

Guías de abordaje y seguimiento Paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en atención presencial en el servicio de urgencias



Equipo técnico SURA / Septiembre 2021. Versión 7

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 Identificación

Pretriage

Antes de comenzar cualquier atención y tener contacto con equipos biomédicos, realizar una adecuada higienización de manos con gel para desinfección de manos

Identifique los pacientes según la presencia de síntomas respiratorios o la presencia de nexo epidemiológico

1. ¿Ha tenido fiebre?
2. ¿Ha tenido problema respiratorio (incluyendo tos) en los últimos 14 días?
3. ¿Ha tenido alteración del gusto u olfato?
4. ¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?
5. En su entorno cercano hay 2 o más casos con fiebre y / o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios
6. ¿Usted cree que tiene infección por COVID 19?

En los ancianos indague si ha tenido algún cambio en su condición basal de salud. Recuerde que ellos presentan manifestaciones atípicas

Mida la temperatura. Si la temperatura es mayor de 38°C se direcciona al paciente a triage en Zona de riesgo biológico

Tenga en cuenta que la definición de fiebre en paciente mayor de 80 años se comporta diferente:

- Cambios de 0.5° en su temperatura de base;

- Una sola toma con temperatura de 37.7°C ó

2 tomas, en momento diferente, con temperatura de 37.2°C

*El termómetro infrarrojo deberá ubicarse lo más cerca del nivel central, pero recuerde que para esta población es confiable la toma de la temperatura en cavidad oral u ótica.

NUEVO

Triage

- Aplicar cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico.
- Medición de frecuencia cardíaca y saturación de O₂ y presión arterial a través del monitor de signos de vitales.
- Evaluación de la frecuencia respiratoria
- Toma de temperatura
- Nivel de conciencia*
- Recuerde realizar el registro en la historia clínica de los signos vitales, encuesta y escala NEWS2



*Alerta: puntaje 0, Confundido, solo responde a la voz, solo responde al dolor, no responde: puntaje 3

Escala de advertencia temprana NEWS2 (National Early Warning Score 2) para direccionamiento del paciente

Escala NEWS2

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



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.

Pediatria

- 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%)

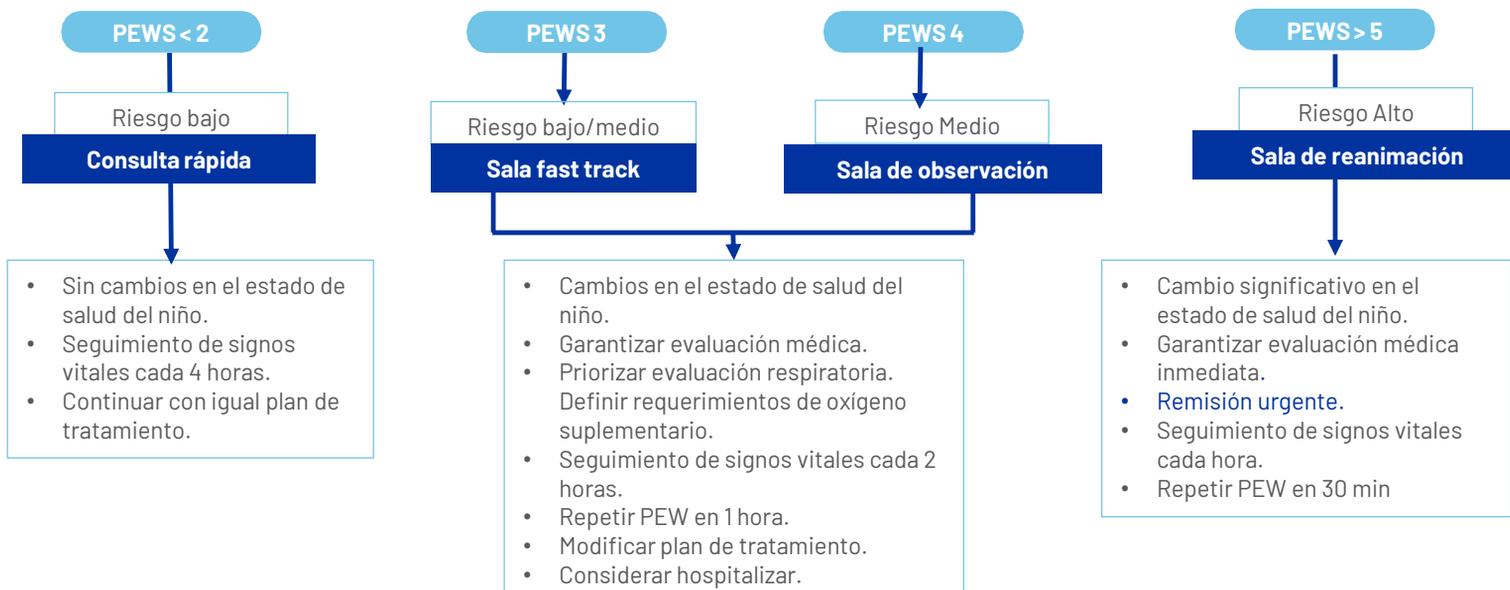
Todo paciente adulto que se encuentre por fuera de los rangos definidos en la escala NEWS2 y los parámetros de altura sobre el nivel del mar, deben recibir oxígeno suplementario, iniciando O2 por cánula nasal entre 2-3 lt/min. (Ver Manejo de O2 más adelante).

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

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

	0	1	2	3
Comportamiento	Juega / Apropiado	Duerme	Irritable 0 Padres preocupados	Letárgico 0 Confuso 0 Respuesta reducida al dolor
Cardiovascular	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	Gris o moteado 0 Llenado capilar de >5 segundos 0 Taquicardia >30 latidos por encima de los parámetros normales para edad 0 Bradycardia
Respiratorio	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



Frecuencia cardíaca (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.

IMPORTANTE: En todas las **gestantes** que sean diagnosticadas COVID-19 positivas se deben evaluar los factores de riesgo tromboembólicos para definir tromboprolifaxis y ordenar ecografía obstétrica en el tercer trimestre y/o a las 6 semanas del diagnóstico.

*Ver dosis en página 10

Zona Consulta rápida: Puntaje NEWS2 (adultos) entre 0-4 y PEWS <2 (menores 18 años)

- Verificación del resultado de la escala NEWS2 (adultos) y PEWS (menores 18 años)
 - En caso de encontrar puntaje diferente **redireccione** al área que corresponde.
 - Si el puntaje corresponde al realizado en triage **continuar** con la evaluación clínica y la aplicación de las demás escalas.
- Examen clínico completo para realizar diagnósticos diferenciales y en caso de considerar otro diagnóstico realice abordaje de la etiología que considere.

En adultos aplique escala CRB-65 (Confusión, frecuencia respiratoria, presión arterial, edad igual o mayor a 65 años).
En esta zona de atención NINGÚN paciente puede tener un CRB65 mayor o igual a 2

Esta escala nos permite identificar el destino de la persona al egreso

CRB-65	
• Confusión mental.	1
• PAS <90 mm Hg.	1
• FR >30/MIN.	1
• Edad >65 años.	1
TOTAL PUNTOS	4

CRB 65: 0 - 1

MANEJO AMBULATORIO

Toma de muestra COVID-19: Prueba antigénica
Recuerde que si la persona consulta después del día 11 del inicio de síntomas se solicita RT-PCR

Tenga en cuenta si el paciente tiene o no factores de riesgo

- Mayores de 60 años,
- Diabetes,
- Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV)
- VIH
- Cáncer
- Uso de crónico de corticoides
- EPOC
- Asma
- Mal nutrición (obesidad y desnutrición)
- Fumadores
- Insuficiencia respiratoria

Garantizar seguimiento estricto por los diferentes canales virtuales establecidos.

****Si el paciente es positivo para COVID-19 debe ingresar al modelo de automonitoreo domiciliario en las regionales que esté funcionando. Tenga en cuenta los criterios de ingreso.**

- Manejo sintomático
- **SI SOSPECHA NAC O ESI**, ordene tratamiento ambulatorio de acuerdo a guías de abordaje y presencia de factores de riesgo

CRB 65: >o igual a 2

PACIENTE CANDIDATO A MANEJO HOSPITALIZACION EN DOMICILIO O INSTITUCIONAL

La aplicación correcta del NEWS2 permite identificar este paciente, por lo que no debería haber sido clasificado en esta zona

¿El paciente presenta signos de gravedad?

- Cuadro clínico > 10 días de duración
- Vómitos incoercibles, diarrea con deshidratación
- Lesiones en piel sugestivas de vasculitis
- Signos clínicos de trombosis venosa profunda
- Expectorcación, hemoptisis
- Dolor torácico opresivo
- Disminución en la saturación O₂

NO

SI

Nuevo

Solicite paraclínicos para identificar marcadores de mal pronóstico:

- **Hemograma:** se puede pedir al inicio y cada 24 horas)
- **LDH:** Puede medirse cada 24 horas, se evalúa como riesgo >500
- **BUN:** Recuerde que la creatinina no es un biomarcador de injuria renal aguda. **NO LO SOLICITE**

SI

Estabilidad clínica y/o paraclínica
(Dentro del rango esperados)

NO

REMISIÓN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

*Paciente sin riesgos y con resultados dentro de los rangos esperados, continúa control telefónico de Salud en Casa.

REMISIÓN INSTITUCIONAL

Los menores de 18 años que se encuentran en esta zona, no requieren paraclínicos. Excepto si tienen signos de gravedad.



- **Caso 2:** paciente con algún síntoma respiratorio o presencia de fiebre identificada durante la atención en quien existe nexo epidemiológico.
- **Caso 5:** paciente sin síntomas en quien solo se identifica el nexo epidemiológico.
- **Otras etiologías:** En caso de ausencia de nexo epidemiológico o cambio en la definición de acuerdo con la presencia de transmisión viral comunitaria sostenida debe tener en cuenta diagnósticos diferenciales.

Pacientes a atender en esta zona

Zona Fast track: Escala NEWS2 que califica 3 con una variable (Adultos) y puntaje PEWS 3 (Menores 18 años)

- Verificación del resultado de la escala NEWS2 (adultos) y PEWS (menores 18 años)
 - En caso de encontrar puntaje diferente **redireccione** al área que corresponde.
 - Si el puntaje corresponde al realizado en triage **continuar** con la evaluación clínica y la aplicación de las demás escalas.
- Examen clínico completo para realizar **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES** y en caso de considerar otro diagnóstico realice abordaje de la etiología que considere.
- **RECUERDE QUE EN ESTA ZONA EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON UN CUADRO CLÍNICO MODERADO.**
- Evalúe presencia de factores de riesgo y tenga en cuenta estos para ordenar las ayudas diagnósticas. Indague por signos de gravedad

Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Mayores de 60 años,• Diabetes,• Enfermedad cardiovascular (incluye HTA y ACV)• VIH• Cáncer• Uso de crónico de corticoides• EPOC• Asma• Mal nutrición (obesidad y desnutrición)• Fumadores• Insuficiencia respiratoria

Signos de gravedad
<ul style="list-style-type: none">• Cuadro clínico > 10 días de duración• Vómitos incoercibles, diarrea con deshidratación• Lesiones en piel sugestivas de vasculitis• Signos clínicos de trombosis venosa profunda• Expectoración, hemoptisis• Dolor torácico opresivo• Disminución en la saturación O2

Nuevo

Ordene paraclínicos para identificar factores de riesgo para mal pronóstico y estratificar el riesgo. Recuerde que los biomarcadores deben ser individualizados para cada paciente, no es un requisito solicitarlos en su totalidad.

- Hemograma: se puede pedir al inicio y cada 24 horas)
- LDH: Puede medirse cada 24 horas, se evalúa como riesgo >500
- BUN
- Creatinina
- Dímero D: Se puede medir cada 48 horas y su valor de riesgo es >2000
- Glucemia
- Sodio: NO IONOGRAMA, SOLO SODIO
- Radiografía de tórax: Solo en paciente sintomático: murmullo vesicular disminuido o abolido y estertores.
- Considere de forma opcional y teniendo en cuenta el estado del paciente: Gases arteriales y Panel Viral

Toma de muestra COVID-19 (Prueba antigénica)
Recuerde que si la persona consulta después del día 11 del inicio de síntomas se solicita RT-PCR

Puntaje NEWS2 de 3 independiente si hay o no factores de riesgo

Nuevo

Recuerde que los biomarcadores deben ser individualizados para cada paciente, no es un requisito solicitarlos en su totalidad.

- Hemograma
 - LDH: BUN
 - Creatinina
 - Dímero D: Glucemia
 - Sodio
 - Radiografía de tórax
 - Considere de forma opcional y teniendo en cuenta el estado del paciente: Gases arteriales y Panel Viral
- Recuerde en zonas endémicas IgM para Dengue o Gota gruesa para malaria

- Paraclínicos alterados considere nuevos estudios para evaluar compromiso sistémico.

Reevalúe el paciente al conocer resultado de paraclínicos, considere siempre otros diagnósticos diferenciales y dirección de acuerdo a la condición clínica.

Hospitalización domiciliaria

- Manejo de síntomas
- Toma de temperatura cada 12 horas
- Manejo sintomático
- Considere otro tipo de tratamiento de acuerdo a la sospecha clínica

****Ingresar al paciente al modelo de automonitoreo domiciliario en las regionales que esté funcionando.**

Tenga en cuenta los criterios de ingreso.

Hospitalización institucional

- Establezca en el servicio de urgencias
- Si considera NAC inicie tratamiento de acuerdo a la guía de abordaje
- Inicie remisión

Si sospecha neumonía ordene manejo antibiótico ambulatorio acorde a la presencia o no de factores de riesgo

ADULTOS:

Ceftriaxona 1-2 gr IV/día + Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas por 10 días.
En caso de resistencia o intolerancia al macrólido reemplace con Doxiciclina

NIÑOS:

En los niños recuerde manejo empírico de acuerdo a edad y esquema de vacunación. (Ver guía NAC en pediatría)

A Los menores de 18 años que se encuentran en esta zona, se les ordenarán los siguientes paraclínicos:

- Hemograma completo
- Rayos X de tórax

*Dependiendo del estado del paciente se considerarán otros paraclínicos

Hallazgos que confieren riesgo para COVID 19 		Nuevo
Hemograma	Leucocitos: >10.000 Plaquetas < 150.000	
LDH	≥ 500 mg/dl	
Dímero D	>2000 mg/dl	
Radiografía de tórax	Infiltrados Pulmonares Bilaterales (75%) y Consolidación (59%). Puede excluir complicaciones como: atelectasias, infiltrados, derrame	



Caso 2: con dificultad respiratoria o $SaO_2 \leq 91\%$ como único hallazgo. Recuerde que ante la presencia de hallazgos sugestivos de inestabilidad hemodinámica o alteración de la conciencia se clasificaría como IRAG inusitada y el puntaje NEWS2 sería diferente.

- **Otras etiologías:** En caso de ausencia de nexo epidemiológico o cambio en la definición de acuerdo con la presencia de transmisión viral comunitaria sostenida debe tener en cuenta diagnósticos diferenciales.
- El paciente en esta zona puede cursar con un cuadro clínico moderado, por lo que no puede ser clasificado como caso 5

Pacientes a atender en esta zona

Sala de Observación: Puntaje escala NEWS2 entre 5-6 (adultos) y puntaje PEWS 4 (menores de 18 años)

- Verificación del resultado de la escala NEWS2 (adultos) y PEWS (menores 18 años)
 - En caso de encontrar puntaje diferente **redirigir** al área que corresponde.
 - Si el puntaje corresponde al realizado en triage **continuar** con la evaluación clínica y la aplicación de las demás escalas.
- Examen clínico completo para realizar diagnósticos diferenciales y en caso de considerar otro diagnóstico realice abordaje de la etiología que considere.
- Evalúe presencia de factores de riesgo e indague por signos de gravedad
- **RECUERDE QUE EN ESTA ZONA EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON UN CUADRO CLÍNICO SEVERO O CRÍTICO**
- Ordene paraclínicos para identificar factores de riesgo para mal pronóstico y estratificar el riesgo

Nuevo

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Creatinina • BUN • HDL • Dímero D • Gases arteriales • Glucemia • Hemograma • Sodio • Radiografía de Tórax • Panel Viral | <ul style="list-style-type: none"> • OPCIONALES <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas hepáticas: Solo si el paciente manifiesta dolor o distensión abdominal • Troponina I: Solo si dolor en el pecho • Recuerde en zonas endémicas IgM para Dengue o Gota gruesa para malaria |
|---|--|

A Los menores de 18 años que se encuentran en esta zona, se les ordenarán los siguientes paraclínicos:

- Hemograma completo
- Rayos X de tórax
- Panel Viral

*Dependiendo del estado del paciente se considerarán otros paraclínicos

- Inicie proceso de remisión en todos los pacientes que se encuentren en esta zona. **En los casos que aplique definir si el paciente es candidato para modelo de automonitoreo domiciliario y verificar que no tenga criterios de exclusión para modelo.

Manejo en el servicio de urgencias:

El uso de terapia antibiótica solo debe considerarse ante la sospecha clínica clara de sobre infección bacteriana tipo neumonía.

- Administración de oxígeno en pacientes con dificultad respiratoria o shock, o en aquellos en quienes los rangos de normalidad de saturación de oxígeno según altura sobre el nivel del mar estén alterados (ver página 2). Titule el uso de oxígeno suplementario hasta garantizar SpO2 mayor o igual de 94%
- Usar cánula nasal hasta alcanzar FiO2 de 0.41% . Recuerde que no está indicado el uso de Venturi.
- Se recomienda favorecer la posición prono en los pacientes con requerimientos de O2.
- Manténgase vigilante a los cambios en el estado clínico del paciente, principalmente saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y aumento de los requerimientos de O2.
- Para la reposición de líquidos use una estrategia conservadora con cristaloideos compensados (Ej: Lactato de ringer)
- Descarte el riesgo de TVP.
- En todos los pacientes con **requerimiento de O2 suplementario** (es decir, aquellos que sean remitidos para el manejo hospitalario o que sean candidatos para el ingreso al modelo de automonitoreo con oxígeno domiciliario) **y con criterios para iniciar corticoide debe garantizarse previo a este el uso de un antihelmíntico de amplio espectro** con el fin de prevenir la estrongiloidiasis, 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 **dexametasona es de 6 mg (VO o IV)** para el paciente con requerimientos de oxígeno suplementario o de cuidado hospitalario (institucional sin sobreinfección). Se inicia en el servicio en caso de no ubicar al paciente en red hospitalaria. Se puede considerar el uso de prednisolona a dosis equivalente, es decir 40 mg/día. La administración de corticoides se indica por 10 días.
- Enoxaparina 1.5 mg/k/día, para el paciente definido con cuidado hospitalario cuyo Dímero D esté alterado. Se inicia en el servicio en caso de no ubicar al paciente en la red hospitalaria. (Recuerde la dosis en gestantes)

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.*

*En la página 3, donde está descrito el PEWS se describe la conducta a seguir en los menores de 18 años. Igualmente, cada caso se debe evaluar y definir otras conductas que se requieran



Caso 1: IRAG inusitada al ser un paciente con deterioro clínico en menos de 72 o una IRA grave.

- **Otras etiologías:** ante la presencia de un cuadro clínico de IRAG inusitada o IRA grave debe SIEMPRE considerar diagnósticos diferenciales
- Ningún paciente en esta área podrá ser definido como caso 2 o caso 5.



Pacientes a atender en esta zona

Sala de reanimación: Puntaje de 7 o más en escala NEWS2 (adultos) y puntaje PEWS > 5 (menores 18 años)

- Verificación del resultado de la escala NEWS2 (adultos) y PEWS (menores 18 años)
 - En caso de encontrar puntaje diferente **redireccione** al área que corresponde.
 - Si el puntaje corresponde al realizado en triage **continuar** con la evaluación clínica y la aplicación de las demás escalas.
- Examen clínico completo para realizar diagnósticos diferenciales y en caso de considerar otro diagnóstico realice abordaje de la etiología que considere.
- Evalúe presencia de factores de riesgo e indague por signos de gravedad. Aplicación de escala de Glasgow
- **RECUERDE QUE EN ESTA ZONA EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON UN CUADRO CLÍNICO CRÍTICO**

- Ordene paraclínicos para identificar factores de riesgo para mal pronóstico

Nuevo

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Creatinina• BUN• HDL• Dímero D• Gases arteriales• Glucemia• Hemograma• Sodio• Radiografía de Tórax• Panel Viral | <ul style="list-style-type: none">• OPCIONALES<ul style="list-style-type: none">• Pruebas hepáticas: Solo si el paciente manifiesta dolor o distensión abdominal• Troponina I: Solo si dolor en el pecho• Recuerde en zonas endémicas IgM para Dengue o Gota gruesa para malaria |
|--|--|

A los menores de 18 años que se encuentran en esta zona, se les ordenarán los siguientes paraclínicos:

Nuevo

- Hemograma completo
- Rayos X de tórax
- Panel Viral
- Creatinina
- LDH
- Dímero D
- Gases arteriales

*Dependiendo del estado del paciente se considerarán otros paraclínicos

- Inicie proceso de remisión a un nivel de mayor complejidad en todos los pacientes que se encuentren en esta zona.

Manejo en el servicio de urgencias:

El uso de terapia antibiótica solo debe considerarse ante la sospecha clínica clara de sobre infección bacteriana tipo neumonía.

- Administración de oxígeno en pacientes con dificultad respiratoria o shock, o en aquellos en quienes los rangos de normalidad de saturación de oxígeno según altura sobre el nivel del mar estén alterados (**ver pagina 2**). Titule el uso de oxígeno suplementario hasta garantizar SpO2 mayor o igual de 94%
- Usar cánula nasal hasta alcanzar FiO2 de 0.41% . **Recuerde que no está indicado el uso de Venturi.**
- Se recomienda favorecer la posición prono en los pacientes con requerimientos de O2.
- Manténgase vigilante a los cambios en el estado clínico del paciente, principalmente saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y aumento de los requerimientos de O2.
- Para la reposición de líquidos use una estrategia conservadora con cristaloides compensados (Ej: Lactato de ringer)
- Descarte el riesgo de TVP.

- En todos los pacientes con requerimiento de O2 suplementario (es decir, aquellos que sean remitidos para el manejo hospitalario o que sean candidatos para el ingreso al modelo de automonitoreo con oxígeno domiciliario) y en quienes se decida el uso de corticoide debe garantizarse previo a este el uso de un antihelmíntico de amplio espectro con el fin de prevenir la estrogiloidiasis, 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; otra opción terapéutica es el 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 dexametasona es de 6 mg (VO o IV) para el paciente con requerimientos de oxígeno suplementario o de cuidado hospitalario (institucional sin sobreinfección). Se inicia en el servicio en caso de no ubicar al paciente en red hospitalaria. Se puede considerar el uso de prednisona a dosis equivalente, es decir 40 mg/día. La administración de corticoides se indica por 10 días.

- Enoxaparina 1.5 mg/k/día, para el paciente definido con cuidado hospitalario cuyo Dímero D esté alterado. Se inicia en el servicio en caso de no ubicar al paciente en la red hospitalaria. (Recuerde la dosis en gestantes)

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.*

*En la página 3, donde está descrito el PEWS se describe la conducta a seguir en los menores de 18 años. Igualmente, cada caso se debe evaluar y definir otras conductas que se requieran



Caso 1: IRAG inusitada al ser un paciente con deterioro clínico en menos de 72 horario.

- **Otras etiologías:** ante la presencia de un cuadro clínico de IRAG inusitada o IRA grave debe SIEMPRE considerar diagnósticos diferenciales
- Ningún paciente en esta área podrá ser definido como caso 2 o caso 5.

>>

Pacientes a atender en esta zona

Dosis enoxaparina en gestantes con diagnóstico de COVID-19

Indicaciones trombotoprofilaxis para la prevención de eventos tromboembólicos venosos en mujeres con COVID durante la gestación, el parto o en las primeras 6 semanas postevento obstétrico

	Caso 1	Caso 2	Caso 5
FR para TVP/TEP	Según tabla de FR (guía de gestantes), debe quedar ordenada desde manejo institucional	Según tabla de FR	Según tabla de FR
Sin FR para TVP/TEP	10 días *	No se indica	No se indica

*Días contados desde el inicio de síntomas. Se ajusta la fórmula a los días faltantes para completar esos 10 días, si ya pasaron más de 10 días del inicio de los síntomas no se ordena.

En gestantes con 37 semanas o más de gestación considere heparina no fraccionada 5.000 unidades SC cada 12 horas. Si hay inminencia de parto: NO trombotoprofilaxis.

Dosis ajustada enoxaparina:

- < 50 kg: 20 mg/día
- 50 -90 Kg: 40 mg/día
- 91-130 Kg: 60 mg/día
- 131 -170 Kg: 80 mg/día
- Dosis para anticoagulación: 1 mg/k/dosis cada 12 horas

En toda gestante con COVID-19 confirmado recuerde la realización de ecografía obstétrica en el tercer trimestre y/o a las 6 semanas del diagnóstico.

*Para mayor información consulta la guía de manejo de gestantes con sospecha o diagnóstico de COVID-19

Referencias

1. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en senos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Versión 4. Abril 2021. <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/110>
2. Sura. Modelo de atención domiciliaria para pacientes con sospecha o diagnóstico COVID-19. Versión 8. Enero 2021
3. 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.
4. Sura. Guía de abordaje y seguimiento: SARS-CoV2/COVID-19 (Nuevo coronavirus). Versión 22. Diciembre 2020
5. 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 6. 30 de Julio 2020
6. 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
7. Hospital Sant Joan de Déu y Clinic Barcelona (Hospital Universitario): Protocolo Coronavirus (COVID-19) y Gestación. V9. 23 de julio 2020.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia. Versión 2. Junio 2020.
9. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Paciente adulto con Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Versión 2. Junio 2020.
10. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Paciente pediátrico con Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Abril 2020.
11. Sociedad Española de trombosis y hemostasia. Recomendaciones sobre profilaxia ETV en embarazo y puerperio durante la pandemia COVID-19. 15 de abril 2020.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Versión 2. Julio 2020
13. SURA. Modelo operativo nivel básico Fase de Mitigación SARS-CoV-2. Marzo 2020
14. Elguea P, Prado O, Barradas J. Implementación de una escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: NEWS2. Medicina Crítica [Internet]. 2019 [cited 12 June 2020];2(33):98-103. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2019/ti192h.pdf>
15. Elencwajg M, Grisolia NA, Merigalli C, Montecuco MA, et al. Utilidad de una escala de alerta temprana como predictor precoz de deterioro clínico en niños internados. Arch Argent Pediatr 2020;118(6):399-404.