

A decorative graphic in the top-left corner consisting of a grid of blue dots of varying sizes, arranged in a pattern that tapers to the right.

Abordaje y seguimiento para pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19.

Casos del día a día. Cuarta entrega.

Septiembre 8 de 2020

Contenido

Diagnóstico clínico vs paraclínico	2
Diagnóstico diferencial.....	3
Reinfección	4
¿Cómo abordamos a los menores de 18 años?	6
¿Cómo abordamos a los mayores de 60 años?.....	7
¿Cómo resumimos el manejo de la tromboprolifaxis en las gestantes?.....	8
¿Cómo entender mejor la generación de la incapacidad en los casos 2 y 5?.....	9

1 Diagnóstico clínico vs paraclínico

Paciente de 37 años de edad, auxiliar de toma de muestras para COVID-19, sin antecedentes. Presenta contacto estrecho no protegido con 1 familiar COVID positivo. Refiere que en lugar de trabajo utiliza todas las medidas y EPP. Paciente refiere síntomas de un día de evolución consistentes en tos, deposiciones diarreicas 8 episodios, fiebre 38.3, fatiga, disnea de medianos y pequeños esfuerzos, ageusia y osteomiasias.

12 días después de la consulta con RT-PCR y pruebas serológicas negativas, pero la paciente persiste sintomática y 4 días después consulta por urgencias y remitida a hospitalización con diagnóstico probable de IRAG. Ese mismo día ordenan nueva RT-PCR que es negativa, por lo tanto, se maneja hospitalariamente con diagnóstico de NAC. No requirió UCI.

Un mes después de la sintomatología inicial, realizan RT-PCR en el lugar de trabajo, con resultado POSITIVO, a pesar de estar ASINTOMÁTICA.

1. ¿El diagnóstico es clínico o paraclínico?

La sospecha clínica y el nexo epidemiológico son la base del diagnóstico de COVID-19. Las pruebas de laboratorio son ayudas para el diagnóstico, por esto debes privilegiar tu criterio médico.

2. ¿Cómo comprender entonces este caso?

- Probablemente la paciente tuvo COVID-19 desde el momento inicial, pues clínicamente el cuadro es compatible y tiene un nexo epidemiológico muy marcado. Recordemos que el 20% de los pacientes pueden tener falsos negativos.

- Las pruebas RT-PCR y serológicas se tomaron 12 días después del inicio de los síntomas, en una zona gris donde los falsos negativos pueden aumentar, pues coinciden con el descenso de la RT-PCR y el tímido ascenso de las pruebas serológicas (Recordemos que por protocolo de validación en Colombia podemos usarlas desde el día 11).
- Lo mismo ocurrió en el momento de la hospitalización y por tiempo de evolución era de esperarse que la RT-PCR fuera negativa (17 días después del inicio de los síntomas).
- El resultado del mes de agosto puede deberse a trazas de material viral que marcaron positiva en la RT-PCR, esto acompañado de ausencia de contacto estrecho reciente y mejoría completa de cuadro respiratorio.

2

Diagnóstico diferencial

Femenino, 35 años, consultó por cuadro clínico de 1 día de evolución de diarrea, vómito y dolor abdominal. Sin otros síntomas asociados. Se desempeña en un oficio que le requiere alta movilidad, sin otronexo epidemiológico asociado. Se le ordenó prueba antigénica (tomada dentro de los 11 días de inicio de síntomas) que fue negativa; continuó con los síntomas y a los 4 días de esa prueba y debido a que continuaba con síntomas (era más o menos el día 10 - 11 desde el inicio de síntomas) le realizaron la prueba RT-PCR más la de Anticuerpos (serológica) la cual fue positiva; pero la PCR fue negativa. La paciente continúa sintomática.

1. ¿Cuáles son los síntomas y signos específicos de COVID-19?

No existen síntomas o signos específicos que puedan distinguir de manera confiable el COVID-19.

2. ¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales de COVID-19?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| • Resfriado común | • Malaria |
| • Faringoamigdalitis | • Dengue, |
| • Sinusitis, | • Zika |
| • Tuberculosis | • Chigunguya |
| • Enfermedad similar a influenza | • Atopia |
| • Asma | • Alerta |
| • IRAG | • Intoxicación alimentaria |
| • Nemonía | • Gastroenteritis viral o bacteriana |

3. Tipos de pruebas por caso

	Descripción	Tipo de prueba
Caso 1	Síntomas graves o severos + nexo	Prueba antigénica (Si no hay disponibilidad solicite RT-PCR)*
Caso 2	Síntomas leves + nexo	Prueba antigénica (Si no hay disponibilidad o se requiere toma domiciliaria solicite RT-PCR)*
Caso 4	Muerte probable por COVID19	RT-PCR hasta 6 horas postmortem
Caso 5	Asintomático + nexo	RT-PCR a los 7 días del contacto estrecho*

Ante la alta sospecha clínica o por toma de imágenes radiológicas solicite una RT-PCR a las 48 -72 horas del resultado negativo. Recuerda que el ordenamiento de RT-PCR antigénica dependerá de la disponibilidad en zonas donde no se encuentra Ayudas Diagnósticas Sura.

3 Reinfeción

Masculino de 26 años de edad, quien consulta el 13 junio 2020 con sintomatología gripal le ordenaron RT-PCR el 17 junio 2020 la cual es Positiva, con una prueba de seguimiento (en ese momento por lineamientos) a los 14 días negativa por lo que se da de alta. Refiere haber estado en buenas condiciones posteriores, sin embargo, consulta 2 meses después refiriendo cuadro clínico de 2 días consistente en tos, cefalea, astenia, adinamia y mareo, por lo que se decide enviar nuevamente prueba antigénica, con resultado el 25 agosto 2020 Positiva, ya con alta médica el 31 agosto 2020.

1. Efectos a largo término del COVID-19

Antes de pensar en una reinfeción, se deben considerar otros diagnósticos diferenciales o manifestaciones a largo plazo del COVID-19. Te recordamos las diferencias para que lo tengas en cuenta:

- **Complicaciones:** Agravamiento de la enfermedad en su fase aguda (ej. insuficiencia respiratoria, complicaciones tromboembólicas, cardíacas, neurológicas, etc.).
- **Secuelas graves:** Lesiones o afecciones consecutivas al COVID-19 (ej. fibrosis pulmonar, encefalopatía, enfermedad renal crónica, tromboembolismo venoso, alteraciones cardíacas, etc.)
- **Síntomas residuales o prolongados:** Son síntomas que persisten entre las tres semanas desde el inicio de los primeros síntomas hasta las 12 semanas.

2. ¿Es probable la reinfeción?

- Si bien hay publicados 6 casos (a hoy 4 de septiembre), no podemos hablar abiertamente de ella hasta una comunicación o publicación científica oficial. El CDC y algunos estudios hablan

de un período de “inmunidad” entre 90 -120 días post infección, por lo que un paciente en este período no debe ser considerado como COVID-19 en primera opción.

- Frente a los casos reportados, les compartimos este análisis para que lo tengan en cuenta:
 - a. Son los primeros reportes de reinfección. Al secuenciar, se encontró que los genomas de la primera y segunda infección fueron diferentes. El secuenciamiento es indispensable para hablar de reinfección.
 - b. Los casos fueron presentados como comunicados de prensa, y aún no como artículos científicos.
 - c. No queda claro si los síntomas que presentaron los pacientes fueron debido a esta nueva presunta infección por SARS-CoV-2 o si hubo un nuevo contacto estrecho. Se necesitan más estudios similares para llegar a una conclusión.
 - d. ¿Significa que todos nos vamos a re infectar? Estos casos apoyan la hipótesis de que la reinfección es posible. Sin embargo, no sabemos qué porcentaje de la población se reinfectará, ni cuánto dura en promedio la inmunidad.

- Existen varias hipótesis sobre la positivización de RT-PCR.
 - e. Después de una RT-PCR positiva, una posterior RT-PCR negativa, especialmente cuando no se realizan la carga viral y múltiples pruebas, puede representar un falso negativo.
 - f. Una RT-PCR positiva y post negativa puede ser contaminación. Además, también un “desprendimiento” prolongado puede reflejar solo la falta de eliminación del ácido nucleico de los tejidos.
 - g. La infectividad del virus depende de la presencia de todo el virus, no solo de su ARN. Incluso en un estudio se demostró que el éxito del aislamiento del virus depende del día de muestreo después del inicio de los síntomas y de la carga viral. A pesar de tener un SRAS-Co-2 positivo por RT-PCR, el virus no se aisló después del octavo día del día posterior al inicio de los síntomas
 - h. La RT-PCR no es capaz de diferenciar el virus infeccioso del ARN no infeccioso
 - i. En pacientes con mejoría clínica, asintomáticos y con resolución de las alteraciones radiológicas, una RT-PCR positiva post negativa no necesariamente refleja reinfección. Además, hoy no se realiza seguimiento por pruebas de anticuerpos (esto debido al rendimiento o protocolo de validación de las pruebas en nuestro país).

- Por último, en Colombia en este momento, no podemos decir que hay un caso de reinfección, probablemente vayan a presentarse, pero es necesario hacer la respectiva investigación. El INS y el Ministerio de Salud y Protección Social no han modificado los lineamientos sobre el reporte de casos, por lo tanto, continuamos en Colombia con el reporte de primo infección.

Las medidas provisionales a implementar en los pacientes que re consulten por cuadro clínico compatible y con antecedentes de COVID-19, son: tener en cuenta la fecha de la infección por COVID-19, considerar otra etiología e iniciar distanciamiento social, higiene de manos, tapabocas, etc; que se recomiendan a la población general, sin ordenar prueba RT-PCR.

¿Cómo abordamos a los menores de 18 años?

Paciente de 1 año, 1 semana después de celebración familiar inicia con disfonía, y fiebre entre 38.5 °C - 40°C que no cede al acetaminofén, ni al ibuprofeno. Solicitan prueba de RT-PCR para COVID la cual es positiva. No se realiza ningún otro paraclínico y se da de alta con recomendaciones y signos de alarma.

Al segundo día de la fiebre, presenta lesiones orales tipo aftas labios rojos y fisurados, 1 día después presenta adenopatías cervicales anteriores bilaterales, una a cada lado, de 1.5 cm cada una, cauchosas, móviles y no dolorosas.

Al cuarto día de la fiebre aparece brote polimorfo en cuerpo y cara, respetando palmas y plantas, sin prurito, 1 día después desaparece la fiebre la cual dura 4 días, oscilando entre 38 y 40°C sin respuesta al acetaminofén, además estuvo decaído, somnoliento e inapetente durante ese tiempo.

Al séptimo día desaparece el brote y al día siguiente las aftas. Nunca presento tos, ni cefalea, ni diarrea, ni vómito.

1. Diagnósticos diferenciales en menores de 18 años.

Los diagnósticos diferenciales:

- Fiebre sin foco aparente
- Dengue
- Malaria
- Zika
- Chikungunya
- Enfermedad respiratoria superior o inferior
- Enfermedad diarreica aguda
- Escarlatina
- Kawasaki
- Síndrome inflamatorio multisistémico (SIMS-TAC)

2. ¿Cuáles son los signos y síntomas presuntivos del síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente asociado a la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 (SIMS-TAC)?

Se recomienda definir como signos y síntomas presuntivos de SIMS-TAC la fiebre persistente mayor de 72 horas, asociada a síntomas gastrointestinales (como diarrea, vómito y dolor abdominal), cambios en piel y mucosas e inyección conjuntival.

Los pacientes en edad pediátrica con sospecha de SIMS-TAC pueden presentarse, en más de la mitad de los casos, con signos de choque, por lo cual considere realizar una evaluación cuidadosa de la perfusión periférica, tensión arterial y frecuencia cardíaca en el momento de la atención en el servicio de urgencias.

3. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de un paciente con sospecha de síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente asociado a la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 (SIMS-TAC)?

- Niños de 0 a 19 años, con fiebre por más de 3 días y dos de las siguientes:
- Rash o conjuntivitis bilateral no purulenta o signos de inflamación mucocutánea.
- Hipotensión o choque.
- Disfunción cardíaca, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias.
- Evidencia de coagulopatía (TP, TTP, dímero D).
- Afectación gastrointestinal aguda (diarrea, vómito o dolor abdominal) y:
 - Elevación de marcadores de inflamación PCR, velocidad de sedimentación, procalcitonina.
 - Ausencia de otras causas de inflamación microbiológica, incluidas sepsis y síndrome de choque tóxico estafilocócico o estreptocócico.
 - Evidencia de COVID-19 (RT-PCR, antígeno o serología positiva) o contacto probable con pacientes con COVID-19

4. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para el síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente asociado a la infección por SARSCoV-2 /COVID-19 (SIMS-TAC)?

Se sugiere el uso de IgG a dosis de 2 g/kg a todos los pacientes que cumplan criterios diagnósticos de SIMS-TAC.

Se recomienda el uso de aspirina a dosis antiinflamatorias (30 – 50 mg/kg/día en 4 dosis) hasta control de la fiebre si no hay trombocitopenia, sangrado gastrointestinal, alteración de las pruebas de función hepática, asma no controlada, intolerancia a la vía oral o infección por virus de influenza A o B.

5. ¿Cuál es el seguimiento para los pacientes pediátricos con síndrome inflamatorio multisistémico temporalmente asociado a la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 (SIMS-TAC)?

El seguimiento de los pacientes con SIMS-TAC requiere un equipo multidisciplinario con participación de pediatría, infectología, reumatología y de acuerdo con el compromiso otras especialidades como oftalmología, neurología, cardiología, nefrología, lo cual dependerá de las manifestaciones y complicaciones presentadas durante la hospitalización.

Es importante individualizar la condición de cada paciente a la hora de definir el seguimiento, teniendo en cuenta que no todos los pacientes con SIMS-C requieren hospitalización en unidad de cuidado intensivo.

5

¿Cómo abordamos a los mayores de 60 años?

Mujer de 88 años con antecedente de HTA, DM, artrosis. Cuadro empieza con llanto fácil; lo asociaron al fallecimiento de su hijo; 9 días después deterioro en la funcionalidad básica – en marcha –, 2 episodios de emesis y una deposición diarreica. 6 días después, asintomática.

1. ¿Las personas mayores de 60 años se comportan igual que la población general?

A pesar de que en la población general la fiebre es el síntoma reportado con más frecuencia, a medida que la persona envejece, especialmente en los mayores de 80 años, deja de ser la primera manifestación. De hecho, pueden incluso estar hipotérmicos, por tanto, no puede excluirse el diagnóstico de COVID por la ausencia de este síntoma.

Otras manifestaciones clínicas atípicas prevalentes son:

- Mialgias o artralgias, con predominio lumbosacro
- Rinorrea o Estornudos
- Cefalea
- Síntomas gastrointestinales
- Expectoración con cambio en el color o incremento en la cantidad
- Dolor torácico que puede simular un evento coronario agudo
- Hipo o anorexia
- Trastornos de la marcha – caídas
- Delirium
- Escalofrío
- Hematuria, cambios en la orina
- Fiebre o hipotermia
- Disnea de cualquier tipo

Estos síntomas son bastante inespecíficos, por lo que puede llevar a que en la mayoría de los casos no se sospeche la infección. Lo que sí parece claro es la mayor frecuencia de manifestaciones severas, necesidad de UCI y letalidad en pacientes de edad avanzada. Por ambos motivos, en el contexto epidémico actual, es recomendable sospecharla en todas las personas que tengan cambios en su condición de base. La presencia de síntomas atípicos, la tasa de falsos negativos en la PCR del aspirado nasofaríngeo y los brotes en hogares geriátricos, son causas de infradiagnóstico en esta población.

6

¿Cómo resumimos el manejo de la tromboprofilaxis en gestantes?

- A todas las gestantes, mujeres en posparto o pos evento obstétrico, con síntomas graves (Caso 1), como **medida inicial** se le debe prescribir tromboprofilaxis mínimo 10 días contados desde el inicio de los síntomas. Adicional, se deben valorar factores de riesgo para eventos tromboembólicos para ajustar el tiempo si es necesario. Si ya pasaron más de 10 días del inicio de los síntomas, no se ordena.
- A todas las gestantes, mujeres en posparto o pos evento obstétrico, con síntomas leves (Caso 2), **SOLO** se considera tromboprofilaxis solo ante la presencia de factores de riesgo tromboembólicos. Si ya pasaron más de 10 días del inicio de los síntomas, no se ordena.

- A todas las gestantes asintomáticas o mujeres en posparto o pos evento obstétrico (Caso 5), **SOLO** considerar trombotoprofilaxis si tienen otros factores de riesgo tromboembólicos.

Recuerde:

- Ajustar terapia con enoxaparina y tiempo de duración según factores de riesgo (mínimo 10 días).

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

- 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.
- 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.



¿Cómo entender mejor la generación de la incapacidad en los casos 2 y 5?

A la fecha no se tiene contemplado estipulado que un paciente ingrese varias veces como sospechoso, **la incapacidad inicial de forma automática está ligada a la clasificación inicial de esa primera vez en puerta**, si el paciente ingresa más de una vez, debemos evaluar muy bien sus síntomas y el nexa antes de clasificarlo como caso.

Te recordamos que el proceso de incapacidad automática ya funciona para EPS y ARL Sura.

El origen de la incapacidad será así:

- Atención por EPS: enfermedad general
- Atención por ARL: enfermedad profesional

Recuerda que la incapacidad inicial del caso 2 por 5 días es independiente de los días que lleve de inicio de síntomas, quiere decir si consulta antes del día 10 o posterior al día 11, esa primera incapacidad será de 3 días, pero ya según esta fecha se define si se da o no prorroga.

1. ¿Qué se requiere para que la incapacidad inicial de 3 días en el caso 2 se genere de forma automática para usuarios Sura?

Al momento de ingresar al formulario COVID en puerta de entrada:

- Clasificación inicial: caso 2
- Requiere incapacidad: SI
- Fecha de incapacidad: ese mismo día o día siguiente. NO retroactivo
- DX: U072

2. ¿Y la Prórroga automática del caso 2?

Si el resultado es positivo: la prórroga de incapacidad será por los días restantes hasta el día 10 de fecha de inicio de síntomas así:

Ej.: Fecha de inicio de síntomas: 2 de agosto (el día 10 de fecha de síntomas es el 11 de agosto)

Fecha de primera consulta puerta de entrada: 4 de agosto

Incapacidad inicial: 4 de agosto por 5 días fecha fin de incapacidad: 8 agosto

Prórroga por positivo: desde el 9 de agosto por 2 días fecha fin de incapacidad: 11 agosto

*Si el paciente tiene criterios por inmunosupresión para incapacidad hasta el día 20 de fecha de inicio de síntomas, el médico debe generar los días restantes que falten en incapacidad. Esta no es automática.

Si resultado negativo: No requiere prórroga

Recordemos que lo ideal es finalizar el seguimiento sin sobrepasar el día 10 garantizando 3 días de mejoría o resolución de síntomas

3. Caso 5 Positivo (Automática para ARL, generada por profesional (manual) para EPS)

Ej.: Fecha de consulta puerta de entrada: 1 de agosto

Fecha de último contacto estrecho: 27 de julio

Fecha de servicio o toma de muestra: 2 de agosto

Incapacidad: 2 de agosto por 10 días fecha fin de incapacidad: 11 agosto (el sistema te permite correr la fecha de inicio de incapacidad 8 días para el retroactivo en pacientes COVID hasta fecha de servicio)

RESULTADOS AYUDAS DIAGNOSTICAS			
Fecha entrega:	2020/07/27	Fecha servicio:	2020/07/22
EXAMEN: 9088560 PRUEBA MOLECULAR CORONAVIRUS, COVID-19 (NCOV), PCR			
Código	Nombre	Res	Val Ref

La oportunidad de ayudas diagnósticas para la entrega de resultados hará que la generación de esta incapacidad sea muy oportuna en la fecha.

Recuerda que el aislamiento preventivo obligatorio de los primeros días previos a la prueba y en los casos de resultado negativo, para los casos 5 deben ser indicados por escrito en las recomendaciones al paciente, pero NO cursan con incapacidad en ningún momento o circunstancia