

PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO PARA PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y SOSPECHA DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Caracas, Febrero de 2020

Contenido

Contenido.....	17
I. ACCIONES Y TAREAS	19
II. RESPUESTA DE LA RED INTEGRADA DE SALUD.....	20
1) Flujogramas de Pacientes	20
Adulto NIVEL I	20
Adulto NIVEL II	22
NIÑ@S NIVEL I	24
2) Primer contacto con un paciente.	25
3) Traslado de pacientes.....	26
1) Organización de la red de establecimientos públicos para la atención de casos de COVID-19.	27
Red de Atención Comunal Y Ambulatoria Especializada de detección temprana.	27
Red Hospitalaria Nacional. Hospitales Centinelas.....	27
Preparación y Mantenimiento del lugar de aislamiento.....	28
Normas sobre la Protección Personal el personal de salud:	33
Equipos de Protección Personal. (EPP).....	33
III. PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA.....	36
1) Triage: reconocer y clasificar a los pacientes con IRA.	36
2) Definiciones de Caso para el COVID-19	38
3) Cuadro clínico y orientaciones.....	39
4) Criterios de Valoración para el ingreso en Terapia Intensiva.....	45
IV. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	Error! Bookmark not defined.
Limpieza, desinfección, reciclaje de material y manejo de desechos peligrosos.	Error! Bookmark not defined.
V. MANEJO DE CADAVERES	Error! Bookmark not defined.
VI. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD	Error! Bookmark not defined.
1) Seguimiento Curso de Formación OMS.....	Error! Bookmark not defined.
2) Entrenamientos ad Hoc	Error! Bookmark not defined.
VII. REQUERIMIENTOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN.....	Error! Bookmark not defined.
3) Kit Equipo de protección Personal Básico.	Error! Bookmark not defined.
1) Kit de Equipo de Protección Personal de Alta Seguridad.....	Error! Bookmark not defined.
2) Medicamentos e Insumos.....	Error! Bookmark not defined.

VIII. LISTA DE CHEQUEO DE PREPARACIÓN EN LOS ESTADOS Y LOS CENTROS **Error!**
Bookmark not defined.

I. ACCIONES Y TAREAS

Acciones	Tareas
<p>Elaboración el protocolo de manejo clínico epidemiológico de casos sospechosos y confirmados del COVID-19 para garantizar la atención oportuna, adecuada y de calidad de los casos sospechosos de infección por este virus</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Capacitar al personal de salud en manejo de la insuficiencia respiratoria hipoxémica y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) de casos por el COVID-19, terapia de apoyo temprana y monitoreo, manejo del shock séptico y prevención de complicaciones. •Consideraciones especiales para pacientes embarazadas •Definir las medidas de prevención y control de infecciones a implementar: equipos de protección personal y mecanismos de limpieza, desinfección, reciclaje de material y manejo de desechos peligrosos •Oficiar el cumplimiento obligatorio de las medidas de protección y prevención •Protocolo de higiene respiratoria y manejo de la tos •Criterios de aislamiento y cuarentena •Criterios de alta
<p>Establecimiento de la ruta de atención del paciente en el sistema de salud</p>	<p>Establecimiento de la ruta de atención del paciente en el sistema de salud Seleccionar los hospitales que serán centro de atención y aislamiento de pacientes sospechosos al COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> •Organizar el triaje a fin de que permita reconocer y clasificar a los pacientes con IRAG •Definir los mecanismos de atención prehospitalaria y traslado de pacientes •Determinar los requerimientos de insumos para la atención de los casos y la protección personal. •Garantizar stock de insumos y medicamentos para la atención de casos de infección respiratoria grave y de infecciones por COVID-19 en hospitales centinela •Establecer los lineamientos y mecanismos para el monitoreo de contactos o pacientes con síntomas leves, sometidos a cuarentena o manejo clínico domiciliario

II. RESPUESTA DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

1) *Flujogramas de Pacientes*

Adulto NIVEL I

Está conformado por la siguiente red de establecimientos públicos y privados:

- ❖ **Consultorios Populares**
- ❖ **Ambulatorios Especializados y Clínicas Populares**
- ❖ **Centros Diagnósticos Integrales (CDI)**
- ❖ **Centros de Atención Integral (CAI)**
- ❖ **Clínicas Populares**
- ❖ **Consultas de triaje de hospitales**
- ❖ **Clínicas Privadas.**

Estos establecimientos realizan la captación de pacientes sospechosos, toman muestras y prescriben tratamiento sintomático ambulatorio, de acuerdo a los criterios establecidos para el Nivel I sobre manejo clínico del paciente adulto, pediátrico y embarazadas sospechosos de Influenza.

Caso: Adulto sospechoso de Coronavirus.



Registro y Notificación Obligatoria (EPI 10 y EPI 12)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. CASO CLINICO ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI).

Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura mayor a 39°C) Cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos), dolor de garganta y rinorrea en ausencia de otros diagnósticos.

2. CASO CLINICO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE.

Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura mayor a 39°C) Cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos) y/o dolor de garganta, rinorrea y que además presenta dificultad respiratoria.

COMORBILIDAD

Afecciones crónicas del sistema pulmonar y cardiovascular (cardiopatía, asma, EPOC, enfermedad fibroquística e hipertensión pulmonar), diabetes, insuficiencia renal, mal nutrición, inmunosupresión, (VIH) trasplantados, oncológicos, y medicamentosa) adolescentes que tengan terapia prolongada con salicilados y hemoglobinopatías

TIENE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE Y/O COMORBILIDAD

SI

REFERIR AL RESPECTIVO HOSPITAL

NO

*TRTATAMIENTO AMBULATORIO

*AISLAMIENTO DOMICILIARIO POR 12 DIAS

*EDUCACION PARA LA SALUD

*INFORMACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA

*SEGUIMIENTO DIARIO POR EL EQUIPO BASICO DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO.

Adulto NIVEL II

Está integrado por la red de los siguientes establecimientos públicos y privados:

***Hospitales de Referencia para atención de casos**

Hospitales públicos y privados con capacidad resolutive para atender pacientes sospechosos de COVID-19 con infección respiratoria aguda grave.

Estos establecimientos identifican y atienden casos sospechosos y confirmados de coronavirus tienen capacidad para el manejo de casos graves o con comorbilidad, realizan toma de muestra de acuerdo a los criterios descritos en los flujogramas del Nivel II, sobre el manejo clínico del paciente adulto, pediátrico y embarazadas sospechosas de coronavirus

MANEJO CLINICO NIVEL II

HOSPITALES Y CLINICAS PRIVADAS

(Identifican y atienden Casos Sospechosos y Confirmados de COVID-19 y tiene capacidad para manejo de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) o Comorbilidad)

CASO ADULTO SOSPECHOSO DE CORONAVIRUS

REGISTRO Y NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICA (EPI 10 y EPI 12 Y FORMULARIO REGISTRO SEMANAL DE ETI E IRAG EN CENTINELA)

CRITERIOS PARA INGRESO A UCI

HIPOXEMIA:

PaO₂ < 60 mmhg o Paco₂ > 50 Fio₂ 21% y uno de los siguientes criterios:
 Frecuencia respiratoria >30rpm
 TA: Sistólica > 90 mmhg y Diastólica < 60 mmhg.
 Fc > 125 ppm
 Temp. < 35° C o 40°C

LABORATORIO:

Leucocitos < 4000/L o > 30000/L
 PH. Arterial < 7:35
 Creatinina Sérica > 1,2 mg/dl
 Hb < 9gr/dl.
 Hematocrito <30%
PaFI < 300

Rx Patológica

Rayos X, ECO al pie de la cama, TAC

TIENE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE Y/O COMORBILIDAD

SI

HOSPITALIZAR

CRITERIOS DE UCI

NO

SI

Hospitalizar en condiciones de aislamiento

Ingresar en UCI en condiciones de aislamiento
Toma de muestra

NO

PACIENTE CON ETI Y COMORBILIDAD COMPENSADA

- * TOMA DE MUESTRA
- * TRATAMIENTO SINTOMATICO AMBULATORIO
- * AISLAMIENTO DOMICILIARIO POR XX DIAS
- * EDUCACION PARA LA SALUD
- * INFORMACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA (aumento de frecuencia respiratoria, tiraje intercostal, aleteo nasal y cianosis)
- * SEGUIMIENTO DIARIO POR EL EQUIPO BASICO DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO DEL NIVEL I

COMORBILIDAD

Afecciones crónicas del sistema pulmonar y cardiovascular (cardiopatía, asma, EPOC, enfermedad fibroquística e hipertensión pulmonar), diabetes, insuficiencia renal, mal nutrición, inmunosupresión, (VIH) trasplantados, oncológicos, y medicamentosa) adolescentes que tengan terapia prolongada con salicilados y hemoglobinopatías

NIÑ@S NIVEL I.

MANEJO CLINICO: NIVEL I.

Consultorios Populares, Ambulatorios Centros Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Atención Integral (CAI), Clínicas Populares, Consultas de triaje de hospitales Clínicas Privadas.

CASO: NIÑO(A) SOSPECHOSO (A) A CORONAVIRUS

Registro y Notificación Obligatoria (EPI 10 y EPI 12)

SIGNOS DE ALARMA

- ❖ AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA
- ❖ TIRAJE INTERCOSTAL
- ❖ ALETEO NASAL
- ❖ CIANOSIS < 92%
- ❖ APNEA INTERMITENTE
- ❖ **DETERIORO NEUROLÓGICO**
- ❖ **AUMENTO DEL LLENADO CAPILAR**

EDAD FRECUENCIA RESPIRATORIA
 MENOR DE 2 MESES > 60 RESP/MIN
 2 A 11 MESES > 50 RESP/MIN
 DE 12 MESE A 5 AÑOS > 40 RESP/MIN
 MAYOR DE 5 AÑOS > 30 RESP/MIN

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. CASO CLINICO DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura mayor a 38.5°C) Cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos) y/o dolor de garganta, rinorrea en ausencia de otros diagnósticos.

CASO CLINICO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE.

Persona que cursa con enfermedad caracterizada por inicio súbito de fiebre (temperatura mayor a **38.5°C**) Cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos) y/o dolor de garganta, rinorrea y que además presenta dificultad respiratoria.

TIENE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE Y/O ENFERMEDAD PROPIA DEL EMBARAZO Y/O COMORBILIDAD

SI

REFERIR AL HOSPITAL RESPECTIVO.

NO

* TOMA DE MUESTRA Y TRATAMIENTO AMBULATORIO EN MENORES DE 2 AÑOS.

*TRTATAMIENTO SINTOMATICO

*AISLAMIENTO DOMICILIARIO POR **XX** DIAS

*EDUCACION PARA LA SALUD

*INFORMACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA

*SEGUIMIENTO DIARIO POR EL EQUIPO BASICO DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO.

COMORBILIDAD

Cardiopatía, asma, diabetes, fibrosis quística, nefropatía, diabetes, mal nutrición, inmunosupresión, (VIH) trasplantados, cáncer, malformación congénita, hemato- oncológico, niños que tengan terapia prolongada con salicilatos y hemoglobinopatías

2) Primer contacto con un paciente.

Ante la sospecha de un caso probable de COVID-19 en el domicilio o en la consulta de un establecimiento, el personal de salud debe actuar de acuerdo a los siguientes procedimientos.

- ✓ Protegerse con el uso de mascarilla y bata.
- ✓ Proporcionar inmediatamente al paciente y acompañante una mascarilla para cubrir la boca y la nariz a fin de activar el protocolo para la higiene respiratoria y el manejo de la tos.
- ✓ Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
- ✓ Evaluar clínicamente al paciente, elaborar rápidamente una hoja de referencia e informar al paciente y sus familiares su situación de salud.
- ✓ Preparar traslado para remisión para la atención hospitalaria y en ese caso:
 - Llamar a un transporte sanitario (Ambulancia) lo más pronto que sea posible.
 - No realizar exámenes complementarios en centros de la red comunal, ambulatorios o domicilio del paciente.
 - Mantener al caso sospechoso y al acompañante en un área o sala de espera separada del resto de las personas.
 - El personal de salud debe permanecer con el paciente hasta que se efectúe el traslado.
- ✓ Notificar el caso al Servicio de Epidemiología más cercano.
- ✓ Ventilar el local donde haya permanecido el caso sospechoso o probable.
- ✓ Orientar la Desinfección y limpieza del área utilizando lejía diluida al 0.1% que equivale a 1.000 ppm de cloro (20 o 25 cc de lejía en 1.000cc de agua).
- ✓ Participar en el estudio epidemiológico y de contactos.
- ✓ En caso de contactos asintomáticos, debe orientar cuarentena de aislamiento domiciliario (14 días) y realizar chequeo diario del estado clínico de los mismos. En caso de aparecer algún síntoma que defina un caso sospechoso de COVID-19, debe realizar todo el procedimiento como está orientado.
- ✓ Atender y dar continuidad de atención a cualquier caso contrareferido relacionado con COVID-19.

3) *Traslado de pacientes*

El traslado de pacientes sospechosos de COVID-19 debe ser realizado bajo estricta supervisión del personal de salud de acuerdo con los siguientes procedimientos:

- ✓ Garantizar que el paciente sospechoso y el personal de salud de traslado estén debidamente protegidos.
- ✓ El paciente sospechoso debe llevar al hospital una hoja de referencia.
- ✓ Realizar traslado preferiblemente con ambulancia cerrada avanzada.
- ✓ El personal de salud que atienda al paciente durante el traslado debe mantener en lo posible distanciamiento mayor de un metro del paciente.
- ✓ En la ambulancia no deben viajar familiares ni acompañantes, sólo el personal de salud.
- ✓ El material contaminado en la ambulancia debe desecharse sólo en los contenedores de los hospitales provistos a tal fin.

1) Organización de la red de establecimientos públicos para la atención de casos de COVID-19.

Red de Atención Comunal Y Ambulatoria Especializada de detección temprana.

Involucra directamente la siguiente red de establecimientos:

Consultorios Populares

Clínicas Populares y Ambulatorios

Centros Diagnósticos Integrales (CDI)

Centros Privados.

Estos establecimientos realizan la captación de pacientes sospechosos, realizan las primeras acciones desde la consulta, lugar donde es atendido o el domicilio, de acuerdo con los criterios establecidos en las recomendaciones de manejo clínico y atención de primer contacto y prehospitalaria.

Red Hospitalaria Nacional. Hospitales Centinelas.

Estos establecimientos identifican y atienden casos sospechosos y confirmados de COVID-19 (CoV). Tienen capacidad para el manejo de casos graves o con co-morbilidad, realizan toma de muestra de acuerdo con los criterios descritos en las recomendaciones de manejo clínico descritos más abajo.

Incorpora a los hospitales y Clínicas Privadas con capacidad de aislamiento y acceso a terapia intensiva disponible de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente.

Preparación y Mantenimiento del lugar de aislamiento.

Definición: Consiste en la separación de personas sospechosas o confirmadas, bajo condiciones que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso. Ello implica, utilizar ambientes o habitaciones individuales con el criterio de cohorte, es decir atender a los pacientes con estas patologías en una misma habitación.

Objetivo del aislamiento: Evitar la transmisibilidad de la enfermedad a otros pacientes y al personal de salud.

Características del aislamiento:

- ✓ Identificar y adaptar tres áreas físicas (adultos, pediátricas y obstétricas) exclusivas para realizar la atención de personas sospechosas o confirmadas.
- ✓ El área física debe ser exclusiva para la atención de pacientes sospechosos o confirmados.
- ✓ Considerar las rutas para el traslado de pacientes desde la sala de aislamiento a otros servicios si fuese necesario, ejm. Terapia Intensiva.
- ✓ La distancia entre camas debe ser superior a 2 metro y deben estar separadas por algún tipo de barrera física (biombos o cortinas).
- ✓ Contar preferiblemente con lavamanos y WC.
- ✓ Estar provista de pañuelos de papel, jabón o desinfectante y papel desechable para el secado de las manos.
- ✓ Contar con dos papeleras accionadas a pedal: para los desechos personales del paciente y para los desechos biopeligrosos. Así mismo, un recipiente para la colocación y desinfección de los lentes.
- ✓ Colocar en la puerta de la sala/habitación un cartel señalando: PRECAUCION, ACCESO RESTRINGIDO O SOLO PERSONAL AUTORIZADO y un cartel explicativo sobre las normas a cumplir.
- ✓ Colocar en la entrada de la sala/habitación un formulario para registrar los datos de todas las personas que entren a la habitación: nombres y apellidos, categoría, es decir el cargo si es personal de planta o visitante, fecha y hora de entrada y dirección, con la finalidad de mantener información disponible si fuese necesario realizar una investigación epidemiológica.
- ✓ Colocar un carro fuera de la habitación equipado con el EPP. Es necesario designar un responsable que reponga el EPP permanentemente.
- ✓ Disponer de una lista de chequeo que sirva de guía para que el personal de salud se coloque y se retire el EPP.
- ✓ Eliminar de la sala/habitación el mobiliario no esencial.
- ✓ La puerta del área debe permanecer cerrada
- ✓ Colocar en la puerta un cartel explicativo sobre las normas a cumplir
- ✓ Fuera de las habitaciones debe colocarse una papeleras para desechos biopeligrosos.

- ✓ Limpiar y desinfectar la sala/habitación en cada turno de trabajo y cuando sea necesario para prevenir la transmisión de la infección.

4. Tiempo del aislamiento.

El aislamiento hospitalario tanto del caso sospechoso como del caso confirmado debe estar en función de la situación clínica del paciente. Si el resultado de la investigación biológica es negativa, el paciente dejará de estar en la categoría de sospechoso y el tiempo de aislamiento dependerá de la nueva categoría en que quede catalogado de acuerdo al criterio clínico. Si el resultado es positivo, el tiempo del aislamiento se determinará en consideración al cuadro clínico y resultados de laboratorio.

Instrucciones a las autoridades de centros sobre el aislamiento.

- ✓ Establecer un área de triaje el establecimiento al cual se remitirán sospechosos de COVID19 aislado y separado del servicio de emergencia y observación.
- ✓ Predeterminar dos áreas de hospitalización y aislamiento para pacientes adultos, pediátricos y gestantes. Una de aislamiento por cada categoría de paciente para hospitalizar los casos confirmados y otra para hospitalizar los casos sospechosos en los que aún no se ha confirmado el diagnóstico.
- ✓ Garantizar una sala de cuidados intensivos con espacios de aislamiento específico para pacientes de COVID-19.
- ✓ Planificar la demanda y acceso a el/los establecimientos con Unidad de Cuidados Intensivos para la atención de los casos que lo requieran.
- ✓ Garantizar a la sala de triaje, salas de aislamiento y terapia intensiva todos los equipos, materiales, suministros y medicamentos establecidos en los requerimientos descritos en la sección de requerimientos.
- ✓ condiciones en que la demanda supere la capacidad instalada de los establecimientos antes citados o donde no haya capacidad hospitalaria que cumpla con los requisitos del párrafo anterior, se deberá garantizar un mínimo de tres salas de aislamiento por área geográfica, que podrían estar distribuidas

en más de un centro asistencial (CDI, clínicas populares, ambulatorios urbanos tipo III y II u otros).

- ✓ Para la atención de gestantes se debe garantizar una sala de partos en el mismo establecimiento.

Normas internas de la Sala de aislamiento.

- ✓ Ingresar al paciente en la sala, instruyéndolo sobre el uso de la mascarilla y el lavado de las manos.
- ✓ Facilitar información al paciente y acompañante sobre las normas de aislamiento
- ✓ Reducir al mínimo las pertenencias personales del paciente.
- ✓ Mantener al alcance del paciente todos los utensilios que sean necesarios para la higiene personal (pañuelos de papel, vaso de agua y otros).
- ✓ Asignar a la sala el siguiente equipamiento: termómetro, estetoscopio, y esfigmomanómetro los cuales se dejarán dentro de la habitación. En el caso que fuese necesario utilizar los dos últimos equipos con los demás pacientes de la sala/habitación, deben limpiarse y desinfectarse antes de ser utilizados con otros pacientes.
- ✓ Cambiar la ropa del paciente y de la cama con la frecuencia necesaria, no sacudirla y depositarla en bolsas de plástico dentro de la habitación; la bolsa debe salir cerrada. Si la ropa no es desechable, enviarla a la lavandería del hospital garantizando el lavado a más de 60°.
- ✓ Debe garantizarse un sistema de traslado de alimentos desde la entrega de la camarera o personal de servicio, quien no debe entrar a la sala de aislamiento en todo momento, al personal de enfermería destinado para la atención.
- ✓ Usar vajilla de alimentos y embases desechables de consumo de líquidos. Manejada de acuerdo con el protocolo de desechos hospitalarios.
- ✓ Desechar indumentarias y cualquier objeto utilizado por el paciente durante su estancia en la sala.
- ✓ El paciente debe utilizar la mascarilla permanentemente durante su permanencia en la habitación, así como, durante el traslado a otros servicios de ser el caso.
- ✓ Todo trabajador de salud que ingrese al servicio de aislamiento debe utilizar el equipo de protección personal.
- ✓ El personal de salud debe evitar el contacto de las manos con la cara mientras se esté atendiendo al paciente.
- ✓ El personal de salud debe asegurarse de llevar todo el material que vaya a ser utilizado en el interior de la habitación para evitar entradas y salidas innecesarias.

Salida del paciente de la sala/habitación de aislamiento.

- ✓ La salida del paciente de la sala/habitación de aislamiento debe limitarse a las estrictamente necesarias. Si requiere estudios o exámenes que ameriten el traslado a otro servicio o unidad, debe realizarse de acuerdo a los siguientes procedimientos:
- ✓ Notificar previamente a la unidad de destino sobre el traslado del paciente para que el personal que lo atienda adopte el EPP.
- ✓ Asegurarse que el paciente lleve puesta la mascarilla quirúrgica.
- ✓ Limpiar y desinfectar con cloro a 1.000 ppm las superficies que se hayan contaminado.

Salida del personal de salud de la Sala/ habitación de Aislamiento

Al salir de la sala/habitación el personal debe retirarse el EPP en el siguiente orden:

- ✓ Quitarse los guantes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación, el cual debe tener pedal.
- ✓ Retirar los lentes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación. Si los lentes no son desechables se colocarán en un contenedor ubicado en la habitación sólo para ese uso, para la posterior limpieza y desinfección.
- ✓ Retirar la bata y desecharla en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
- ✓ Quitarse la mascarilla fuera de la habitación, sin tocar la parte delantera de la misma y desecharla en un recipiente de desechos ubicado fuera de la habitación, el cual debe tener pedal.
- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón durante 15 segundos y secarse con papel desechable.

Sobre Aislamiento domiciliario. Contactos asintomáticos del paciente.

Aquellos pacientes que requieran tratamiento ambulatorio deben cumplir las siguientes recomendaciones:

- ✓ Cumplir aislamiento domiciliario estricto por 7 días y bajo vigilancia médica por 15 días.
- ✓ Cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
- ✓ Permanecer en una misma habitación
- ✓ Utilizar la mascarilla quirúrgica cuando vaya a mantener contacto con otra persona, la cual debe cambiar mínimo dos veces al día o cuando se humedezca.
- ✓ Monitorear la temperatura corporal dos veces al día y vigilar la presencia de síntomas respiratorios.
- ✓ No recibir visitas.
- ✓ Lavar con jabón detergente y agua caliente los utensilios personales y no compartirlos con otras personas.

- ✓ Limpiar las superficies contaminadas con fluidos corporales con un desinfectante, como lejía
- ✓ ppm) utilizando guantes.
- ✓ Eliminar las toallas de papel, pañuelos de papel, mascarillas y otros en el recipiente de basura de la casa; la bolsa debe cerrarse correctamente antes de depositarla en los contenedores externos.
- ✓ Vigilar signos de alarma (según cuadro clínico); en caso que se presenten contactar al personal de salud de su centro más cercano.

RECOMENDACIONES SOBRE EL AISLAMIENTO DE LA EMBARAZADA.

La atención de la embarazada sospechosa y/o confirmada, debe realizarse bajo las siguientes recomendaciones:

PRE PARTO: la paciente debe ser hospitalizada en condiciones de aislamiento, con medidas de protección respiratoria. El establecimiento de salud designado para este tipo de atención, debe contar con un área de triaje y aislamiento, exclusivo para la madre y el recién nacido.

PARTO: durante el período de parto, LA PACIENTE NO DEBE UTILIZAR LA MASCARILLA, el personal que la atiende debe cumplir el protocolo de protección respiratoria.

POST PARTO: la madre y el recién nacido deben ser trasladados a una habitación de aislamiento para alojamiento conjunto.

En caso que no existan las condiciones para el alojamiento conjunto, madre hijo en una habitación de aislamiento, el recién nacido debe ser trasladado a la Unidad de Neonatología, con medidas de aislamiento (separado de las otras cunas por una distancia de un metro).

En condiciones óptimas de atención y de protección personal, debe iniciarse la lactancia materna inmediatamente. Si debido a su enfermedad, la madre no puede amamantar de manera segura, se recomienda la extracción de la leche, hasta tanto se cumplan los siguientes criterios:

Normas sobre la Protección Personal el personal de salud:

Según la OMS. Se establecen las siguientes recomendaciones y argumentos.

Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/187922/WHO_MERS_IPC_15.1_spa.pdf?sequence=1

Equipos de Protección Personal. (EPP).

Definición: el equipo de protección personal (EPP) se define como un conjunto de aditamentos de uso individual, que se utilizan con la finalidad de prevenir la propagación de la enfermedad en las áreas no contaminadas e impedir la contaminación y la infección de los trabajadores de salud y visitantes en las áreas infectadas.

La efectividad del EPP depende de los suministros adecuados y regulares, la capacitación del personal, **la higiene correcta de las manos y particularmente del comportamiento adecuado de las personas**

Kit de Protección Personal para manejo de sospechosos no confirmados: el equipo de protección personal consta esencialmente de: bata y protector respiratorio. Los guantes se deben usar cuando estén indicados. Para la utilización adecuada del referido equipo es fundamental capacitar al personal de salud e instruir a los pacientes, familiares y acompañantes en el manejo del mismo.

Bata. La bata está especialmente indicada para proteger la piel descubierta y prevenir el manchado de la ropa durante los procedimientos de atención al paciente. Al colocarse la bata se debe:

- ✓ Cubrir todo el torso desde el cuello hasta las rodillas y los brazos hasta la muñeca.
- ✓ Atarse por detrás a la altura del cuello, la espalda y la cintura.

Protector Respiratorio. La mascarilla quirúrgica tiene una acción protectora para la salud en caso de exposición a los patógenos que se transmiten por las gotitas de Pflügge (de tamaño superior a 5 micras). Así mismo, evita que se disemine la infección, ya que impide la contaminación del ambiente al retener y filtrar las gotas que contienen microorganismos expulsados al respirar, hablar, estornudar y toser. Según los datos disponibles, los virus se transmiten fundamentalmente por exposición respiratoria o partículas gruesas (>5 um).

La mascarilla debe poder realizar lo siguiente:

- ✓ asegurar las cintas o bandas elásticas en la mitad de la cabeza y en el cuello.
- ✓ ajustar la banda flexible en el puente de la nariz acomodándola en la cara y por debajo del mentón

La utilización de la mascarilla quirúrgica o con certificación N/95 se considera obligatoria y debe ser utilizada por los casos sospechosos o confirmados, por el personal de salud en contacto con casos sospechosos o confirmados que trabajen dentro de un radio de un metro de distancia del paciente potencialmente infeccioso , el paciente y el familiar o acompañante.

Guantes. El personal de salud debe utilizar guantes para proporcionar una barrera de protección adicional, con el fin de reducir la potencial transferencia de microorganismos desde los pacientes infectados, a través del contacto de las manos con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y membranas mucosas. **El uso de los guantes, los cuales no requieren ser estériles, no deben ser sustituidos por el lavado de las manos, ni rehusados, ni lavados.** Al colocárselos debe asegurarse que cubran el puño de la bata.

Gorro. El gorro debe ser utilizado para proteger el cabello de aerosoles, salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales; debe colocarse tratando de cubrir la mayor parte de la cabeza y el cabello.

El equipo de protección personal (EPP) debe ser utilizado por:

- ✓ El personal de salud que atienda a los casos sospechosos y confirmados y por aquellas personas que trabajan en situaciones en las que pueda producirse contacto con sangre, secreciones corporales o excreciones.
- ✓ El personal de laboratorio y de nutrición y dietética que tenga contacto con los pacientes.
- ✓ El personal de limpieza, lavandería y mantenimiento que tenga contacto con el paciente o con restos de sangre, secreciones corporales o excreciones.
- ✓ Los familiares y acompañantes que participen en el cuidado de los pacientes.

Colocación del equipo de protección personal.

La atención de pacientes sospechosos y confirmados, debe realizarse utilizando el EPP. Dicho equipo debe colocarse siguiendo el siguiente orden:

1. Bata
2. Mascarilla
3. Lentes de protección ocular
4. Gorro
5. Guantes

Remoción del equipo de protección personal.

El retiro del EPP debe realizarse siguiendo el siguiente procedimiento:

- Los guantes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
- La bata y desecharla en el recipiente de desechos ubicado en la habitación
- El gorro y desecharlo en el recipiente de desechos ubicado en la habitación.
- Los lentes y desecharlos en el recipiente de desechos ubicado en la habitación. Si los lentes no son desechables se colocarán en un contenedor ubicado en la habitación sólo para ese uso, para la posterior limpieza y desinfección.
- 5 La mascarilla, sin tocar la parte delantera de la misma y desecharla en un recipiente de desechos ubicado fuera de la habitación.

Una vez retirado el EPP debe lavarse las manos con agua y jabón durante 15 segundos y secarse con papel desechable. Este procedimiento debe realizarse fuera de la habitación.

RECOMENDACIONES PARA EMBARAZADAS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD

La embarazada que trabaja en una institución de salud no debe participar en la atención de pacientes con infección sospechosa, o confirmada, por tanto, no debe ser asignada a los servicios de triaje, aislamiento o emergencia. El responsable del centro se encargará de reasignarla a otra área sin riesgo de contagio.

En caso que tenga contacto directo inadvertido con un caso confirmado y no haya estado protegida con el equipo de protección personal o lo haya usado inadecuadamente debe ser informada sobre los síntomas a vigilar.

- ✓ Las visitas deben restringirse al máximo para reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad.
- ✓ Si fuese imprescindible la visita a un caso sospechoso o confirmado se deben cumplir estrictamente las medidas de control de infección: utilizar las medidas de protección personal, lavado de manos y vigilar la aparición de fiebre u otros síntomas en los siete días siguientes después de haber tenido contacto con el paciente.

III. PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA

1) Triage: reconocer y clasificar a los pacientes con IRA.

Definición: es el primer paso del abordaje que permite la clasificación de un paciente, está fundamentado en el tipo de atención inmediata que debe recibir.

Objetivos del triaje:

1. Reducir el riesgo de transmisión o contagio.
2. Determinar el tipo y la gravedad de la enfermedad (diagnostico diferencial)
3. Priorizar la atención y decidir el destino inmediato del paciente.

Características del triaje para casos sospechos de COVID-19:

- ✓ Identificar y adaptar tres áreas físicas (adultos, pediátrica y obstétrica) exclusivas para realizar la atención de casos.
- ✓ Determinar y señalar las rutas para el traslado de pacientes desde el área de triaje a las salas de aislamiento y de estas a otros servicios si fuese necesario, por ejemplo, unidad de cuidados intensivos.
- ✓ Contar preferiblemente con lavamanos y WC
- ✓ Contar con una sala de espera preferiblemente amplia y ventilada
- ✓ Estar provista de pañuelos de papel, jabón o desinfectante y papel desechable para el secado de las manos.
- ✓ Mantener accesibles en el triaje papeleras accionadas a pedal con las especificaciones para los desechos de los pacientes.
- ✓ Disponer de oxímetro del pulso, toma de oxígeno o bombona con regular llena, máscara de oxígeno para adultos y pediátricos, termómetro, tensiómetro y estetoscopio. En el caso de tener un monitor de signos vitales debe usarse con las precauciones de asepsia y antisepsia.
- ✓ Disponer de equipos de protección personal (EPP) para el personal de salud.
- ✓ La puerta del área de los consultorios debe permanecer cerrada.
- ✓ Colocar en la puerta un cartel explicativo sobre las normas a cumplir

Recepción de pacientes sospechosos en el área de triaje:

- ✓ La recepción y selección de pacientes sospechosos, debe realizarla el personal de salud entrenado de acuerdo con los siguientes procedimientos:
- ✓ Todo trabajador de salud destinado al área de triaje debe utilizar el equipo de protección personal básico: mascarilla, bata y guantes desechables cumpliendo así el protocolo de bioseguridad.
- ✓ Mantener la práctica frecuente de lavado de manos con agua y jabón o con solución gel alcohol.
- ✓ Proporcionar inmediatamente al paciente y acompañante una mascarilla en caso de no poseerla para cubrir la boca y nariz a fin de activar el protocolo de higiene respiratoria y el manejo de la tos.
- ✓ En el caso que el paciente requiera ser hospitalizado en el área de aislamiento, debe utilizar la mascarilla durante el tránsito por el establecimiento
- ✓ Instruir al paciente para que proteja la boca y la nariz con pañuelos de papel al toser y estornudar.
- ✓ Evaluar clínicamente al paciente e informarle su situación de salud.
- ✓ El caso sospechoso preferiblemente no debe tener acompañante; en caso de ser necesario solo se acepta uno por cada caso y debe cumplir las medidas de bioseguridad.
- ✓ En caso de realizar un diagnóstico diferencial y descartar un caso de COVID-9, debe derivar al paciente con una contrarreferencia a la atención domiciliaria con seguimiento y tratamiento.

PRIORIZACIÓN: DETECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON IRA GRAVE

Reconocer y clasificar a todos los pacientes con IRA grave en el primer contacto con el sistema de salud

- ❖ Valorar el COVID-19 como posible causa de la IRA
- ❖ Seleccionar a los pacientes e instaurar tratamientos de urgencia según la gravedad del cuadro clínico

NOTA:

- ❖ La infección por el COVID-19 puede ser leve, moderado o grave; en este último caso, cursa con neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), septicemia y choque séptico.
- ❖ Reconocer rápidamente a los pacientes sospechosos permite instaurar con prontitud las medidas de PCI oportunas.
- ❖ Identificar enseguida a los pacientes que presentan manifestaciones graves permite administrar de inmediato los tratamientos sintomáticos optimizados y gestionar cuanto antes el ingreso (o la derivación) a la unidad de cuidados intensivos según el protocolo asistencial del centro o del país.
- ❖ Puede evitarse la hospitalización de los pacientes con cuadros leves, salvo que haya temor de un deterioro rápido.
- ❖ Se indicará a todos los pacientes que reciban el alta que acudan de nuevo al hospital si empeoran.

2) *Definiciones de Caso para el COVID-19*

Según criterios de la OMS.

<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

Las definiciones de casos se basan en la información de la que se dispone actualmente y podrían modificarse a medida que se obtenga nueva información. Es posible que el país necesite adaptar las definiciones de casos dependiendo de la evolución de la situación epidemiológica.

Caso sospechoso

- A.** Paciente con infección respiratoria aguda severa (con fiebre, resfriado y que necesita ser hospitalizado) **Y** sin otra etiología que explique completamente las manifestaciones clínicas **Y** que haya viajado a China, o residido en ese país, en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas,

Ó

B. Paciente con cualquier enfermedad respiratoria aguda Y en el que se cumpla al menos una de las siguientes condiciones en los últimos 14 días anteriores al inicio de los síntomas:

a) haber estado en contacto con un caso confirmado o probable de infección por el COVID-19, ó

b) haber trabajado o estado en un centro de atención sanitaria en el que se estuviese tratando a pacientes con infección confirmada o probable por el COVID-19 o pacientes con enfermedades respiratorias agudas.

Caso probable

Caso probable: caso sospechoso en el que los resultados de las pruebas de infección por el COVID-19 no son concluyentes, o en el que los resultados de un ensayo de detección de todo tipo de coronavirus son positivos, y en el que no se ha podido confirmar mediante pruebas de laboratorio la presencia de otros patógenos respiratorios.

Caso confirmado

Persona con infección por el COVID-19 confirmada mediante pruebas de laboratorio, independientemente de los signos y síntomas clínicos.

3) Cuadro clínico y orientaciones.

Signos y síntomas típicos

- **Fiebre**
- **Tos**
- **Dificultad para respirar**

Casos más graves: neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal y muerte

DEFINICIONES DE PACIENTES CON IRA GRAVE PRESUNTAMENTE CAUSADA POR COVID-19

IRA grave: infección respiratoria aguda asociada a fiebre o temperatura ≥ 38 C y tos, de ~10 días de evolución, que requiera hospitalización. No obstante, la ausencia de fiebre NO DESCARTA una infección vírica.

DEFINICIONES PARA LA VIGILANCIA DE CASOS DE COVID-19

A. Pacientes con infección respiratoria aguda (IRA) grave (que curse con fiebre y tos y que requiera hospitalización) Y sin otras causas que expliquen satisfactoriamente el cuadro clínico¹ Y, al menos, una de las siguientes opciones:

- Antecedentes de viajes a la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China) o residencia en esta ciudad en los 14 días previos a la aparición de los síntomas, o
- El enfermo es un profesional sanitario que ha trabajado en un entorno donde se atiende a pacientes con IRA graves, de causa desconocida.

B. Pacientes con cualquier tipo de cuadro respiratorio agudo Y, al menos, una de las siguientes opciones:

- En contacto próximo² con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19 en los 14 días previos al inicio de los síntomas, o
- visita o actividad laboral en un mercado de animales vivos en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China) en los 14 días previos al inicio de los síntomas, o
- Ha trabajado, en los 14 días previos al inicio de los síntomas, en un centro de salud donde se hayan comunicado infecciones hospitalarias por COVID-19, o ha visitado uno de estos centros en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN POR EL COVID-19 (1)

Cuadros no complicados, la infección vírica de las vías respiratorias altas cursa con síntomas inespecíficos como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefaleas y dolores musculares. Ancianos e inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, septicemia ni disnea.

Neumonía leve, paciente sin signos de neumonía grave. Los niños con neumonía no grave presentan tos o dificultad respiratoria junto con taquipnea: menores de 2 meses (≥ 60); 2-11 meses (≥ 50); 1 a 5 años (≥ 40) sin signos de neumonía grave.

Neumonía grave, adolescentes o adultos con fiebre o sospecha de infección respiratoria junto con uno de los signos siguientes: frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min, dificultad respiratoria grave o Saturación de O₂ $<90\%$ en aire ambiente.

Niño con tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los signos siguientes: cianosis central o Saturación de O₂ $<90\%$; dificultad respiratoria grave (p. ej., gemidos, tiraje costal muy acentuado); signos de neumonía con un signo general de riesgo: incapacidad para mamar o beber, letargo o inconsciencia o convulsiones. Puede haber otros signos de neumonía: tiraje costal, taquipnea (respiraciones/min): <2 meses, ≥ 60 ; 2-11 meses, ≥ 50 ; 1-5 años, ≥ 40 . El diagnóstico es clínico; las exploraciones de imagen torácicas sirven para descartar complicaciones.

SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN POR EL COVID-19 (2)

Síndrome de dificultad respiratoria aguda, síntomas respiratorios de nueva aparición o agravamiento de los preexistentes en la semana siguiente a la aparición del cuadro clínico.

Imagen torácica (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): Opacidades bilaterales no atribuibles completamente a derrames, atelectasia pulmonar/lobular o nódulos.

Origen del edema: insuficiencia respiratoria no atribuible completamente a una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Requiere evaluación objetiva (p. ej., ecocardiograma) para descartar edema hidrostático si no hay factores de riesgo.

OXIGENACIÓN (ADULTOS):

- ❖ SDRA leve: $200 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ (con PEEP o PPC $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$,7 o ausencia de ventilación).
- ❖ SDRA moderado: $100 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$,7 o ausencia de ventilación).
- ❖ SDRA grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$,7 o ausencia de ventilación).
- ❖ Cuando no se conoce la PaO₂, un cociente SpO₂/FiO₂ ≤ 315 es indicativo de SDRA (incluso en pacientes sin ventilación).

OXIGENACIÓN (NIÑOS; nota: IO = índice de oxigenación; IOS = índice de oxigenación con la SpO₂):

- VNI de bipresión o PPC $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ con mascarilla facial: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ o $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$.
- SDRA leve (con ventilación invasiva): $4 \leq \text{IO} < 8$ o $5 \leq \text{IOS} < 7,5$.
- SDRA moderada (con ventilación invasiva): $8 \leq \text{IO} < 16$ o $7,5 \leq \text{IOS} < 12,3$.
- SDRA grave (con ventilación invasiva): $\text{IO} \geq 16$ o $\text{IOS} \geq 12,3$.

SÍNDROMES CLÍNICOS ASOCIADOS CON LA INFECCIÓN POR EL COVID-19 (3)

Septicemia

Adultos: disfunción orgánica con riesgo vital causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección documentada o sospecha de infección, con disfunción orgánica*. Los signos de disfunción orgánica son: alteración del estado mental, disnea o taquipnea, hipoxemia, oliguria, taquicardia, debilidad del pulso, extremidades frías, hipotensión, piel moteada o signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactoacidosis o hiperbilirrubinemia.

Niños: infección documentada o sospecha de infección y al menos dos criterios de SRIS, uno de los cuales debe ser la alteración de la temperatura o de la cifra de leucocitos.

Choque septicémico

Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reposición de la volemia que requiera vasopresores para mantener la TAM ≥ 65 mm Hg y lactato sérico > 2 mmol/l.

Niños (según [12]): hipotensión (TAS por debajo del quinto centil o más de dos desviaciones estándar por debajo del valor normal para la edad) o dos-tres de los factores siguientes: alteración del estado mental; bradicardia o taquicardia (FC < 90 lpm o > 160 lpm en lactantes y FC < 70 lpm o > 150 lpm en niños de más edad); prolongación del tiempo de llenado capilar (> 2 s) o vasodilatación con pulso capricante y calor; taquipnea; piel moteada, petequias o exantema purpúrico; elevación del lactato; oliguria; hipertermia o hipotermia.

Aplicación inmediata de medidas adecuadas de Prevención y Control de Infecciones (PCI)

- ✓ La prevención y control de infecciones (PCI) es una parte crucial e integral del manejo clínico de los pacientes y debería iniciarse en el punto de entrada de estos en el hospital (por lo general, los servicios de emergencias).
- ✓ En todas las zonas de los centros de salud deberían tomarse sistemáticamente precauciones ordinarias, como la higiene de manos y el uso de equipos de protección personal (EPP) para evitar el contacto directo con la sangre, los líquidos corporales, las secreciones (incluidas las respiratorias) y la piel (que no esté intacta) de los pacientes.
- ✓ Otras precauciones ordinarias son la prevención de pinchazos con agujas o de lesiones causadas por objetos punzocortantes, la gestión segura de los desechos, la limpieza y desinfección de los equipos, y la limpieza del ambiente.

APLICACIÓN INMEDIATA DE MEDIDAS ADECUADAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)

Precauciones contra la transmisión por contacto (Previenen la transmisión directa o indirecta debida al contacto con superficies o equipos contaminados, incluyendo tubos de oxigenoterapia)

- ✓ Usar EPP (mascarilla quirúrgica, protección ocular, guantes y bata) para entrar en la habitación y quitárselo al salir.
- ✓ De ser posible, utilizar equipos desechables o específicos (por ejemplo, estetoscopios, esfigmomanómetros y termómetros). Si es necesario utilizar el mismo equipo con distintos pacientes, limpiarlo y desinfectarlo después de usarlo con cada paciente.
- ✓ El personal sanitario no debe tocarse los ojos, la nariz y la boca con las manos si pueden estar contaminadas, lleve o no guantes.

- ✓ Evitar la contaminación de las superficies del entorno que no se utilicen directamente para el cuidado del paciente (por ejemplo, los tiradores de las puertas y los interruptores de la luz).
- ✓ Ventilar suficientemente la habitación.
- ✓ Evitar el traslado o el desplazamiento de pacientes.
- ✓ Respetar las prácticas de higiene de las manos.

Precauciones contra la transmisión por vía aérea al realizar intervenciones que generen aerosoles (Aspiración abierta de las vías respiratorias, intubación, broncoscopia o reanimación cardiopulmonar)

- ✓ El personal sanitario que realice intervenciones que generen aerosoles debe llevar EPP: guantes, batas de manga larga, protección ocular y mascarillas respiratorias de ajuste comprobado y filtro de partículas con un nivel de protección N95 o equivalente, o incluso superior (La prueba programada para comprobar el ajuste no debe confundirse con la comprobación de la estanqueidad en el usuario antes de cada uso).
- ✓ Siempre que sea posible, llevar a cabo las intervenciones que generen aerosoles en habitaciones individuales con ventilación adecuada, es decir, con presión negativa y un mínimo de 12 renovaciones de aire por hora o, al menos, 160 litros/segundo/paciente en habitaciones con ventilación natural.
- ✓ En las habitaciones estarán presentes solamente las personas estrictamente necesarias.
- ✓ Atender al paciente en el mismo tipo de habitación después de iniciarse la ventilación mecánica.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO Y SEGUIMIENTO TEMPRANOS

- ✓ Administrar inmediatamente oxigenoterapia suplementaria a los pacientes con IRA grave y signos de dificultad respiratoria, hipoxemia o choque.
- ✓ Administrar líquidos con prudencia a los pacientes con IRA grave cuando no haya indicios de choque

- ✓ Administrar un tratamiento empírico con antimicrobianos para tratar todos los patógenos que pueden causar IRA grave. Administrar antimicrobianos en un plazo de una hora tras la evaluación inicial del paciente con septicemia.
- ✓ Supervisar estrechamente a los pacientes con IRA grave para determinar si presentan signos de deterioro clínico, como insuficiencia respiratoria que empeora rápidamente y septicemia, y administrar de inmediato intervenciones de apoyo.
- ✓ Conocer las afecciones comórbidas del paciente a fin de ajustar el manejo de la fase crítica de la enfermedad y valorar el pronóstico. Comunicarse pronto con el paciente y su familia.
- No administrar sistemáticamente corticoesteroides en el tratamiento de la neumonía vírica ni del SDRA al margen de los ensayos clínicos, a menos que estén indicados por otra razón.

TOMA DE MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

- ✓ Obtener hemocultivos de las bacterias que provocan la neumonía y la septicemia, preferiblemente antes de administrar el tratamiento con antimicrobianos. NO retrasar el tratamiento con antimicrobianos para obtener hemocultivos.
- ✓ Obtener muestras TANTO de las vías respiratorias altas (nasofaríngeas y orofaríngeas) COMO de las bajas (esputo expectorado, aspirado endotraqueal o líquido de lavado broncoalveolar) para los ensayos de detección del COVID-19 por RCP-RT (reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa). Puede que los clínicos decidan recoger solo muestras de las vías respiratorias bajas si resulta fácil obtenerlas (por ejemplo, en pacientes con ventilación mecánica).
- ✓ La serología para fines de diagnóstico se recomienda solo cuando la RCP-RT no está disponible.
- ✓ En pacientes hospitalizados con infección confirmada por el COVID-19, deberían tomarse muestras repetidas de las vías respiratorias altas y bajas para demostrar que se ha eliminado el virus. La frecuencia de la recogida de muestras dependerá de las circunstancias particulares, pero debería hacerse al menos cada 2 a 4 días hasta que

haya dos resultados negativos consecutivos (en las muestras de las vías respiratorias altas y bajas, si se recogen ambas) en un paciente recuperado clínicamente con un intervalo de al menos 24 horas. Si la práctica local para el control de las infecciones requiere dos resultados negativos para dejar de observar las precauciones contra la transmisión por gotitas, podrán recogerse muestras diariamente.

4) *Criterios de Valoración para el ingreso en Terapia Intensiva.*

Adultos.

Termometro	Fonendo	Pulsoxim	Monitor	Tensiometro	
38,4º	Roncus, estertores, crepitos	Hipoxia	Taquicardia	TAM < 60 TAD > 90	

En caso de no tener ninguna variable anormal, se establecerán criterios clínicos, epidemiológicos, radiológicos de tener la capacidad, de lo contrario , se deberá subir de nivel de complejidad al paciente

Temp	Fonendo	SaO2	Monitor	TA	GA	RX	Labs	Escalas
> 38.4	Roncus, estertores, Crépitos	Hipoxia	Taquicardia, bradicardia	TAM < 60 TAD > 90	Acidosis	Rx TAC ECO	Hemograma BUN Electrolitos Glicemia Perfil hepático	PORT
								CRB 65
								CURB 65
								ATS
								PSI

Además de las escalas de severidad de PORT, CRB 65, CURB65, ATS, PSI

Se puede Aplicar Quick SOFA (Alteración de la conciencia, Frecuencia respiratoria, TAS < 100 mm/Hg

Niños y Niñas:

ID de casos graves

1. Disnea: Frecuencia respiratoria >50 /min para pacientes de 2 – 12 meses de edad; > 40 /min para pacientes de 1 – 5 años de edad; > 30/min en pacientes de mas de 5 años de edad (despues de mitigar los efectos de la fiebre y el llanto)
2. Fiebre Persistente alta de 3 a 5 dias
3. Pobre respuesta mental, letargia, alteración del estado de conciencia, y otros cambios del nivel de conciencia
4. Rapida progresión de condiciones respiratorias durante un periodo corto de tiempo.
5. Niños menores de 3 meses.
6. Complicaciones Extrapulmonares.
7. Coinfección con otros virus o bacterias.

Diagnostico diferencial

Influenza, Parainfluenza, rinovirus, metaneumovirus humano, SARS, infecciones virales, neumonia por clamidia, mycoplasma pneumoniae.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA Y EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (SDRA)

- ✓ Saber reconocer la insuficiencia respiratoria hipoxémica grave en los pacientes con disnea que no respondan a la oxigenoterapia convencional.
- Solo se debe aplicar oxigenoterapia de flujo alto mediante cánula nasal o ventilación mecánica no invasiva a determinados pacientes que presenten insuficiencia respiratoria hipoxémica. El riesgo de ineficacia terapéutica en los pacientes con MERS tratados mediante ventilación mecánica no invasiva es elevado, y es necesario mantener una vigilancia atenta de los pacientes tratados tanto con esta técnica como con oxigenoterapia de flujo alto mediante cánula nasal para detectar cualquier empeoramiento clínico.
- ✓ La intubación endotraqueal debe ser realizada por un profesional experimentado que haya recibido la debida formación y aplique las precauciones pertinentes para evitar la transmisión aérea de patógenos

- ✓ Utilice volúmenes corrientes más bajos para la ventilación mecánica (de 4 a 8 ml/kg de peso corporal previsto) y presiones inspiratorias más bajas (presión estable <30 cm H₂O).
- ✓ En los pacientes con SDRA de gravedad, se recomienda la ventilación mecánica en decúbito prono durante más de 12 horas al día.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA Y EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA (SDRA)

- ✓ En los pacientes con SDRA que no presenten hipoperfusión tisular, la estrategia de administración de líquidos debe ser prudente.
- En los pacientes con SDRA de moderado a grave, se recomienda una presión positiva telespiratoria (PEEP) más elevada.
- En los pacientes con SDRA de moderado a grave (PaO₂/FiO₂ <150), no se debe utilizar de forma sistemática el bloqueo neuromuscular mediante infusión continua.
- En los lugares donde se cuente con profesionales que puedan realizar una circulación extracorpórea, se debe considerar la derivación a estos servicios de pacientes que presenten hipoxemia que no mejora con la ventilación mecánica aplicada para proteger los pulmones.
- No se debe desconectar al paciente del respirador para evitar una pérdida de PEEP y que presente atelectasia. Utilice catéteres cerrados para aspirar las vías respiratorias y cierre la cánula endotraqueal cuando necesite desconectar al paciente (por ejemplo, si se cambia a un respirador para traslado).

TRATAMIENTO DEL SHOCK SÉPTICO

- ✓ Reconocer el choque septicémico en los adultos cuando se sospeche o se confirme infección Y se necesite administrar vasopresores para mantener la tensión arterial media (TAM) ≥ 65 mm Hg Y la glucemia sea ≥ 2 mmol/l, en ausencia de hipovolemia.

- ✓ Reconocer el choque septicémico en los niños con cualquier forma de hipotensión (tensión arterial sistólica < quinto percentil o más de dos desviaciones estándar por debajo del valor normal para la edad), o dos o tres de los criterios siguientes: alteración del estado mental; taquicardia o bradicardia (frecuencia cardíaca < 90 lpm o > 160 lpm en los bebés y < 70 lpm o > 150 lpm en los niños); tiempo prolongado de llenado capilar (más de dos segundos) o vasodilatación con pulso capricante; taquipnea; piel moteada, exantema purpúreo o petequias; lactatemia elevada; oliguria; hipertermia o hipotermia.
- ✓ Para rehidratar a los adultos que presenten choque septicémico, se les deben dar al menos 30 ml/kg de una solución cristaloide. A los niños con choque septicémico ingresados en una habitación bien equipada, se les deben administrar 20 ml/kg de solución en inyección intravenosa rápida y hasta 40-60 ml/kg durante la primera hora.
- No se deben administrar soluciones hipotónicas, de almidones o gelatinas para la rehidratación
- La rehidratación puede dar lugar a una sobrecarga de volumen que puede ocasionar insuficiencia respiratoria. Si el paciente no responde al aporte de líquidos y presenta signos de sobrecarga (por ejemplo, ingurgitación yugular, estertores crepitantes en la auscultación, edema pulmonar en la radiografía de tórax o hepatomegalia en los niños), se debe reducir o interrumpir este tratamiento. Esto es particularmente importante cuando no se disponga de ventilación mecánica. Se han propuesto otros protocolos de rehidratación para los niños cuando se disponga de pocos recursos
- Administrar vasopresores si el choque persiste durante o después de la rehidratación. El objetivo inicial es una TAM \geq 65 mm Hg en los adultos y valores adecuados para la edad en los niños.
- Si no se dispone de un catéter venoso central, los vasopresores pueden administrarse por vía intravenosa periférica en una vena grande, bajo vigilancia estrecha para detectar signos de extravasación y necrosis tisular local. Si se produce una extravasación, se debe interrumpir la infusión. Los vasopresores también se pueden administrar por infusión intraósea.

- Si persisten los signos de hipoperfusión tisular o de insuficiencia cardíaca a pesar de haber alcanzado una TAM adecuada tras el aporte de líquidos y los vasopresores, debe considerarse la posibilidad de aplicar un tratamiento inotrópico, por ejemplo, con dobutamina.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Resultado previsto, menos días de ventilación mecánica invasiva.

INTERVENCIONES:

Utilizar protocolos de retiro gradual con evaluación diaria para determinar si el paciente está en condiciones de respirar espontáneamente

- Reducir en lo posible la sedación continua o intermitente, con objeto de lograr criterios de valoración de ajuste de dosis específicos (con una sedación ligera, salvo contraindicación), con o sin interrupción diaria de las infusiones sedantes continuas

Menor incidencia de neumonía relacionada con el respirador:

La intubación oral es preferible a la nasal en los adultos y los adolescentes

- Mantener al paciente en posición de semidecúbito (elevación de la cabecera de la cama a 30-45 grados)
- Usar un sistema de aspiración cerrado; drenar y desechar periódicamente el agua condensada de los tubos.
- Usar un circuito nuevo del respirador para cada paciente; después de ventilar al paciente, cambiar el circuito si está sucio o dañado, pero no sistemáticamente.

- Sustituir el intercambiador de calor y humedad cuando falle, cuando se ensucie o cada 5 a 7 días.

Resultado previsto - Menor incidencia de tromboembolia venosa

INTERVENCIONES:

Prescribir profilaxis farmacológica (por ejemplo, 5000 unidades de heparina de bajo peso molecular [es preferible, si se dispone de ella] o 5000 unidades de heparina por vía subcutánea, dos veces al día) en los adultos y los adolescentes sin contraindicaciones. Para aquellos que presenten contraindicaciones, usar un dispositivo mecánico para la profilaxis, como un dispositivo de compresión neumática intermitente.

Resultado previsto -Menor incidencia de infecciones sanguíneas asociadas a catéteres.

INTERVENCIONES:

- Utilizar una lista de verificación, que debe repasar un observador en tiempo real, a fin de recordar cada paso necesario para la inserción estéril y como recordatorio diario para retirar el catéter si ya no se necesita

Resultado previsto - Menor incidencia de úlceras de decúbito.

INTERVENCIONES:

- Realizar cambio de posición al paciente y aplicar masajes en las zonas de presión cada dos horas.

Resultado previsto - Menor incidencia de hemorragias gastrointestinales.

INTERVENCIONES:

- Proporcionar alimentación enteral tempranamente (dentro de las 24 a 48 horas posteriores a la hospitalización)

- Administrar antihistamínicos H2 o inhibidores de la bomba de protones a los pacientes con factores de riesgo de hemorragia gastrointestinal (ventilación mecánica durante \geq 48 h, coagulopatía, diálisis, hepatopatía, varias afecciones concomitantes y mayor puntuación de insuficiencia orgánica).

Resultado previsto - Menor incidencia de debilidad relacionada con la unidad de terapia intensiva

- Movilizar activamente al paciente al principio del curso de la

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS CONTRA EL NCOV Y ESTUDIOS CLÍNICOS AL RESPECTO.

- Por el momento, no se dispone de suficientes pruebas procedentes de ensayos controlados con asignación aleatoria para recomendar un tratamiento específico contra la infección por el COVID-19 en los pacientes en que se sospeche o se haya confirmado la infección.
- ✓ Los tratamientos no autorizados deben administrarse solo en el marco de ensayos clínicos autorizados por un comité de ética o en utilización controlada en situaciones de emergencia de intervenciones experimentales y no registradas (enfoque MEURI), bajo supervisión estricta. <https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>
- ✓ En el sitio web de la OMS sobre el COVID-19 se pueden encontrar protocolos de caracterización clínica: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-COVID-19-2019>. La OMS ha establecido una plataforma mundial de datos clínicos sobre el COVID-19, que los Estados Miembros pueden ir alimentando. Si desea formular otras preguntas, sírvase contactar a EDCARN@who.int.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA PACIENTES EMBARAZADAS.

- ✓ A las embarazadas con sospecha o confirmación de infección por el COVID-19 les deben administrar tratamientos sintomáticos, como se describe más arriba, ajustándolos a la fisiología del embarazo.
- ✓ El uso experimental de fármacos no autorizados ajeno al marco de un estudio debe guiarse por un análisis individual de riesgos y beneficios basado las posibles ventajas para la madre y la seguridad del feto, y se debe realizar tras consultar a un obstetra y un comité de ética.
- ✓ Las decisiones sobre el parto de emergencia y la interrupción del embarazo son difíciles y se basan en muchos factores: la edad gestacional, el estado de la madre y la estabilidad del feto. Es fundamental consultar con especialistas en obstetricia, neonatología y cuidados intensivos (en función del estado de la madre).

