

# Guías de abordaje y seguimiento

## Modelo de atención domiciliaria para pacientes con sospecha o diagnóstico Covid-19

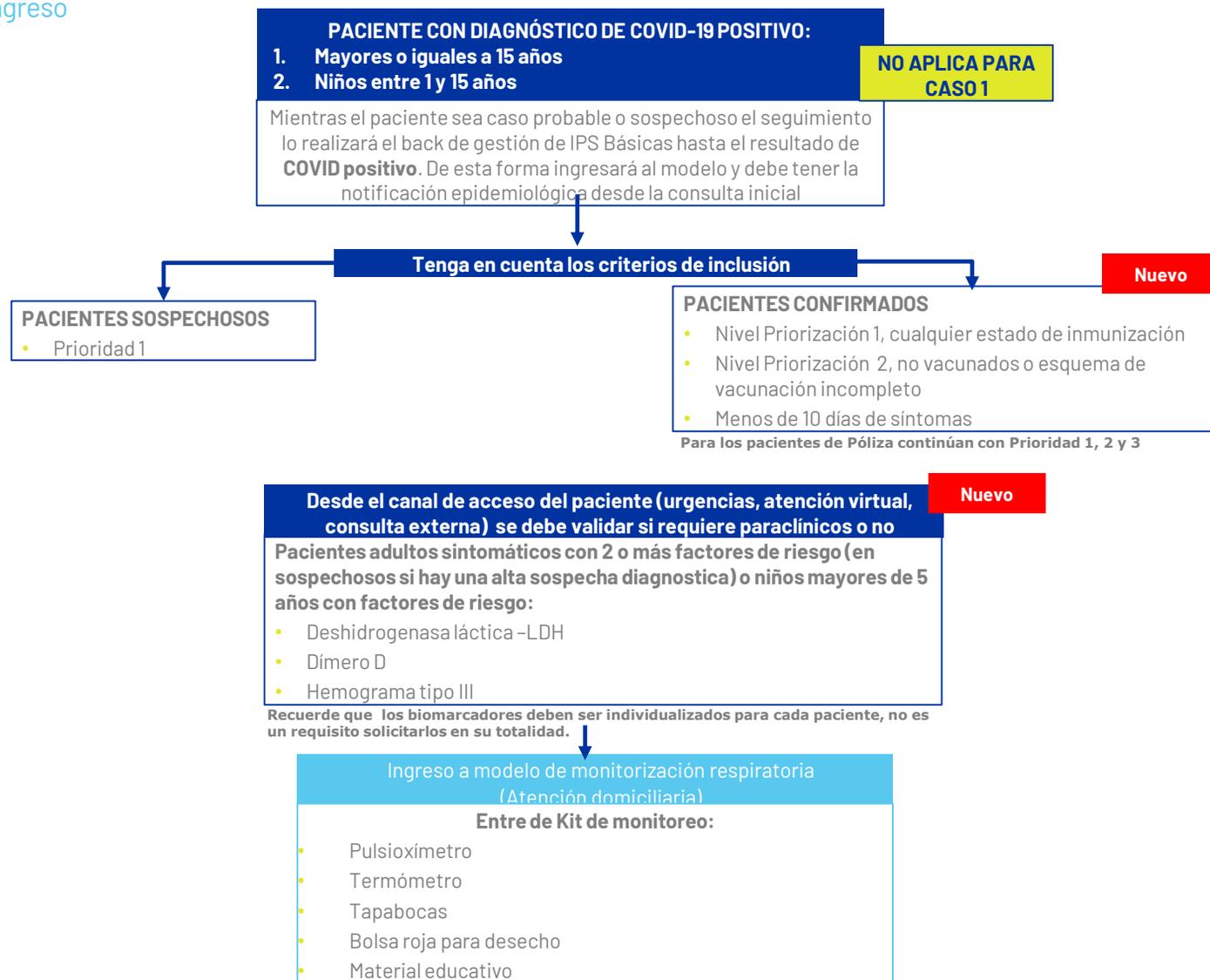


Equipo técnico SURA / Septiembre 2021. V8

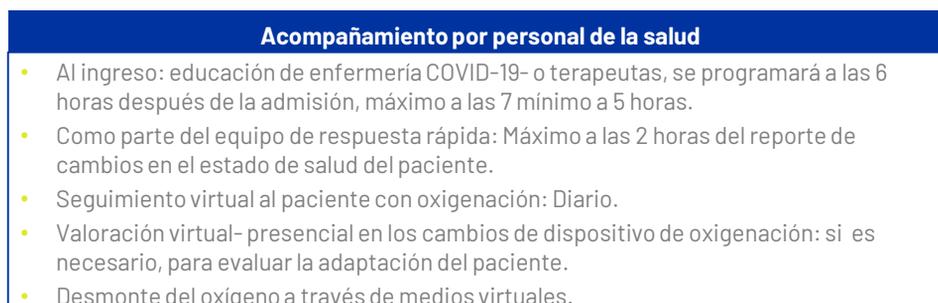
Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas guías de abordaje pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y algunas de sus comorbilidades, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

### 1 Ingreso



### 2 Valoración inicial



\*Ver guía de abordaje de rehabilitación

**Valoración médico general/Pediatra**

- Examen clínico completo para realizar diagnósticos diferenciales y en caso de considerar otro diagnóstico realice abordaje de la etiología que considere.
- Recomendaciones de aislamiento dentro de casa y educación
- Manejo sintomático (Ver Guía de manejo de síntomas COVID19)
- Signos de alarma

**Adultos:**

- Clasificación por escala NEWS 2
- Coordina entrega de O2 si paciente presenta desaturación
- Prono para dormir

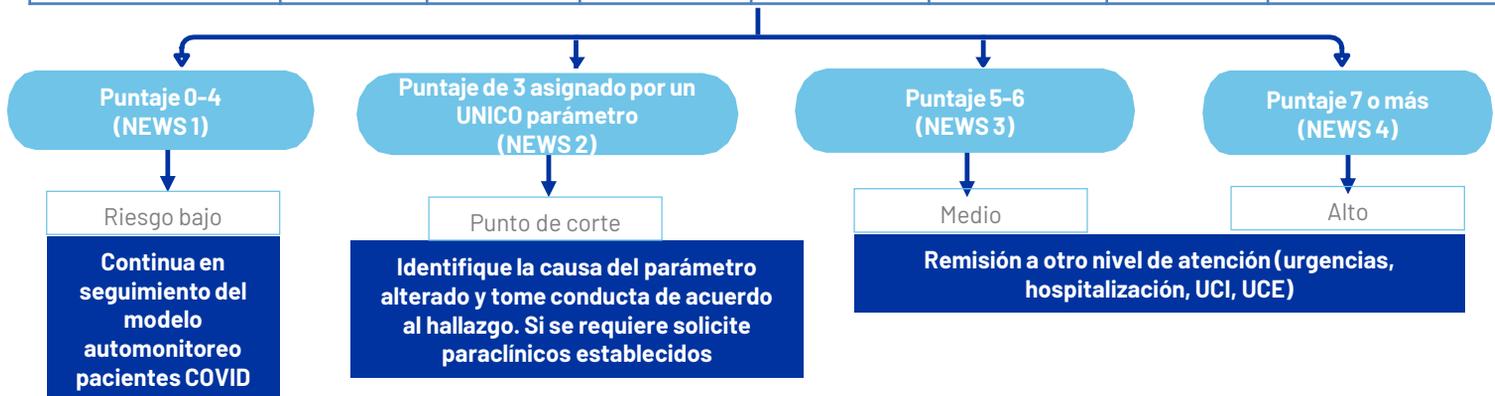
**Pediatría:**

- Escala PEWS
- Escala de monitoreo

Si en la valoración médica se encuentra paciente en condiciones CRITICAS o si aplica CASO 1 se deberá trasladar a centro asistencial independiente de la puntuación del NEWS

**Escala de advertencia temprana NEWS 2 (National Early Warning Score 2) para direccionamiento del paciente adulto**

Parámetro fisiológico	Puntaje						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO2)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO2 en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 sin O2	93-94 con O2	95-96 con O2	≥ 97 con O2
¿Oxígeno suplementario?		SI		Aire ambiente			
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	
Nivel de conciencia				Alerta			Confundido Desorientado Agitado Inconsciente



**Recuerde aplicar escala CRB-65 en caso de sospechar Neumonía**  
 \*Ver guía de abordaje NAC Adultos y ESI/IRAG

## Brighton Pediatric Early Warning Score (PEWS). Para población pediátrica

	0	1	2	3
<b>Comportamiento</b>	Juega / Apropiado	Duerme	Irritable 0 Padres preocupados	Letárgico 0 Confuso 0 Respuesta reducida al dolor
<b>Cardiovascular</b>	Rosado 0 Llenado capilar de 1-2 segundos	Pálido 0 Llenado capilar de 3 segundos	Gris 0 Llenado capilar de 4 segundos 0 Taquicardia >20 latidos por encima de los parámetros normales para edad	Grís o moteado 0 Llenado capilar de >5 segundos 0 Taquicardia >30 latidos por encima de los parámetros normales para edad 0 Brdicardia
<b>Respiratorio</b>	Frecuencia respiratoria normal, sin tirajes	>10 respiraciones/min por encima de los parámetros normales para edad 0 Uso de músculos accesorios 0 Requerimientos de oxígeno suplementario FiO2 >30% o 4L/min	>20 respiraciones/min por encima de los parámetros normales para edad 0 Tiraje intercostal 0 Tiraje supraesternal 0 Requerimientos de oxígeno suplementario FiO2 >40% o 6L/min	>30 respiraciones/min por encima de los parámetros normales para edad o <5 respiraciones/min por debajo de los parámetros normales 0 Retracción subxifoidea 0 Tiraje supraesternal 0 Quejido 0 Requerimientos de oxígeno suplementario FiO2 >50% o 8L/min

**PEWS < 2**  
Riesgo bajo

- Sin cambios en el estado de salud del niño.
- Seguimiento de signos vitales cada 4 horas.
- Continuar con igual plan de tratamiento.

**PEWS 3 - 4**  
Riesgo intermedio

- Cambios en el estado de salud del niño.
- Garantizar evaluación médica.
- Priorizar evaluación respiratoria. Definir requerimientos de oxígeno suplementario.
- Seguimiento de signos vitales cada 2 horas.
- Repetir PEW en 1 hora.
- Modificar plan de tratamiento.
- Considerar hospitalizar.

**PEWS > 5**  
Riesgo alto

- Cambio significativo en el estado de salud del niño.
- Garantizar evaluación médica inmediata.
- **Remisión urgente.**
- Seguimiento de signos vitales cada hora.
- Repetir PEW en 30 min

### Frecuencia cardiaca (por minuto)

Edad	Frecuencia despierto	Frecuencia dormido
Neonatos hasta 3 meses	Entre 85 y 205	Entre 80 y 160
De 3 meses a 2 años	Entre 100 y 190	Entre 75 y 160
De 2 a 10 años	Entre 60 y 140	Entre 60 y 90
Más de 10 años	Entre 60 y 100	Entre 50 y 90

### Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)

Edad	Frecuencia
Lactantes	Entre 30 y 60
Entre 1 y 3 años	Entre 24 y 40
En edad preescolar	Entre 22 y 34
En edad escolar	Entre 18 y 30
Adolescentes	Entre 12 y 16

Tomado de American Heart Association. Conjunto de referencia de soporte vital Avanzado pediátrico.

Tomado de American Heart Association. Conjunto de referencia de soporte vital Avanzado pediátrico.

### 3 Evaluación y orden de paraclínicos

Nuevo

#### Adultos

Evalúe los resultados de los biomarcadores en los pacientes que ingresaron con ellos y ordene paraclínicos a quienes requieran inicio de oxígeno suplementario luego de valoración inicial.

#### Hallazgos que confieren riesgo para COVID 19

Nuevo

Hemograma	Leucocitos: >10.000 Plaquetas < 150.000
LDH	≥ 500 mg/dl
Dímero D	>2000 mg/dl

#### Control de paraclínicos

Si los resultados iniciales son normales se repiten cada 72 horas. Si están alterados se hacen de acuerdo a la condición del paciente y a la recomendaciones del test

#### Menores de 15 años

Evalúe los resultados de los paraclínicos en pacientes que ingresaron con ellos y ordene nuevos paraclínicos si hay cambios en oximetría o en la escala de alertamiento temprano

- Hemograma
- Dímero D
- LDH
- Radiografía de tórax (opcional: si ha sido realizada al momento de atención institucional)

### 4 Saturación de oxígeno

#### Adultos

El rango de seguridad en la utilización de oxígeno: es 90% de saturación oxígeno ambiente

En el modelo nacional definimos que se alerta con saturación en 91% en el paciente que inicia en el modelo y se decide dar soporte con oxígeno con saturación menor a 90% no importa la altura de la ciudad aunque si las condiciones previas de la clínica del paciente.

#### Pediatría

- Ciudades a más de 2500 mts: 90% de saturación oxígeno ambiente
- Ciudades a menos de 2500 mts: 92% de saturación oxígeno ambiente

#### Condiciones especiales

- Embarazada 92% de saturación oxígeno ambiente
- Enfermedad pulmonar previa O2 requirente (> 2000 mts 88%, < 2000 mts 90%)

Todo paciente adulto que se encuentre por fuera de los rangos definidos en la escala NEWS2 y los parámetros de altura sobre el nivel del mar, deben recibir oxígeno suplementario, iniciando O2 por cánula nasal entre 2-3 lt/min. (Ver Manejo de O2 más adelante).

En la población pediátrica que requiere oxígeno suplementario se debe iniciar O2 por cánula nasal a 0.5 lts/min. En los menores de 5 años, todo niño que requiera O2 se remite; y niños entre los 6 y 14 años, con requerimientos de oxígeno superiores a 1L/min se benefician de manejo intrahospitalario. Mientras se hace efectivo el proceso de remisión se realizará monitoreo cada dos horas.

Recuerde complementar la monitoria no invasiva del paciente con el índice de PA/FI (SaO2/FiO2). La presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno

**FI02:** fracción inspirada de oxígeno, expresada en concentración y se mide en porcentaje.

¿Cuál es la FiO2 que está recibiendo el paciente?	
FiO2 (%)	Lts/min
21%	ambiente
25%	1lts
29%	2lts
33%	3lts
37%	4lts
41%	5lts

**PAFI:** La presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno (PaO2/FiO2) es un indicador que mide el intercambio gaseoso, tiene gran utilidad ya que orienta en la estimación de la hipoxemia ayudando a determinar conductas de tratamiento, para su cálculo se puede usar las siguientes enlaces:

<https://rccc.eu/protocolos/SpFi.html>

<https://www.rccc.eu/ppc/calculadoras/ALI.htm>

Normal	PaO2/FiO2 > 300
Hipoxemia leve	PaO2/FiO2 < 300- 200
Hipoxemia Moderada	PaO2/FiO2 < 200- 100
Hipoxemia Severa	PaO2/FiO2 < 100

Hiperoxia: es importante evitar SpO2 mayor a 96%, si se presenta, es necesario pensar en retirar o disminuir los litros de Oxígeno suministrado.

## 5 Predicción de la progresión del riesgo

Nuevo

### Hallazgos que confieren riesgo para COVID 19

Hemograma	Leucocitos: >10.000 Plaquetas < 150.000
LDH	≥ 500 mg/dl
Dímero D	>2000 mg/dl

## 6 Seguimiento y acompañamiento

El seguimiento estará a cargo del Back COVID SURA.

Recuerda diligenciar adecuadamente en PHC el direccionamiento del paciente en el formulario COVID

### Médico

#### Virtual en pacientes con O2 suplementario

- De acuerdo a las frecuencias definidas por el back de seguimiento
- Cambios en el estado de salud, temperatura, oximetría, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, síntomas y signos
- Egreso al paciente con oxígeno
- Pediatra a las 72 horas y en caso de activación de ERR

#### Presencial:

- Paciente con desaturación (Oportunidad de entrega de O2 a 2 hrs, de visita médica 2 hrs)
- Según criterio médico
- Egreso (sintomáticos)
- Cambios en la escala de alerta temprana pediátrica o en los

En cada valoración presencial debe repetirse la escala NEWS 2 y PEWS

### Terapeuta respiratoria

#### Virtual:

- Una vez sea titulado el Oxígeno al paciente, el seguimiento para Desmonte de oxigenoterapia se realizara cada 24 horas

#### Presencial:

- Según criterio del terapeuta respiratorio
- En caso de activar al equipo de respuesta rápida por desaturación.

#### Pediatra

##### Virtual:

- A las 72 horas de ingreso
- Teleasesoría con médico general o terapeuta respiratorio por cambios en la situación clínica (cambios en escala de alerta temprana)
- Paciente quien requirió atención por ERR

### Automonitoreo

El automonitoreo en pacientes adultos debe realizarse evaluando: frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de oxígeno. A continuación se describen los parámetros definidos para normalidad o anormalidad de estos tres criterios:

		Saturación O2	Frecuencia cardíaca	Temperatura
Normales	Ciudades por encima de los 2.000 mts	Mayor o igual 91%	Entre 60-80 x min	Menor o igual 37°
	Ciudades por debajo de los 2.000 mts	Mayor o igual 93%	Entre 60-80 x min	Menor o igual 37°
Anormales	Ciudades por encima de los 2.000 mts	Menor o igual 90%	Menor de 50 y mayor de 100 x min	Mayor o igual 38°
	Ciudades por debajo de los 2.000 mts	Menor o igual 93%	Menor de 50 y mayor de 100 x min	Mayor o igual 38°

Rango de edad	Frecuencia cardiaca
Neonatos	> 160 x min
< 2 años	> 170 x min
Entre 2 y 10 años	> 140 x min
Entre 10 y 16 años	> 110 x min

Las frecuencias del monitoreo de todos los pacientes dependerán de la condición o requerimiento de oxígeno del paciente así:

Condición	Frecuencia
Pacientes sin oxígeno	1 vez al día
Pacientes con oxígeno	3 veces al día

## 7 Manejo con oxígeno

### Escalonamiento

#### Si el paciente requiere soporte de oxígeno por cánula nasal, se debe tener en cuenta

- El uso racional, ya que las personas con los niveles reducidos de oxígeno en sangre, se asocian con aumento de mortalidad y por tanto esta hipoxemia debe ser corregida, de igual manera tener presente que si el oxígeno **NO** este indicado, también puede generar aumento de esta.
- Debe ser titulado a la concentración más baja que consiga los objetivos propuestos, es decir deberá mantener una saturación arterial igual o por encima del 90%.
- La terapia de oxígeno debe iniciarse con un 35% y titulada hacia arriba si la SaO<sub>2</sub> > 90% y disminuirla si la saturación excede 93-94%. Excepto que embarazadas que será del 92%.
- En pacientes con antecedente de EPOC-fumador pesado, oxígeno requiriente previos: evitar exceder una saturación de oxígeno > 93%. Teniendo en cuenta que los niveles pueden estar entre 88% y máximo 92%.
- Una vez que se tituló O<sub>2</sub> validar en las próximas 24h si se mantiene el nivel de sat.
- Iniciarlo por cánula nasal a 1 o 2 litros por minuto y validar estabilidad para determinar si requiere ajuste del FI<sub>O2</sub> (litraje) o de otros sistemas de flujo.
- Disminuir y/o retirar el Oxígeno si la saturación es mayor a 96%
- En caso de no lograr estabilidad, titular gradualmente hasta 5lts, los flujos por encima de este nivel requieren otros sistemas debido a intolerancia, irritación y riesgo de epistaxis.
- El primer día de uso del Oxígeno, indicar el soporte de manera permanente y según su evolución en las próximas 24 horas, definir la posibilidad de iniciar desmonte del mismo o continuar con igual manejo.
- Si el paciente presenta de nuevo deterioro de su condición basal, dado por aumento de la dificultad respiratoria, uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis, diaforesis, somnolencia, SpO<sub>2</sub> que no mejora con la administración de oxígeno, se debe considerar activar un Alertamiento/ERR, si no hay mejoría, luego de la atención presencial, se inicia el proceso de remisión.
- Adicional a la titulación del oxígeno es importante indicar pautas de: postura prono, posicionamiento, pauta de ahorro energético y de ejercicios respiratorios.
- Todo paciente menor de 5 años que requiera manejo suplementario con O<sub>2</sub> debe ser remitido para manejo intrahospitalario.
- Todo paciente entre 6 y 14 años con requerimiento de O<sub>2</sub> mayor a 1 Lt debe remitido para manejo intrahospitalario. Mientras se hace efectivo el proceso de remisión se realizara monitoreo cada dos horas.

**El oxígeno es un medicamento con un perfil beneficio/ riesgo, como tal debe usarse solo cuando este indicado, con la menor FI<sub>O2</sub> que permita establecer metas de estabilidad PAO<sub>2</sub>, iniciarlo con el dispositivo más sencillo, escalar a otro dispositivo según clínica del paciente y siempre con monitoreo.**

### Equipo de respuesta rápida

Esta conformado por médico y terapeuta respiratoria. Asiste al paciente de forma telefónica y/o presencial cuando:

- Cambios en la oximetría por debajo de los parámetros normales
- Frecuencia cardiaca >110 y para las personas >70 años FC : > 90
- Temperatura oral: ≥ 38.3°C en cualquier toma o ≥ 38.1°C por 4 horas consecutivas.
- Puntuación mayor a tres en la escala de alerta temprana pediátrica PEWS.
- Cambios en el estado de salud que se consideren críticos ya sea por su patología respiratoria o su enfermedad de base descompensada.

## TRATAMIENTO TERAPÉUTICO TENER EN CUENTA

### ADULTOS:

- En todos los pacientes con requerimiento de O<sub>2</sub> suplementario con uso de corticoide debe garantizarse previo a este el uso de un antihelmíntico de amplio espectro con el fin de prevenir la strongiloidiasis, salvo en quienes tengan contraindicaciones, tales como: embarazo durante los tres primeros meses, lactancia, hipersensibilidad a sus componentes, hepatopatías (antecedentes de enfermedad hepática o elevación de las enzimas hepáticas) y menores de 5 años. En esta caso evalúe el riesgo-beneficio del inicio del antihelmíntico.

Se recomienda como antiparasitario Ivermectina, a una dosis de 200 mcg/kilo o 1 gota por kilo, administradas en el día 1 y día 3. En caso de reacción alérgica usar Albendazol.

Previo al inicio de dexametasona debe realizarse estudio para influenza, sin embargo el retraso del resultado de la prueba NO debe retrasar la indicación clínica de iniciar dexametasona.

- La dosis de esteroide se indica para el paciente con requerimientos de oxígeno suplementario o de cuidado hospitalario (institucional sin sobreinfección). La administración de corticoides se indica por 10 días.
  - > 50 kg prednisona 50mg/día
  - < 50 kg prednisolona tableta 5 mg, dosis 1 mg/kg

**MENORES DE 15 AÑOS:** Todo aquel que presenta deterioro clínico (dificultad respiratoria o requerimientos de oxígeno suplementario) iniciar:

- Dexametasona:** 0.15mg/kg/dosis única diaria IV. Por máximo 10 días o antes si es dado de alta
- Ivermectina:** 1 gota/kg (es decir 200mcg/kg) dosis única VO (evaluar tolerancia a la vía oral y dificultad respiratoria antes de suministrar). En caso de reacción alérgica o peso inferior a 15Kg: usar Albendazol. Las contraindicaciones para el uso de este medicamento son las mismas descritas en el adulto.

En caso de sospecha de infección por Strongyloides stercoralis repetir dosis a las 24 horas.\*

## RECUERDE QUE NO SE RECOMIENDA IVERMECTINA SI NO HAY INDICACIÓN DE USO DE CORTICOIDE

## Desmote de oxígeno

El proceso de desmote define una línea de acción que será adaptada por el profesional, buscando individualizar cada paciente, así que reconociendo que cada persona es única, debe ajustar el criterio clínico con PERTINENCIA, para tomar la mejor decisión posible.

Antes de iniciar el desmote del paciente, en cada seguimiento se analizarán las siguientes variables:

Validación de signos vitales y Registro de oximetrías	Es necesario conocer el historial del registro de oximetrías y Signos vitales que ha realizado el paciente. Además complemente con la valoración de signos y síntomas
Estado clínico	Tener presente la estabilidad del estado general, nivel de conciencia, frecuencia cardíaca y ausencia de fiebre en las últimas 48 horas.
Disnea	En adultos, use la Escala de Borg, para evaluar de forma gráfica la percepción subjetiva de la dificultad respiratoria o el esfuerzo, tanto reposo como en movimiento, tenga en cuenta, explicarla al paciente para que realice el monitoreo y control del ejercicio. En niños, es importante indagar a los cuidadores o valorar (virtual) los signos de dificultad respiratoria: FR, aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción esternal, retracción toracoabdominal, cianosis o palidez extrema y/o adinamia.
Frecuencia respiratoria	Puede ser con ayuda del cuidador o por video, además se tiene en cuenta la valoración del esfuerzo respiratorio y el uso de los músculos accesorios.
Si ya inicio desmote	Valide la tolerancia- adherencia a recomendaciones y ejercicios. Recuerde que la mayor desaturación se podrá ver entre 30 a 40min, luego de retirar el O <sub>2</sub> .

## Pautas para el desmonte de oxígeno exitoso:

### Individualidad:

Es importante recordar que tanto para la titulación como para el desmonte de O<sub>2</sub>, se debe individualizar cada paciente, Esto exige que se analice de forma integral al paciente y no se defina la titulación o el desmonte por una sola variable. La saturación hace parte de uno de los varios criterios, a continuación, se citan otros aspectos a tener en cuenta:

- ¿Tolera la posición en prono?
  - ¿Cómo está el patrón de sueño?
  - ¿Utiliza músculos accesorios, aleteo nasal, tos cianósante, retracciones, dificultad para completar frases?
  - ¿Presenta signos de alarma?
  - ¿presenta fatiga? cuantifíquela en las esquila de BORG
- El paciente que usa CPAP, se sugiere continuar con el uso nocturno según recomendación médica.
  - Si en la intervención terapéutica o manejo médico, se identifica el paciente de difícil desmonte, no explicado por causa orgánica, es importante validar la necesidad e interconsulta con el grupo de apoyo (Psicología – trabajo social), considerando además la visita presencial.

### Gradualidad:

Tanto en niños como en adultos, el proceso de desmonte es dinámico y a tolerancia del paciente, esta enmarcado en la individualidad (estado basal pre-COVID, escala de BORG, signos vitales, PAFI e IPA) Se inicia con disminución de FiO<sub>2</sub> (litros), posteriormente se evalúa tolerancia a oxígeno ambiente, de ser tolerado y estar en metas se continuará con desmonte 24 horas. Es importante tener en cuenta que el mejor indicador para la tolerancia al desmonte es la vigilancia de la hipoxemia diurna (la hipoxemia nocturna no es un predictor de riesgo o letalidad)

### Estabilidad:

Una vez que se tituló O<sub>2</sub> validar en las próximas 24h si se mantiene el nivel de saturación.

- Cuando el paciente este estable hemodinámicamente se empieza bajar la FiO<sub>2</sub> y a partir de 1lt, se sugiere cerrar O<sub>2</sub>, vigilando SDR, tener en cuenta que algunos podrán tener tos, sin embargo, solo se reiniciara O<sub>2</sub> cuando se evidencien desaturación.  
Explique al paciente que las cifras de estabilidad de SpO<sub>2</sub> en etapa aguda de Covid puede variar de un paciente a otro, que estas dependerán la evolución y los antecedentes.

### Seguimiento:

- En cada control es importante resaltar el compromiso que debe tener el paciente o cuidador con las recomendaciones dadas, sugiera hacer el monitoreo y control de los Signos vitales, para validar su estabilidad y en caso de presentar algún signo de alarma puede actuar oportunamente.
- Si en la valoración y seguimiento de desmonte se evidencia que el paciente no tolera la continuidad con este o empeora su cuadro, es necesario hacer interconsulta para determinar conducta y dar resolutive en equipo.
- Todo paciente cuya causa de requerimiento de O<sub>2</sub> sea por diagnóstico Covid, que supere el uso de este por más de 7 días, deberá tener gestión

**Pautas para prevención del desacondicionamiento físico:** Los pacientes que han perdido la condición física y/o cursan con debilidad muscular o cardio-respiratoria deben comenzar por realizar ejercicios de manera progresiva, acorde al estado funcional y cardiovascular, buscando el restablecimiento de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. Se sugiere comenzar la con una amplia gama de ejercicios generales, sin carga, con pocas repeticiones y una vez que sean tolerados, pasar al fortalecimiento muscular progresivo, acompañado del entrenamiento de resistencia y demás capacidades físicas.

### Gestión a pacientes desmonte no exitoso:

Se considera que este sucede cuando el paciente supera los 7 días uso de oxigenoterapia sin lograr un retiro efectivo del mismo.

Desmonte no EXITOSO	CANDIDATO VISITA MEDICA PRESENCIAL	CANDIDATO VISITA TR PRESENCIAL	CANDIDATO MEDICINA INTERNA	CANDIDATOS a REHABILITACION POST COVID o IPS BASICA
<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 días Inicio de desmonte</li><li>• Saturación &lt;90% sin O<sub>2</sub> domiciliario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evolución Estacionaria y tórpida.</li><li>• No adherencia al manejo.</li><li>• Dificultades Tecnológicas.</li><li>• Discapacidad Visual y/o Auditiva.</li><li>• Condiciones Sociales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Requerimientos de O<sub>2</sub> cada día aumentan.</li><li>• No adherencia al manejo.</li><li>• Dificultades Tecnológicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desmonte no Exitoso Y</li><li>• Persistencia de Síntomas.</li><li>• Manejo Agudo Activo.</li><li>• 2 o más activaciones ERR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desmonte no EFECTIVO</li><li>• 14 días enfermedad &gt; 3 días sin fiebre</li><li>• Sin manejo Agudo</li><li>• Medellín/ Bogota: Rehab. Post COVID</li><li>• Cali: Neumólogos del pacífico.</li></ul>

## ADULTOS

- Pacientes sin signos de complicación
- Pacientes sin medicamentos venosos
- Paciente con desmonte de oxígeno exitoso
- > 3 días con estabilidad hemodinámica y percepción de mejoría del paciente
- Completar los días de seguimiento establecidos en la guía del ministerio
- Traslado a otro nivel de atención

## PEDIATRÍA

- Afebril por 48 horas.
- Sin requerimientos de oxígeno suplementario >24 horas.
- Escala de alerta temprana pediátrica PEWS <2 durante 24 horas.
- Mejoría en los paraclínicos (seguimiento a la linfopenia y los reactantes de fase aguda).
- No percepción de dificultad respiratoria por los padres o cuidadores.
- Ingesta oral adecuada.

## Ejercicios sugeridos según la escala de BORG

La escala de Borg, es subjetiva, permite conocer el nivel de esfuerzo- fatiga que el individuo percibe tanto en reposo, al hacer AVD- ejercicio. Sirve para que tanto al terapeuta como el paciente puedan hacer ajustes a la intensidad de ejercicio guiado o recomendado.

BORG	¿Que actividades puedo indicar?
<p><b>0 a 2: Reposo a Muy Ligero-</b> El paciente tolera AVD y ejercicios, es decir el paciente no refiere fatiga, presenta estabilidad en la FC, FR y SpO2. Es capaz de mantener una conversación confortable, sin dificultad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en postura prono y drenaje postural</li> <li>• Respiración Diafragmática, Profunda y Sostenida, con Labios Fruncidos, Ejercicios de burbujeo</li> <li>• Cambios de posición, posicionamiento articular y ahorro energético</li> <li>• Deambulación con respiración controlada</li> <li>• Indicación de ejercicios activos libres en el paciente en aislamiento, siguiendo medidas de cuidado por diagnóstico Covid-19.</li> <li>• Ejercicios de carga axial que involucren movimiento contra gravedad y activos libres, se sugiere involucrar varios grupos musculares, empezando por los menos fatigables, con ejercicios unilaterales, en sedente e ir progresando, solo indicar resistidos si hay visita presencial.</li> <li>• Combine la actividad con ejercicios respiratorios.</li> </ul>
<p><b>3 – 4 Ligero a Algo Pesado:</b> El paciente puede referir esfuerzo tolerable, que cede frente al reposo, no hay voz entrecortada ni jadeo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar con la ejecución de técnicas respiratorias: Respiración Diafragmática, Profunda y sostenida, labios fruncidos, incentivos y burbujeo en botella con pitillo</li> <li>• Posición prono y drenaje postural, Posicionamiento, cambios de posición</li> <li>• Caminata, ejercicios activos libres generales</li> <li>• Se podrá continuar con el desmonte.</li> </ul>
<p><b>5 a 6 Pesado a Más Pesado.</b> El paciente puede presentar cambios en FC-FR, sudoración, además de expresar fatiga física, con voz entrecortada o dificultad al hablar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si al hacer seguimiento al desmonte, el paciente presenta de nuevo deterioro de su condición basal, (SDR, uso de músculos accesorios, cianosis, diaforesis) indique ejercicios respiratorios, postura prona a tolerancia, si no logra estabilización, considerar el inicio de soporte de oxígeno si no lo tiene, o aumento del FIO2, buscando estabilizar hasta un máximo de 5 lpm, si ya había sido iniciado previamente, en caso de no estabilización activar Alertamiento/ ERR</li> </ul>
<p><b>7 a 10 Muy Pesado a Extremo</b> El paciente refiere fatiga, trabajo pesado con esfuerzo alto, se requiere recuperación o hasta parar la actividad por agotamiento o sensación de disconfort, No es capaz de mantener una conversación confortablemente y expresa gran dificultad para la actividad que se acompaña de algunos otros signos de dificultad respiratoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubique al paciente en prono a tolerancia, evalúe de nuevo SV.</li> <li>• Si son tolerados por el paciente indique ejercicios respiratorios: labios fruncidos, Respiración Profunda y Sostenida lento, dando descanso entre cada repetición.</li> <li>• Si no se logra estabilizar: Titule FIO2 necesario para lograr Sat Pao2 90% y active Alertamiento/ ERR para determinar posibilidad de remisión.</li> </ul>

## Educación básica para el paciente con patología respiratoria.

Para fortalecer la educación al paciente desde la línea de la atención se van a enviar una serie de videos instruccionales que facilitan de forma oportuna la adopción de hábitos para mejorar la salud.

Se podrán enviar de igual manera a través de correo electrónico, mensaje de texto o vía WhatsApp los links de acceso a estos videos:

- Oxígeno: <https://youtu.be/HKcDfBzNt1M>
- Recomendaciones respiración: <https://youtu.be/Dp1ESLwLwJK>
- Seguimiento kit Covid: <https://youtu.be/857qK2Uz5M4>

**Recuerde dar pautas para mantener la condición física general, sugiera evitar reposo absoluto. Inicie de forma temprana la activa, siempre y cuando haya estabilidad en la condición general del paciente.**

## Referencias

1. Sura. Modelo de atención domiciliaria para pacientes con sospecha o diagnóstico COVID-19. Versión 8. Enero 2021
2. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) Bogotá DC Versión 13. Diciembre 16 de 2020.
3. Sura. Guía de abordaje y seguimiento: SARS-CoV2/COVID-19 (Nuevo coronavirus). Versión 22. Diciembre 2020
4. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Rehabilitación en pacientes con diagnóstico y sospecha de COVID -19. V4. Agosto 2020
5. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Modelo de atención UCRI - Unidad de cuidados respiratorios intermedios para pacientes con infección por SARS-CoV2/COVID-19 (nuevo coronavirus). Agosto 2020
6. Sura. Guía de abordaje y seguimiento: Rehabilitación en pacientes con diagnóstico y sospecha de COVID -19. Versión 4. Agosto 2020
7. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en atención presencial en el servicio de urgencias. Versión 3. Agosto 2020.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia COVID-19. Versión 7. 3 de agosto de 2020
9. Sura. Manual Modelo Unidad de cuidados respiratorios intermedios (Unidad de cuidados respiratorios intermedios) COVID-19. Julio 2020
10. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Versión 2. Julio 23 de 2020
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19. Versión 2. 1 de Julio 2020
12. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID-19 en centros de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. 1 de julio 2020.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Instrucciones para el registro, codificación y reporte de Enfermedad Respiratoria Aguda causada por el nuevo coronavirus COVID-19, en los registros médicos de morbimortalidad del Sistema de Salud. Bogotá DC. abril 2020
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19. Abril 2020