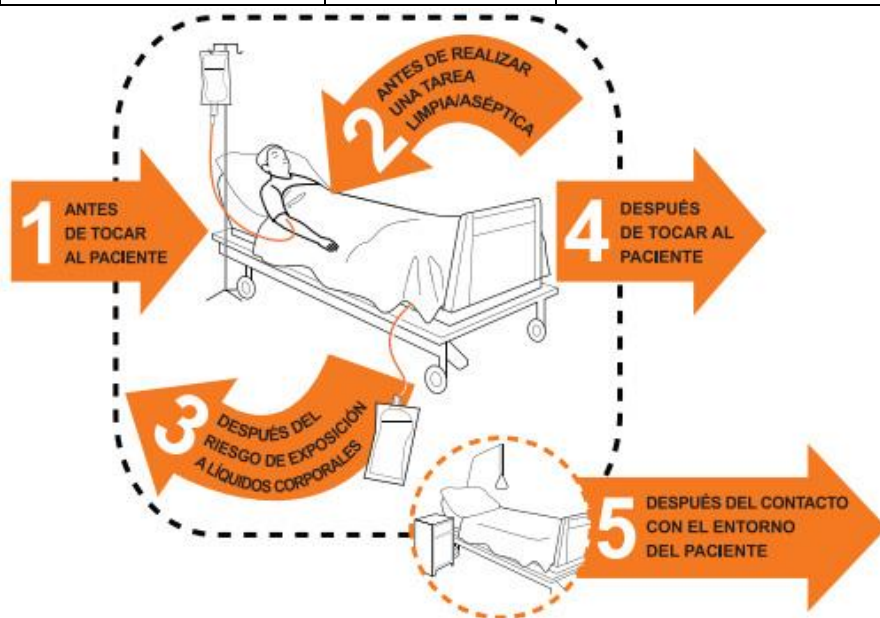
Las precauciones que se deben tener en cuenta para el aislamiento de sospechosos o confirmados con el virus nuevo de coronavirus (nCoV-2019), son:

Precauciones Estándar

Dichas precauciones están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos, basadas en la consideración que todo paciente es potencialmente infeccioso, y se aplican a:

1. Higiene de manos: teniendo en cuenta los cinco momentos de la higiene de manos de OMS y la técnica recomendada por OMS

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 90 de 114 |




2. Uso de guantes.
3. Uso de elementos de protección personal (Urgencias, Hospitalización, Salas de cirugía, consulta externa).
4. Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos corto punzantes.
5. Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
6. Estornude en el antebrazo o cubriéndose con pañuelos desechables, nunca con la mano
7. Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.

Medidas de precaución adicionales, considerando mecanismos de transmisión:

Por gotas: Este hace referencia a las gotas generadas por los pacientes durante la tos, estornudos o al hablar. La transmisión se produce cuando las gotas que contienen el virus de la persona infectada, son impulsadas a corta distancia a través del aire y estas se depositan en los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.

Transmisión por Contacto: Considerado como una forma de transmisión del nuevo coronavirus (nCoV-2019), a todo contacto que puedan tener las personas con objetos utilizados en la atención médica del paciente contaminado con el nuevo coronavirus (nCoV-2019).

Por Aerosoles: Además, es posible que se propague por este mecanismo en aquellos procedimientos generadores de aerosoles como broncoscopia, aspirado nasofaríngeo o procedimientos para la toma de muestras de secreciones de la vía aérea.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 91 de 114 |


Medidas Adicionales

- Indagar al ingreso, sobre la presencia de síntomas respiratorios, así como proveer y asegurar el uso de máscaras quirúrgicas convencionales y la aplicación de solución a base de alcohol para higienización de manos, en aquellos sintomáticos.
- Los trabajadores de la salud deben utilizar mascarillas de alta eficiencia hasta que se determine con claridad la naturaleza del virus.
- Los trabajadores de la salud deben utilizar protección para los ojos o protección facial (careta) para evitar contaminación de membranas mucosas, si realizan procedimientos con riesgo de salpicadura.
- Los trabajadores de la salud deben usar una bata limpia, no estéril, de manga larga.
- Los trabajadores de la salud deben usar guantes en caso de realizar procedimientos que lo requieran.
- Después de la atención al paciente, desecho y eliminación apropiada de todos los EPP.
- Realizar la higiene de manos antes y después de la colocación de los EPP.
- Evitar el desplazamiento y el transporte de pacientes fuera de su habitación o área de atención a menos que sea médicamente necesario. Utilizar equipo de rayos X portátil designado u otro equipo de diagnóstico designado portátil.
- Si el transporte es requerido, usar rutas de circulación predeterminadas para minimizar la exposición para el personal (escaleras), otros pacientes y visitantes, y que el paciente use una máscara quirúrgica convencional si se trata de un caso sospechoso, o una mascarilla de alta eficiencia si se trata de un caso confirmado.
- Notificar al área que recibe al paciente antes de la llegada del paciente.
- Limpiar y desinfectar rutinariamente las superficies con las que el paciente está en contacto.
- Limitar el número de trabajadores de la salud, familiares y visitantes que están en contacto con un caso sospechoso o confirmado.
- Mantener un registro de todas las personas que ingresan a la habitación del paciente, incluido todo el personal y los visitantes.

Aislamiento de pacientes:

El conocimiento y mantenimiento de las indicaciones para el aislamiento de pacientes sospechosos o confirmados con nuevo coronavirus (nCoV-2019) es fundamental para proteger a los trabajadores de la salud, servicios generales, áreas administrativas, vigilancia y todas las que hagan parte integral del equipo de trabajo de la institución, otros pacientes y visitantes, sin que esto represente detrimento en la calidad de la atención prestada.

PERFECT BODY MEDICAL CENTER, al no contar con ambiente de aislamiento epidemiológico, prevee un ambiente físico destinado al aislamiento con las siguientes características ante una eventual introducción al país del nuevo coronavirus (nCoV-2019).

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 92 de 114 |


Se han dispuesto las habitaciones del 3er piso como área de aislamiento de pacientes, garantizando todas las medidas de seguridad y señalización adecuada como medidas de precaución para la circulación de personas por la zona.

El ambiente de aislamiento definido por la institución cuenta con techo, paredes y pisos de fácil limpieza y desinfección, con iluminación adecuada (artificial y/o natural) y con recambio de aire.

Cuenta con área para realizar la higiene de manos y los insumos necesarios.

El ambiente de aislamiento cuenta con:

- Puerta ajustable que permita el cierre y aislamiento del área.
- Baño privado con ducha y lavamanos para reducir la transmisión del virus a otras áreas.
- Retirar del ambiente de aislamiento los muebles y enseres no esenciales, los que permanezcan deben ser de fácil limpieza y no almacenar o retener residuos, ya sea dentro o alrededor de sí mismo.
- Se ha designado como Antecámara entre el cuarto y el pasillo el área de lactario, con el fin de proveer un espacio para almacenamiento de elementos requeridos, tales como la disposición de los EPP, además de los insumos necesarios para la atención del paciente, esta zona se conoce como área limpia,
- el ambiente de aislamiento cuenta con su propio sistema de entrada y salida del aire.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 93 de 114 |

9. USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

PERFECT BODY MEDICAL CENTER garantiza la reserva mínima de EPP para el manejo de pacientes y toma de muestra.

De igual manera se garantiza la gestión del EPP y materiales para la limpieza y descontaminación de las áreas en las que los pacientes han permanecido durante su atención en la institución.


TOMA DE MUESTRA COVID-19

SECUENCIA PARA VESTIRSE (SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID-19):

- Vista el pijama quirúrgico y el zapato de seguridad cerrado.
- Colóquese la Bata
 - ☐ Elegir una bata que cubra todo el torso y los brazos hasta la muñeca.
 - ☐ Ajustar por detrás a la altura del cuello y la cintura.
- Póngase los protectores para los zapatos (polainas).
- Colocar primer par de guantes.
- Colocación de protección respiratoria: tapabocas N95 o FFP2
- Colocación de lentes de seguridad y caretas
- Colocación de gorro quirúrgico
- Colocación segundo par de Guantes asegurándose de que cubran el puño de la bata manga larga

SECUENCIA PARA DESVESTIRSE (SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID-19):

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Quitarse las polainas.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el segundo par de guantes
- Quítese la bata. Desate todos los lazos. Mientras retira la bata cuidadosamente aléjela del cuerpo, rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Quítese la careta o las monogafas. Se retira tomándolas desde atrás, sin tocar el frente. Rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Quítese el gorro quirúrgico o cubre cabello tomándolo de la parte trasera y jalando hacia adelante para retirarlo.
- Retire la protección respiratoria N95: Retire la correa inferior tocando solo la correa y tráigala con cuidado sobre la cabeza. Sujete la correa superior y tráigala con cuidado sobre la cabeza, y luego tire el respirador lejos de la cara sin tocar el frente del respirador.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el primer par de guantes.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 94 de 114 |

- Realice higiene de manos con agua y jabón

Nota: Los elementos desechables son depositados a medida que se retiran en un recipiente para disposición de residuos biológicos COVID-19.

Realice el cambio del segundo par de guantes cuando sea necesario y no salga de las áreas de trabajo con el EPP puesto.

CONSULTA PRIORITARIA Y HOSPITALIZACIÓN

SECUENCIA PARA VESTIRSE (SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID-19):

- Vista el pijama quirúrgico y el zapato de seguridad cerrado.
- Colóquese la Bata
 - ☐ Elegir una bata que cubra todo el torso y los brazos hasta la muñeca.
 - ☐ Ajustar por detrás a la altura del cuello y la cintura.
- Póngase los protectores para los zapatos (polainas).
- Colocar primer par de guantes.
- Colocación de protección respiratoria: tapabocas N95 o FFP2


Nota: De ser necesario coloque una mascarilla quirúrgica para proteger el tapabocas N95 (opcional).

- Colocación de lentes de seguridad y caretas
- Colocación de gorro quirúrgico
- Colocación segundo par de Guantes asegurándose de que cubran el puño de la bata manga larga

Nota: De acuerdo al procedimiento a realizar el segundo par de guantes puede ser estéril.

SECUENCIA PARA DESVESTIRSE (SOSPECHOSO O CONFIRMADO COVID-19):

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Quitarse las polainas.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el segundo par de guantes.
- Quítese la bata. Desate todos los lazos. Mientras retira la bata cuidadosamente aléjela del cuerpo, rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Quítese la careta o las monogafas. Se retira tomándolas desde atrás, sin tocar el frente. Rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Quítese el gorro quirúrgico o cubre cabello tomándolo de la parte trasera y jalando hacia adelante para retirarlo.
- Retire la protección respiratoria

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 95 de 114 |

- N95: Retire la correa inferior tocando solo la correa y tráigala con cuidado sobre la cabeza. Sujete la correa superior y tráigala con cuidado sobre la cabeza, y luego tire el respirador lejos de la cara sin tocar el frente del respirador.

- Mascarilla quirúrgica: Desate con cuidado (o desenganche de las orejas) y retírela de la cara sin tocar el frente.

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el primer par de guantes
- Realice higiene de manos con agua y jabón

Nota: Los elementos desechables son depositados a medida que se retiran en un recipiente para disposición de residuos biológicos COVID-19.

Realice el cambio del segundo par de guantes cuando sea necesario y no salga de las áreas de trabajo con el EPP puesto.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SECUENCIA PARA VESTIRSE (Pacientes Generadores de aerosoles):

- Vista el pijama quirúrgico y el zapato de seguridad cerrado.
- Colóquese el overol. Ajuste el cuerpo del overol a sus extremidades, luego acomode el gorro en la parte superior de la cabeza y asegure que la cinta adhesiva se ajuste de forma correcta.


Nota: El overol se utilizará para la atención de pacientes sospechosos o confirmados COVID-19). Si el overol que se va a colocar ya ha sido usado con anterioridad se deberá emplear guantes de manejo para su colocación.

- Colóquese la Bata
 - ☐ Elegir una bata que cubra todo el torso y los brazos hasta la muñeca.
 - ☐ Ajustar por detrás a la altura del cuello y la cintura.
- Póngase los protectores para los zapatos (polainas).
- Colocar primer par de guantes.
- Colocación de protección respiratoria

Nota: De ser necesario coloque una mascarilla quirúrgica para proteger el tapabocas N95 (opcional).

- Colocación de lentes de seguridad y caretas
- Colocación de gorro quirúrgico
- Colocación segundo par de Guantes asegurándose de que cubran el puño de la bata manga larga y el overol.

Nota: De acuerdo al procedimiento a realizar el segundo par de guantes puede ser estéril.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 96 de 114 |

SECUENCIA PARA DESVESTIRSE (Pacientes Generadores de aerosoles):

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Quitarse las polainas.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el segundo par de guantes.
- Quítese la bata. Desate todos los lazos. Mientras retira la bata cuidadosamente aléjela del cuerpo, rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Quítese el gorro quirúrgico o cubre cabello tomándolo de la parte trasera y jalando hacia adelante para retirarlo
- Quítese la careta y los lentes de seguridad, se retira tomándolas desde atrás, sin tocar el frente. Rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Quítese el overol retirándolo desde arriba hacia abajo, arrollándolo de adentro hacia afuera hasta la parte superior de las botas/zapatos.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire la protección respiratoria

- N95: Retire la correa inferior tocando solo la correa y tráigala con cuidado sobre la cabeza. Sujete la correa superior y tráigala con cuidado sobre la cabeza, y luego tire el respirador lejos de la cara sin tocar el frente del respirador.

- Mascarilla quirúrgica: Desate con cuidado (o desenganche de las orejas) y retírela de la cara sin tocar el frente.

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el primer par de guantes.
- Realice higiene de manos con agua y jabón

Nota: Los elementos desechables son depositados a medida que se retiran en un recipiente para disposición de residuos biológicos.


Realice el cambio del segundo par de guantes cuando sea necesario y no salga de las áreas de trabajo con el EPP puesto.

CIRUGÍA

SECUENCIA PARA VESTIRSE:

- Vista el pijama quirúrgico y el zapato de seguridad cerrado.
- Colóquese el overol. Ajuste el cuerpo del overol a sus extremidades, luego acomode el gorro en la parte superior de la cabeza y asegure que la cinta adhesiva se ajuste de forma correcta.

Nota: El overol se utilizará para cirugías con pacientes bajo anestesia general, cx con videolaparoscopia, sospechoso o confirmados COVID-19).

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 97 de 114 |

Si el overol que se va a colocar ya ha sido usado con anterioridad se deberá emplear guantes de manejo para su colocación.

- Colóquese la Bata
 - ☐ Elegir una bata que cubra todo el torso y los brazos hasta la muñeca.
 - ☐ Ajustar por detrás a la altura del cuello y la cintura.
- Póngase los protectores para los zapatos (polainas).
- Colocar primer par de guantes.
- Colocación de protección respiratoria

Nota: De ser necesario coloque una mascarilla quirúrgica para proteger el tapabocas N95 (opcional).

- Colocación de lentes de seguridad y caretas
- Colocación de gorro quirúrgico
- Colocación segundo par de Guantes asegurándose de que cubran el puño de la bata manga larga y el overol.

Nota: las instrumentadoras deberán utilizar dos batas, la primera durante el procedimiento quirúrgico y la segunda para el lavado de instrumental.


SECUENCIA PARA DESVESTIRSE:

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Quitarse las polainas.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire el segundo par de guantes
- Quítese la bata. Desate todos los lazos. Mientras retira la bata cuidadosamente aléjela del cuerpo, rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Quítese el gorro quirúrgico o cubre cabello tomándolo de la parte trasera y jalando hacia adelante para retirarlo
- Quítese la careta y los lentes de seguridad, se retira tomándolas desde atrás, sin tocar el frente. Rocíela con solución desinfectante para mayor seguridad.
- Quítese el overol retirándolo desde arriba hacia abajo, arrollándolo de adentro hacia afuera hasta la parte superior de las botas/zapatos.
- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).
- Retire la protección respiratoria

- N95: Retire la correa inferior tocando solo la correa y tráigala con cuidado sobre la cabeza. Sujete la correa superior y tráigala con cuidado sobre la cabeza, y luego tire el respirador lejos de la cara sin tocar el frente del respirador.

- Mascarilla quirúrgica: Desate con cuidado (o desenganche de las orejas) y retírela de la cara sin tocar el frente.

- Realice higiene de manos con solución desinfectante (sobre los guantes).

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 98 de 114 |

- Retire el primer par de guantes.
- Realice higiene de manos con agua y jabón.

Nota: Los elementos desechables son depositados a medida que se retiran en un recipiente para disposición de residuos biológicos.

Las instrumentadoras al retirar el segundo par de guantes, la primera bata y las polainas deberán soltar y utilizar un nuevo par de guantes sobre el primero para realizar el lavado de instrumental.

• Limpieza y desinfección

La institución dispondrá de recipientes con solución desinfectante –rotulados- para realizar la desinfección de los EPP que se puedan reutilizar (monogafas y careta). Así mismo, dispondrá de papel o toallas para realizar el proceso de secado de los mismos.

El jefe inmediato y el personal del área deben velar por que el sitio se encuentre en óptimas condiciones.


Es necesario usar guantes desechables para realizar el proceso de desinfección y limpieza.

Cada persona debe velar por el buen uso y cuidado de los elementos de protección personal entregados por la empresa, cada uno tendrá una bolsa hermética para guardar sus EPP al finalizar cada procedimiento durante el día.

Cuando finalice la jornada laboral, cada trabajador debe colocar los EPP dentro de las bolsas herméticas (EPP previamente desinfectados) y sellarlas para evitar la contaminación. Luego de esto, deberá marcar en la bolsa su nombre y fecha de desinfección; se debe tener en cuenta que es una bolsa por cada EPP. Los elementos desechables son depositados en los recipientes rotulados para desechos de COVID-19 en la medida que el trabajador realiza el retiro correcto del mismo.

Las bolsas con los residuos de los desechos de COVID-19 se deberán depositar en los contenedores del depósito temporal de desechos, de ninguna manera deben ser depositados en los contenedores que se encuentran dispuestos para la separación de los residuos aprovechables. Se debe procurar que las bolsas no sean abiertas por personas que realizan aprovechamiento de residuos (interna y externamente), así mismo; la institución garantizará que el tiempo en la recolección interna y el almacenamiento de los residuos -previo a la presentación de la ruta de la empresa de servicios públicos- sea lo más cercano a la llegada de ésta.

• Importante

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 99 de 114 |


Cada trabajador debe velar por el uso y mantenimiento adecuado de los elementos de protección personal que utiliza diariamente; es importante mantener el autocuidado en todo momento y crear escenarios seguros de trabajo.

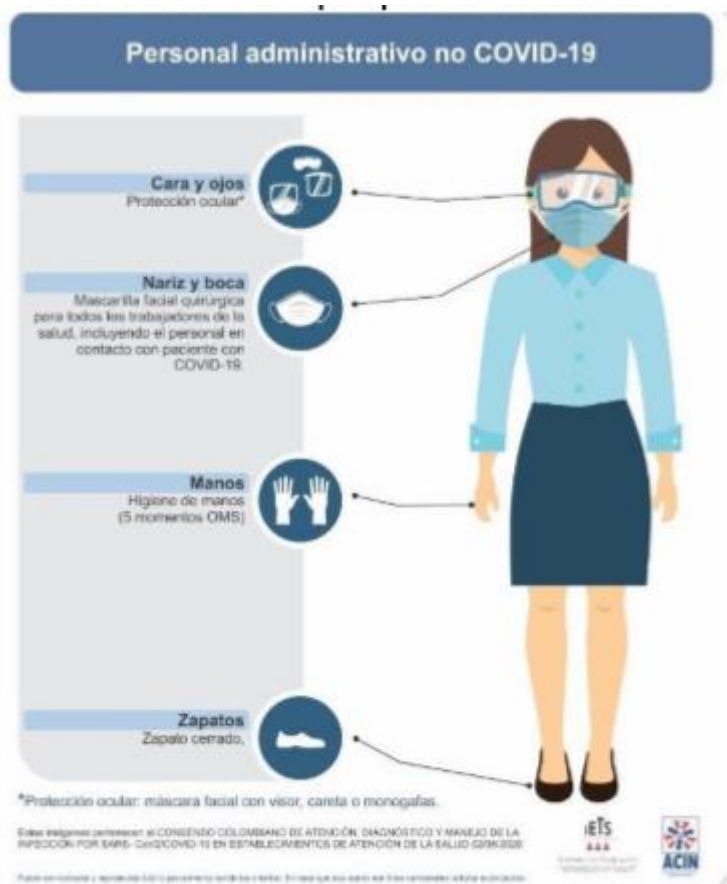
Se debe mantener una buena comunicación entre todas las partes para que se cumpla de forma efectiva los objetivos estipulados en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo y en este protocolo de EPP.

El trabajador debe familiarizarse con el uso del EPP antes de realizar algún procedimiento de atención al paciente, toma de muestras o labores de asepsia, esto le permite adquirir las habilidades necesarias para el uso correcto del Equipo de Protección Personal.

Recomendaciones de EPP para personal de salud según el área de atención para COVID-19. Consenso IETS- ACIN publicada en página web minisitio Nuevo Coronavirus COVID-19 Ministerio de Salud y Protección Social




| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 100 de 114 |



Por trabajadores expuestos no se contempla únicamente a los médicos, enfermeras y personal de apoyo que atiende directamente a pacientes enfermos, sino también a personas que entregan comidas, limpian las habitaciones de los pacientes y hacen trabajos de mantenimiento. Todas las personas que trabajan en áreas donde hay enfermos por virus de transmisión aérea, están en posible riesgo de contagio (CDC, 2013).

Además de usar el EPP apropiado, siempre se debe realizar higiene frecuente de las manos e higiene respiratoria. El EPP debe desecharse en un contenedor de residuos apropiado después del uso, y la higiene de las manos debe realizarse antes de ponerse y después de quitarse el EPP.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 101 de 114 |

ALTERNATIVAS ANTE LA ESCASEZ DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

USO RACIONAL

Los EPP se deben mantener en buen estado mientras sean utilizados por el personal de salud. Para lograr cumplir con esto, se deben seguir en primer lugar las recomendaciones del fabricante, así como también evitar su uso de manera inapropiada buscando que conserve su utilidad como elemento de protección, también se debe tener en cuenta que si dicho elemento está visiblemente dañado o en la condición que se encuentra no permite realizar su función se deberá sustituir por uno nuevo

En el contexto de una posible escasez inminente de elementos de protección personal la principal herramienta es el uso racional de los elementos de protección personal, la CDC (2020e) establecen las siguientes estrategias para optimizar el suministro de EPP en el sector salud:

Protección respiratoria.

Se puede implementar el uso extendido del mismo respirador N95 para encuentros repetidos de contacto cercano con varios pacientes diferentes, sin quitar el respirador entre encuentros. El uso extendido se adapta bien a situaciones en las que varios pacientes con el mismo diagnóstico de enfermedad infecciosa, cuya atención requiere el uso de un respirador por parte del personal de salud, se agrupan (por ejemplo, se alojan en la misma unidad hospitalaria).

La reutilización se refiere a la práctica de usar el mismo respirador N95 por un profesional de la salud para múltiples encuentros con diferentes pacientes con COVID-19, pero quitárselo entre encuentro y encuentro. Esta práctica a menudo se conoce como “reutilización limitada” porque existen restricciones para limitar la cantidad de veces que se reutiliza el mismo respirador. Actualmente se desconoce cuál es la contribución potencial por contacto para el COVID-19, y se debe tener precaución. La reutilización se ha recomendado como una opción para conservar los respiradores durante brotes y pandemias de patógenos respiratorios previos.


Para determinar la vida útil del elemento de protección respiratoria y el nivel de reutilización, se debe consultar la ficha técnica del producto o consultar directamente con el proveedor o fabricante.

Nota: Se enfatiza en la necesidad de un entrenamiento y reentrenamiento del personal de la salud en la colocación y retiro de la protección respiratoria, dado que existe una posibilidad muy alta de contagio si este procedimiento no se realiza adecuadamente.

Protección ocular

La protección ocular debe priorizarse para actividades seleccionadas:

- Durante las actividades de cuidado donde se anticipan salpicaduras y aerosoles, que generalmente incluyen procedimientos de generación de aerosoles.
- Durante actividades donde el contacto cara a cara prolongado o cercano con un paciente potencialmente infeccioso es inevitable.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 102 de 114 |

El uso extendido de la protección ocular es la práctica de usar la misma protección ocular para encuentros repetidos de contacto cercano con varios pacientes diferentes, sin quitar la protección ocular entre encuentros. Al respecto se recomienda lo siguiente:

- La protección ocular se debe quitar y volver a procesar si se ensucia visiblemente o es difícil de ver.
- La protección ocular debe descartarse si está dañada.
- El personal de salud debe tener cuidado de no tocar su protección ocular. Si tocan o ajustan su protección para los ojos, deben llevar a cabo inmediatamente el procedimiento de higiene de las manos.
- El personal de la salud debe abandonar el área de atención al paciente si necesita quitarse la protección para los ojos.

Durante las limitaciones severas de recursos, en las que no sea posible contar con protección ocular, considere excluir a los profesionales de la salud que puedan tener mayor riesgo de enfermedad grave por la COVID-19, como los de mayor edad, aquellos con afecciones médicas crónicas o aquellas mujeres que puedan estar embarazadas, para atender a pacientes confirmados o sospechosos por COVID-19.


De acuerdo con el avance de la pandemia en el país, es posible designar a un profesional de la salud que se haya recuperado clínicamente de COVID-19 para brindar atención preferencial a pacientes adicionales con COVID-19.

Las personas que se han recuperado de la infección por COVID-19, pueden haber desarrollado cierta inmunidad protectora, pero esto a la fecha aún no ha sido completamente confirmado.

Protección para el cuerpo

Las batas de aislamiento de pacientes, desechables y no estériles, que se utilizan para la atención de rutina de los pacientes en entornos de atención médica, son apropiadas para su uso por parte del personal de la salud cuando atiende a pacientes con sospecha o confirmación de la COVID-19. En tiempos de escasez de batas, las batas quirúrgicas deben priorizarse para procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos estériles.

Se puede considerar extender el uso de batas de aislamiento desechables de manera que el mismo profesional de la salud use la misma bata cuando interactúe con más de un paciente que se sabe que está infectado con la misma enfermedad infecciosa cuando estos pacientes se alojaron en la misma ubicación (es decir, pacientes con COVID19 que residen en una cohorte de aislamiento). Esto puede considerarse solo si no hay diagnósticos coinfecciosos adicionales transmitidos por contacto (como Clostridioides difícil) entre los pacientes. Si la bata se ensucia visiblemente, debe retirarse y desecharse según las prácticas habituales.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 103 de 114 |

Durante una contingencia puede hacerse uso de batas reutilizables (es decir, lavables), que generalmente están hechas de telas de poliéster o poliéster-algodón. Las batas hechas de estas telas pueden lavarse de manera segura de acuerdo con los procedimientos de rutina y reutilizarse. Se debe tener cuidado para garantizar que el personal de salud no toque las superficies externas de la bata durante el cuidado. También se deben tener los cuidados del caso con el personal de lavandería. Con respecto al proceso de lavandería:

- Es posible que sea necesario aumentar las operaciones de lavandería y el personal para facilitar cargas y ciclos de lavado adicionales.
- Los sistemas se establecen para inspeccionar, mantener (por ejemplo, reparar un pequeño orificio en una bata, reemplazar las ataduras de sujeción faltantes) y reemplazar las batas reutilizables cuando sea necesario (por ejemplo, cuando estén delgadas o rasgadas).


En una situación de batas de aislamiento severamente limitadas o sin disponibilidad, las siguientes prendas pueden considerarse como último recurso para el cuidado de pacientes con COVID-19 como un solo uso. Sin embargo, ninguna de estas opciones puede considerarse EPP, ya que se desconoce su capacidad para proteger al personal de la salud. Las características preferibles incluyen mangas largas y cierres (broches, botones) que se pueden abrochar y asegurar.

- Batas de laboratorio desechables.
- Batas reutilizables (lavables) para pacientes.
- Batas de laboratorio reutilizables (lavables).
- Delantales desechables.
- Combinaciones de ropa: se pueden considerar combinaciones de prendas para actividades que pueden involucrar fluidos corporales y cuando no hay batas disponibles:
 - Delantales de manga larga en combinación con batas de paciente de manga larga o batas de laboratorio.
 - Batas abiertas con batas de manga larga para pacientes o batas de laboratorio.
 - Fundas de manga en combinación con delantales y batas de manga larga para pacientes o batas de laboratorio.

Comunicación asertiva sobre enfermedad por COVID-19

PERFCT BODY MEDICAL CENTER LTDA. garantiza la comunicación asertiva a través de los diferentes canales de comunicación, página web, intranet, mensajes en televisores de salas de espera, flyers, cartillas de interés general, afiches.

Se garantiza la comunicación permanente con el equipo asistencial con el fin de mantener los canales de comunicación abiertos y constantes.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 104 de 114 |

Se debe garantizar una comunicación correcta que permita transmitir la información de la COVID-19 sin generar pánico, pero tampoco infunda más tranquilidad de la necesaria. La Organización Panamericana de la Salud en atención a esta necesidad establece estos principios fundamentales (OPS, 2020c):

Confianza y credibilidad:

- Evite decir que todo irá bien si, de hecho, no se sabe si será así. Diga lo que sabe en ese momento y lo que el Gobierno está haciendo al respecto.
- Es importante comunicar al público lo que puede hacer (por ejemplo: “lávese las manos”, “tosa o estornude en el lado interno del codo”).
- No minimice la preocupación de la población. Reconozca el temor de la gente. Las personas pueden estar atemorizadas, lo cual es una reacción saludable.

La COVID-19 es una enfermedad nueva y temible:


- No insinúe que el público no debe preocuparse.
- Reconozca la incertidumbre.
- No diga que el Gobierno tiene la situación bajo control; en lugar de eso, explique lo que está haciendo.
- Sea el primero en dar la información. Informe al público que existe un caso o un presunto caso de la COVID19 tan pronto como tenga conocimiento de ello. No espere a hacerlo público cuando ya se haya convertido en un rumor.
- Reconozca las equivocaciones. Si existe un error, corríjalo rápidamente.

Anuncio temprano:

- El anuncio temprano es muestra de liderazgo, genera confianza, reduce los rumores y, en consecuencia, puede salvar vidas. En el denominado “primer anuncio” se debe indicar lo que se sabe, lo que esto significa y lo que se está haciendo (por ejemplo: “Hoy se ha diagnosticado el primer caso de la COVID19 confirmado mediante pruebas de laboratorio. Estamos localizando a los contactos de este paciente. Se trata de un caso importado y el individuo en cuestión está siendo cuidado en una sala del hospital, aislado de otros pacientes para contener una propagación...”).
- Los anuncios tardíos dan lugar a especulaciones, lo que hace que la gente se pregunte hasta qué punto es realmente mala la situación.
- Evite la estigmatización. Podría presentarse una discriminación y por tanto dar lugar a que los trabajadores no admitan que tienen sintomatología asociada.

Transparencia:

- Sea transparente. Asegúrese de que los criterios para tomar ciertas decisiones estén disponibles. Por ejemplo, el criterio para reubicar a cierto grupo de trabajadores porque están en mayor exposición y en condición vulnerable.
- Disemine información oportuna y transparente, técnicamente correcta y basada en evidencias.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 105 de 114 |


- Explique el proceso decisorio (por ejemplo: “Creemos que hacer público el nombre de la persona supondría estigmatizar a esa persona y a su familia”).
- Hable acerca de los riesgos, los beneficios y los retos

ALTERNATIVAS ANTE LA ESCASEZ DE PERSONAL DE SALUD

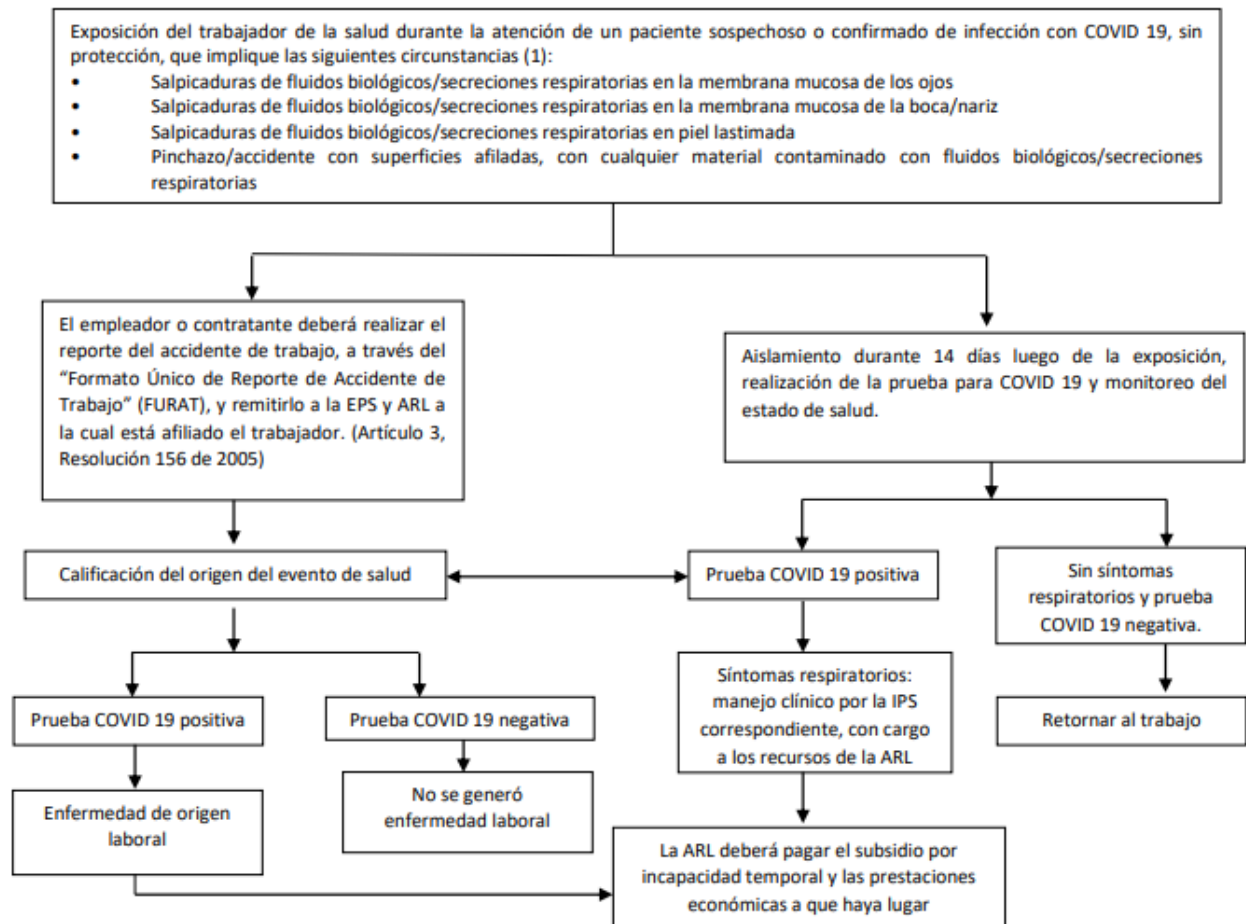
El personal de salud son todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios (médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores comunitarios y trabajadores sociales, personal de laboratorio, farmacéuticos, personal auxiliar). También se incluye a quienes dirigen y organizan el funcionamiento del sistema de salud como gerentes, administradores o directivos.

PERFECT BODY MEDICAL CENTER LTDA. ha definido las siguientes las siguientes condiciones ante la posible escasez de personal que pueda causar el COVID-19


1. Convocatoria en diferentes portales de búsqueda de empleo
2. Extensión de horarios laborales y reconocimiento monetario a los trabajadores
3. Cambio de personal de acuerdo a las áreas que debido a la emergencia sanitaria han tenido menos demanda para la prestación del servicio

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 106 de 114 |

RUTA PARA EL REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO DE UN TRABAJADOR DE LA SALUD POR EXPOSICIÓN A COVID 19



10. TECNICA DE LAVADO DE MANOS

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 107 de 114 |

El uso de guantes no sustituye el lavado de manos en ninguno de los casos. Antes de iniciar el lavado de manos, deben retirarse todos los artículos de joyería y relojes de las manos y muñecas.

Técnica de lavado de manos de acuerdo con la OMS:

 **Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos**



Mójese las manos.



Aplice suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



Enjuáguese las manos.



Séquese las manos con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.




Sus manos son seguras.

12. ELEMENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Frente al nuevo coronavirus (nCoV-2019), PERFECT BODY MEDICAL CENTER establece que las diferentes áreas en donde se aísle el caso sospechoso o confirmado y áreas de tránsito de personas se denominarán áreas críticas y semicríticas, por lo tanto, la desinfección que se realizará será de alto nivel en el marco de dicho procedimiento.

Por lo cual de acuerdo a nuestro protocolo de limpieza y desinfección para la limpieza terminal Y rutinaria se utiliza para:

PAREDES, PISOS Y TECHOS

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 108 de 114 |



HEXAQUART® PLUS LEMON FRESH

Desinfectante para superficies con alto poder de limpieza



| | |
|---|--|
| INDICACIÓN | Limpeza y desinfección de áreas de alto riesgo en hospitales y prácticas médicas |
| CONTRAINDICACIONES, ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES | <ul style="list-style-type: none"> - Mantener en recipientes herméticamente cerrados. - Procurar que en el lugar de trabajo se disponga de una buena ventilación y de una salida de aire. - Evitar el contacto con los ojos, la piel o las mucosas. - En caso de contacto con los ojos, enjuague inmediatamente con abundante agua y busque ayuda médica. - En caso de contacto con la piel, lavar inmediatamente con abundante agua y jabón. - Use ropa protectora adecuada, guantes y protección para los ojos/la cara. - En caso de accidente o malestar, acuda inmediatamente al médico |
| ALMACENAMIENTO | Almacenar en condiciones normales de temperatura |
| MÉTODO DE DESECHO | <p>Puede versecer al desagüe, de acuerdo a la normativa ambiental aplicable.</p> <p>Los envases del producto presentan características de aprovechamiento a partir de un adecuado proceso de lavado y separación de la fuente.</p> |

EFICACIA: Es eficaz contra: bacterias (incl. M. Tuberculosis), levaduras Virus envueltos (actividad virulenta limitada, RKI 1/2004 incluyendo HBV, VHC, VIH Virus no envueltos: activo contra adeno-, Noro-, polio y rotavirus. Hexaquart® Plus Lemon Fresh está en la lista de productos virucida y en la lista de VAH (antes DGHM-List).

PREPARACIÓN: 20ml de Hexaquart Plus Lemon Fresh/1 litro de agua (Concentración 2%)

TIEMPO DE EXPOSICIÓN: 15 minutos.

NO RETIRAR EL PRODUCTO

NOTA: La solución después de preparada es estable 24 horas.

DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES DE ACCIÓN RÁPIDA

EQUIPO BIOMEDICO, CAMILLAS Y MOBILIARIO



MELISEPTOL® FOAM

Espuma desinfectante de superficies de acción rápida




| | |
|---|--|
| INDICACIÓN | Limpeza y desinfección de superficies de productos sanitarios y superficies sensibles |
| CONTRAINDICACIONES, ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES | <ul style="list-style-type: none"> - Mantener alejado de fuentes de calor, chispas, flama abierta o superficies calientes <ul style="list-style-type: none"> - No fumar. - Usar elementos de protección personal - En caso de inhalación: transportar a la víctima al exterior y mantenerla en reposo en una posición confortable para respirar. - En caso de contacto con los ojos: aclarar cuidadosamente con agua durante varios minutos. Quitar las lentes de contacto, si lleva y resulta fácil. Seguir aclarando |
| ALMACENAMIENTO | Almacenar a temperatura ambiente |
| MÉTODO DE DESECHO | <p>Puede versecer al desagüe, de acuerdo a la normativa ambiental aplicable.</p> <p>Los envases del producto presentan características de aprovechamiento a partir de un adecuado proceso de lavado y separación de la fuente.</p> |

EFICACIA: Bactericida (incl. ToB y MRSA), Fungicida, Virucida; Virus envueltos (VHB, VHC, VIH), Rotavirus, Poliovirus, Noravirus y Virus de la Gripe A

TIEMPO DE EXPOSICIÓN: 1 Minuto

SOLUCIÓN LISTA PARA USAR, NO REQUIERE DILUCIÓN

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 109 de 114 |

ASCENSOR

Para la limpieza y desinfección profunda del ascensor en el menor tiempo posible se utiliza el MELISEPTOL FOAM, ya que este producto permite realizar los dos momentos en el menor tiempo posible.

AMBULANCIA

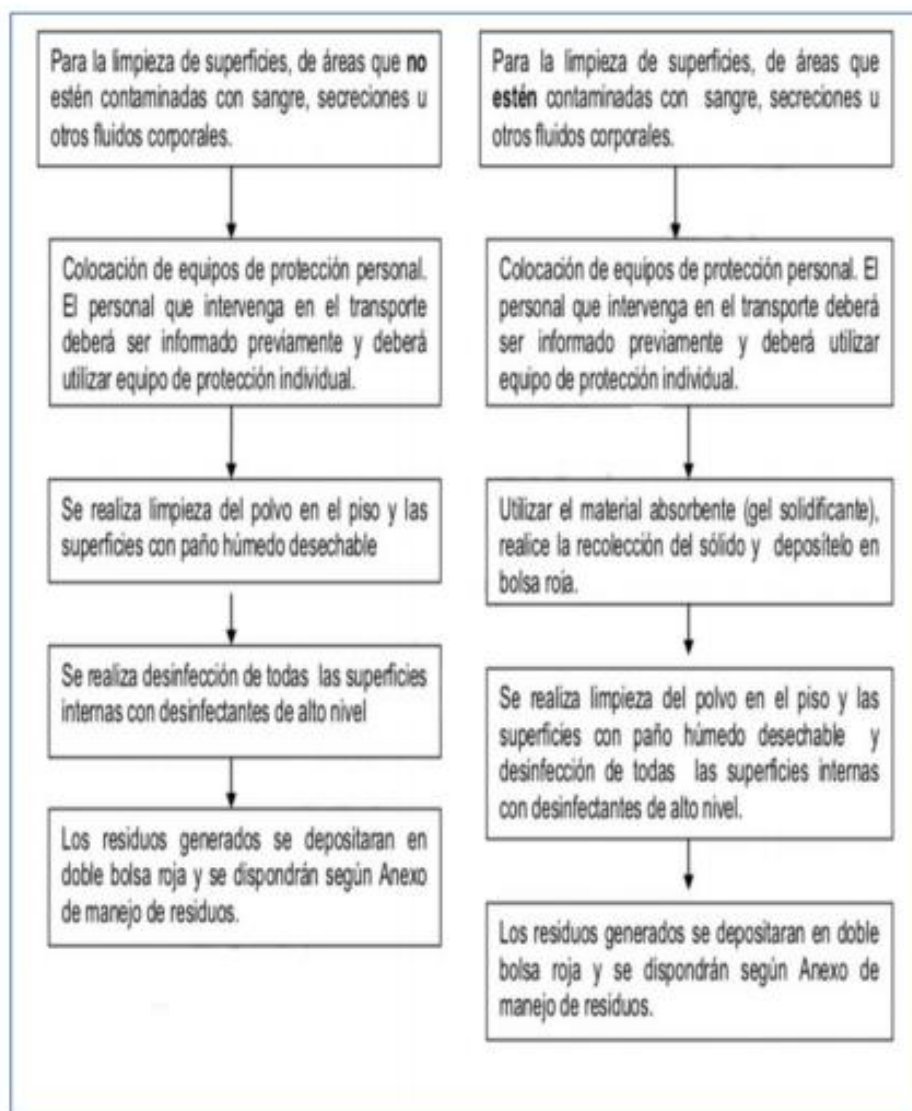



Ilustración 1. Paso a Paso de limpieza y desinfección en ambulancias.

| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 110 de 114 |

13. MANEJO DE RESIDUOS

La clasificación, recolección y almacenamiento de desechos biológicos se hará acorde a lo establecido dentro del PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES de la institución.

El cual cumple con la normatividad y lineamientos vigentes para el manejo de los mismos, para el manejo de los residuos generados de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 se realiza recolección de residuos dos veces al día y se recoge en doble bolsa.

14. BIBLIOGRAFIA

Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). INS 2020.


LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, FRENTE A LA INTRODUCCIÓN DEL SARS-CoV-2 A COLOMBIA. MINSALUD 2020.

Manual Bioseguridad para Prestadores de Servicios de Salud que brinden atención en salud ante la eventual introducción del nuevo coronavirus (nCoV-2019) a Colombia. MINSALUD 2020.

Algoritmos de diagnóstico para la Vigilancia por Laboratorio de virus respiratorios. MINSALUD 2020.


ORIENTACIONES PARA EL MANEJO DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD ANTE LA EVENTUAL INTRODUCCIÓN DEL VIRUS COVID -19 A COLOMBIA. MINSALUD 2020.


LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19. MINSALUD 2020


| | | | |
|--|-----------|--|---|
|  | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
| | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | Página 111 de 114 |

REGISTRO DE MODIFICACIONES

| VERSIÓN | FECHA | ÍTEM MODIFICADO | DESCRIPCIÓN |
|---------|------------|--|--|
| 01 | 3/03/2020 | Na | Creacion del documento |
| 02 | 13/03/2020 | | Se realiza la actualización de los algoritmos de atención en salud Se incluye: La identificación de caso 3 pacients asintomaticos Toma de muestras Normas de bioseguridad Elementos de limpeiza y desinfección Manejo de residuos |
| 03 | 19/03/2020 | Titulo Definiciones | Cambio del titulo del protocolo Anterior: DETECCION Y MANEJO DE CASOS FRENTE A LA EVENTUAL IDENTIFICACIÓN DE CORONAVIRUS (2019-nCoV) Nuevo: LINEAMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS DE COVID-19 Se incluyen nuevas definiciones |
| 04 | 24/03/2020 | CASOS | Se realzia actualización y definición de casos Se incluye recomendación en atención médica domiciliaria |
| 05 | 25/03/2020 | CASOS REPORTE DE ACCIDENTE LABORAL POR EXPOSICIÓN A COVID19 | Se incliye la nota de la atención por la sospecha con al menos dos sintomas de los descritos Se incluyen recomendaciones de uso de EPP Se incluyen los lineamientos para el reporte de AT por COVID19 |
| 06 | 04/05/2020 | RETIRO DE EPP COMUNICACIÓN ASERTIVA | Se incluye la nota de desactivación y retiro de EPP Se incluye nota de garantía de comunicación asertiva entre el equipo de salud |

|  | | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
|--|------------|---|--|---|
| | | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | | Página 112 de 114 |
| VERSIÓN | FECHA | ÍTEM MODIFICADO | DESCRIPCIÓN | |
| 07 | 20/05/2020 | GENERALIDADES | Se incluye Generalidades del Virus y modo de transmisión | |
| | | DEFINICIONES | Se incluyen definiciones: Transmisión local comunitaria Se modifican definiciones: Cotacto estrecho | |
| | | ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN | Se elimina actividades de atención, se cambia por definiciones operativas de caso | |
| | | CASOS CONFIRMADOS DE COVID | Se incluye el aparte de casos confirmados de COVID | |
| | | MUERTES PROBABLES O CONFIRMADAS PARA COVID-19 | Se incluye punto de muertes probables o confirmadas por COVID19 | |
| | | CASO DESCARTADO | Se incluye el aparte de casos descartados | |

|  | | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
|--|------------|---|--|---|
| | | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | | Página 113 de 114 |
| VERSIÓN | FECHA | ÍTEM MODIFICADO | DESCRIPCIÓN | |
| 08 | 17/07/2020 | GENERALIDADES | Se elimina | |
| | | DEFINICIONES | Se cambian las definiciones | |
| | | ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN | Se realiza el ajuste de acuerdo a los requerimientos | |
| | | | Se incluyen actividades generales para el prestador de servicios de salud | |
| | | MANEJO CLINICO | Se incluye el aparte de manejo clínico para el uso de pruebas Dx y pruebas rápidas | |
| | | TRANSPORTE ASISTENCIAL DE PACIENTES | Se incluye | |
| | | ESQUEMAS TERAPÉUTICOS DE ACUERDO CON GRAVEDAD EN SARS-COV-2/ COVID-19. | Se incluye | |
| 09 | 30/07/2020 | REGISTRO DE MORBILIDAD | Se incluye | |
| 10 | 08/08/2020 | LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS MOLECULARES RT-PCR Y PRUEBAS DE ANTÍGENO Y SEROLÓGICAS PARA SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA | Se incluye | |

|  | | PROCESO | ATENCION HOSPITALARIA | Fecha de Emisión: Noviembre 10 de 2020 |
|--|------------|---------------------|--|---|
| | | PROTOCOLO | LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19 | Versión: 11 |
| | | | | Código: M3-P12-PR04 |
| | | | | Página 114 de 114 |
| VERSIÓN | FECHA | ÍTEM MODIFICADO | DESCRIPCIÓN | |
| 11 | 10/11/2020 | DEFINICION DE CASOS | Se modifica de acuerdo a LINEAMIENTOS BASE PARA LA FORMULACIÓN DE DEFINICIONES DE CASO EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Aplicación en COVID-19 | |