FUNDACIÓN HOSPITAL San José Buga Amable y Seguro	**GUIA DE MANEJO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PARA ADULTOS CON SOSPECHA O DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE COVID-19**	**CÓDIGO: GUM/3200/141-20** **FECHA DE EMISIÓN: 02/04/2020** **ACTUALIZACIÓN: 30/07/2020** **VERSION: 004**

1 OBJETIVOS Y ALCANCE

Establecer recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de urgencias y hospitalario de los pacientes adultos (> de 18 años) con sospecha o diagnostico confirmado de **Eenfermedad por Coronavirus 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19)** en la **Fundación Hospital San José de Buga (FHSJB)**, y de esta forma estandarizar y mejorar la práctica clínica, así como prevenir y mitigar el riesgo en los profesionales de la salud.

El alcance de esta guía comprende desde la definición de caso, enfoque diagnóstico y terapéutico de COVID-19, hasta el egreso del paciente en los diferentes servicios de la institución. Se excluye del alcance de esta guía otras causas de Infección Respiratoria Aguda (IRA) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), así como el manejo preventivo o las actividades de salud pública del paciente ambulatorio. También se excluye de esta guía el manejo de algunas complicaciones específicas, para lo cual se debe consultar las guías correspondientes.

Las recomendaciones de esta guía están dirigidas a los trabajadores del área de la salud, especialmente médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros profesionales, que constituyen la primera línea de atención a los pacientes.

2 GENERALIDADES

COVID-19 es el nombre asignado a la patología causada por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Grave 2 (severe respiratory acute syndrome 2, SARS-CoV- 2); descrita desde diciembre de 2019 en pacientes de la ciudad Wuhan, provincia de Hubei, China. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró al brote de COVID-19 como Pandemia. Esta patología ha tenido una rápida expansión mundial y ha mostrado tasas variables de letalidad en los diferentes países afectados.

En Colombia, al 21 de julio de 2020, se han confirmado 211.038 casos de infección por SARS-CoV-2, 98.840 personas se han recuperado y 7.166 han fallecido, lo que supone una letalidad del 3.4%, menor a la mundial, que es del 4.1%. En el Valle del Cauca, para la misma fecha, se han confirmado 18.441 casos, 5.033 personas se han recuperado y 695 han fallecido (Letalidad del 3.8%). Al momento de la actualización de esta guía se encuentran hospitalizadas 1792 personas en el valle del cauca, el 60 % en Cuidados intensivos.

Al 21 de julio de 2020 se han confirmado 172 casos de infección por SARS-CoV-2 en Guadalajara de Buga, lo que representa una tasa de 133 casos por 100.000 habitantes y se han registrado 3 fallecidos por COVID 19 en el municipio, lo que resulta en una tasa de letalidad del 1.7 (6).

Aunque la mayoría de las personas con SARS-CoV-2/COVID-19 tienen una enfermedad leve o no complicada (81%), algunas desarrollarán una enfermedad grave que requiere oxigenoterapia (14%) y aproximadamente el 5% requerirá un tratamiento de unidad de cuidados intensivos. De los enfermos críticos, la mayoría requerirá ventilación mecánica. (1)

Contenido protegido por políticas de seguridad de la información

Definición operativa de caso:

Para la fecha de actualización de la presente guía se toma como referencia, las Definiciones de caso publicadas por el Instituto Nacional de Salud en el documento **"ORIENTACIONES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA COVID-19",** Versión 2, 23 de julio de 2020 (2).
Estas se registran de manera resumida en el **Anexo 1** de esta Guía de manejo.
"Todos estos criterios de definición de caso pueden sufrir modificaciones según el comportamiento epidemiológico del evento y serán actualizados en el anexo correspondiente cada vez que sea necesario". (2)

Estadística Internacional de Enfermedades - CIE 10:

- En **Caso Sospechoso o Confirmado de SARS Cov2 / COVID 19**, se debe registrar en el campo de **diagnóstico principal:**

1. El código de emergencia CIE-10 con el nombre "**U07.1 COVID-19, virus identificado**" se asigna a un diagnóstico de enfermedad de COVID-19 confirmado por pruebas de laboratorio.
2. El código de emergencia CIE-10 denominado "**U07.2 COVID-19, virus no identificado**" se asigna a un diagnóstico clínico o epidemiológico de COVID-19 cuando la confirmación del laboratorio no es concluyente o no está disponible. Incluye los diagnósticos de Caso Probable o Caso Sospechoso de COVID-19.

En los campos de **diagnósticos relacionados**, se registrarán los diagnósticos del síntoma más severo o enfermedad presente, o la comorbilidad preexistente de mayor riesgo para el pronóstico clínico, y los términos que describen historia de exposición (antecedentes de viaje o contacto estrecho con caso confirmado), o intervenciones relacionadas con la realización de pruebas diagnósticas y medidas de aislamiento preventivo u obligatorio. (**Ver Ejemplos de codificación principal y relacionada según casos en Anexo 2: "Instrucciones para el registro, codificación y reporte de COVID-19".** Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, abril de 2020, PSPS01, Versión: 1 (3).

3 METODOLOGIA

La FHSJB adopta las recomendaciones consignadas en el "Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-Cov-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud", Segunda Edición; desarrollado por la ACIN (Asociación colombiana de infectología) y el IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), publicado en la revista "Infectio", Volumen 24, Numero 3, marzo de 2020 (Adendo: Actualización junio 27 de 2020).
Se incorporan las "Recomendaciones para el manejo de infección por SARS CoV-2-COVID-19", Comunicado N° 10 de la ACIN, Bogotá 24 de mayo de 2020.
Se adoptan también las recomendaciones incluidas en la "Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de covid-19", Asociación colombiana de medicina crítica y cuidado intensivo, marzo 30 de 2020.
Para la revisión especifica de la metodología de estos consensos, se recomienda consultar en los documentos originales.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
FUNDACION HOSPITAL BUGA
Con Todo Cuidado y Seguro

Por otra parte, se hizo una revisión de cada una de las recomendaciones de los consensos antes referidos, y se registraron notas de contextualización acorde a condiciones locales de la FHSJB como: nivel de complejidad, oferta de servicios y disponibilidad de recursos.
Nota: las notas de contextualización se marcan así: **(Contex*)** resaltando la nota con subrayado

4 RECOMENDACIONES Y/O ALGORITMOS

Clasificación Clínica de casos y evaluación de riesgo:

- "Si bien las guías iniciales del Instituto Nacional de Salud establecían la presencia de fiebre como condición necesaria para sospechar la infección por SARS-CoV-2/COVID-19, evidencia reciente ha mostrado que hasta en el 10% de los casos la infección puede cursar sin fiebre, que no es un porcentaje despreciable; sin embargo, en la mayoría de los casos los pacientes presentarán un síndrome clínico similar a influenza. Por estos motivos se considera que es útil para el clínico sospechar la infección por SARS CoV-2/COVID 19 en pacientes que cursen con dos (2) o más síntomas sugestivos de infección respiratoria dentro de los cuales puede incluirse la fiebre, independientemente de la definición epidemiológica vigente". (1)
- **Context*:** Una vez se establece **Caso Sospechoso o Confirmado de SARS Cov2 / COVID 19**, se debe evaluar y clasificar clínicamente el paciente según síntomas y signos vitales, así como por la presencia o no de factores de riesgo de gravedad, para así establecer conducta inicial acorde a **flujograma #1.**
- **Manifestaciones clínicas de COVID-19** según su frecuencia de presentación: fiebre 83%, tos 82%, fatiga 31%, mialgias 11%, confusión 9%, cefalea 8%, rinorrea 4%, dolor torácico 2%, diarrea 2%, náuseas y vómitos 1%. (Wang D, BoHU, ChangHU et al). "Adicionalmente, si bien se trata de síntomas autoreportados y difíciles de evaluar de forma objetiva en la consulta o servicio de urgencias, la presencia de disgeusia o anosmia ha sido reportada como frecuente (33,9%) en algunas series de casos e incluso en ocasiones como síntomas predecesores a la sintomatología respiratoria. Es importante recordar que hasta en un 17% de los casos la infección por SARS CoV-2/ COVID 19 puede cursar con síntomas gastrointestinales relevantes, incluyendo diarrea como síntoma más frecuente y con menor frecuencia dolor abdominal y emesis, los cuales ocasionalmente pueden preceder a los síntomas respiratorios".(1)
- **Síntomas leves:** Síntomas locales en vías respiratorias altas y puede cursar con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor muscular o síntomas atípicos en ancianos (1).
- Se consideran **Factores de Riesgo para gravedad (1):**

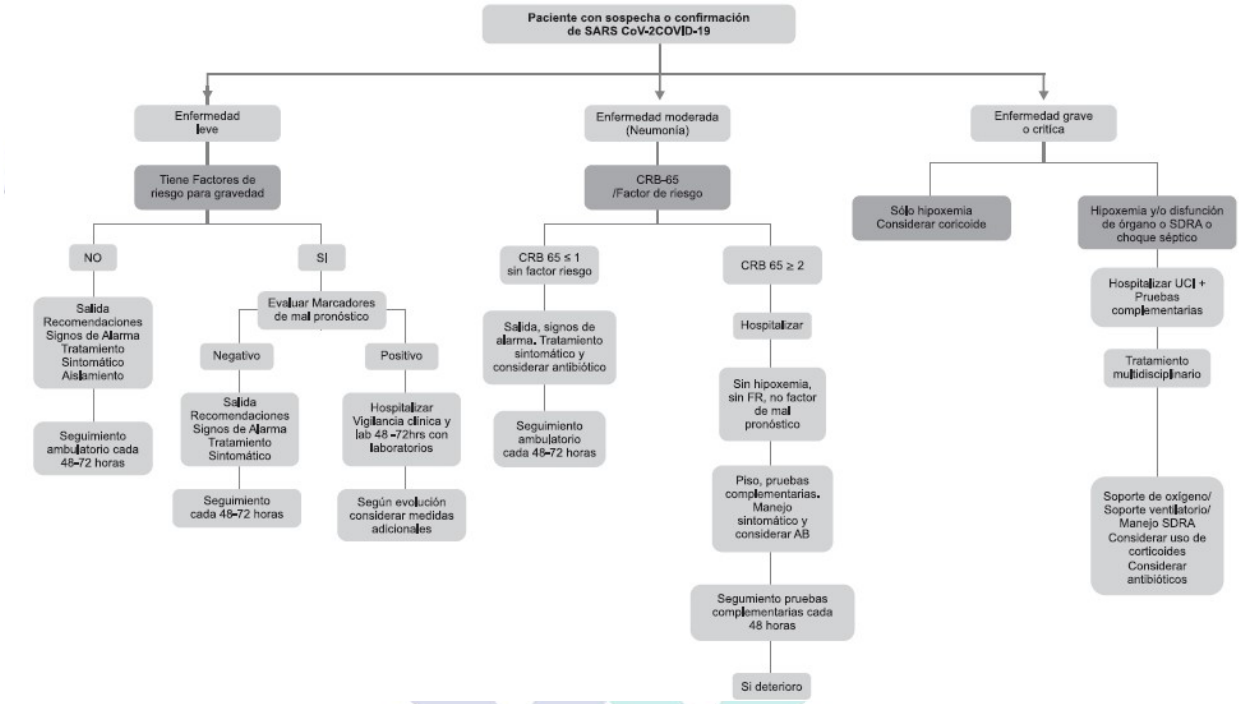
○ Edad>60 años	○ Cardiomiopatía
○ Diabetes	○ Tabaquismo
○ EPOC y Asma	○ Inmunosupresión
○ Hipertensión arterial	○ Cáncer

- **Adicionalmente se reconocen como factores de riesgo para gravedad:** enfermedad hepática avanzada, enfermedad renal avanzada, alteraciones hematológicas (Ej: drepanocitosis), enfermedades neurológicas, pacientes post-trasplante de órgano sólidos, uso de agentes biológicos, inmunoterapia o quimioterapia para malignidad, trasplante de

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ BUGA
Servicio Amable y Seguro

medula ósea no mayor de 1 año, pacientes en tratamiento de injerto contra huésped, VIH con CD4 <200 copias /mm3. (1)

Flujograma N° 1: Enfoque inicial de urgencias



- En caso de definir salida se debe educar al paciente con relación a signos de alarma y dar recomendaciones de aislamiento acorde a lineamientos vigentes del INS (Anexo 1).
- En caso requerir Hospitalización, se debe realizar estudios de extensión descritos en la **Sección 4.2** y seguir lineamientos establecidos en **Flujograma N°3** de esta Guía.
- **(Contex*):** Concomitantemente se debe clasificar el **Nivel de gravedad** del paciente según **Tabla N°1** y ante diagnóstico de Neumonía, clasificar según sistema de puntuación **Índice de severidad para Neumonía de Fine (PSI)**, descrito en la **Tabla N°2.**

Tabla N°1: Niveles de gravedad de las infecciones respiratorias y sus definiciones

Clasificación de gravedad COVID-19		
Enfermedad leve		Pacientes sintomáticos con base en criterio de definición de caso COVID-19 sin evidencia de neumonía viral o hipoxia
Enfermedad moderada	Neumonía	Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) sin signos de neumonía grave, con SpO2≥90% en aire ambiente Las imágenes de tórax (radiografía, tomografía computarizada, ultrasonido) pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o excluír otras complicaciones pulmonares
Enfermedad grave	Neumonía grave	Adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea) más uno de los siguientes: frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/ min; dificultad respiratoria severa; o SpO2<90% en aire ambiente Las imágenes de tórax (radiografía, tomografía computarizada, ultrasonido) pueden ayudar en el diagnóstico e identificar o excluír otras complicaciones pulmonares
Enfermedad crítica	Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda SDRA	Inicio: dentro de 1 semana de lesión clínica conocida (neumonía) o síntomas respiratorios nuevos o deterioro de estos Imagen de tórax: (radiografía, tomografía computarizada o ultrasonido pulmonar) opacidades bilaterales, no explicadas por sobrecarga de volumen, colapso lobar o pulmonar o nódulos. Origen de las opacidades pulmonares; insuficiencia respiratoria no explicada por insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Necesita evaluación objetiva (ecocardiografía) para excluír etiología hidrostática de opacidades/edema, si no hay un factor de riesgo presente Deterioro de oxigenación*: -Leve: 200 mmHg < PaO2/FiO2 < 300 mmHg. -Moderado: 100 mmHg < PaO2/FiO2 < 200 mmHg. -Grave: PaO2/FiO2 < 100 mmHg. Si PaO2 no disponible SaO2/FiO2
	Sepsis	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala SOFA >2 puntos. *Quick SOFA* (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La disfunción orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: Estado confusional agudo, Insuficiencia respiratoria, reducción de diuresis, taquicardia, coagulopatía, acidosis metabólica, elevación del lactato.
	Choque séptico	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM >65 mmHg y lactato >2 mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.

Tabla 2: PSI: Índice de severidad para Neumonía según Fine et al

PNEUMONIA SEVERITY INDEX (PSI)	PUNTUACIÓN
Parámetros demográficos	
Hombre	n° años
Mujer	n° años – 10
Procedente de residencia	+10
Comorbilidad	
Neoplasia	+30
Hepatopatía	+20
ICC	+10
ACV	+10
Nefropatía	+10
Exploración física	
Alteración del nivel de consciencia	+20
FR ≥30rpm	+20
TA sistólica ≤90mmHg	+20
T^{a} <35°C ó >40°C	+15
FC >125lpm	+10
Pruebas complementarias	
pH arterial <7.35	+30
Uremia ≥ 65mg/dl o Creatinina >1.5mg/dl	+20
Na <130mEq/L	+20
Glucosa ≥ 250mg/dl	+10
Hematocrito <30%	+10
pO_2 <60mmHg ó SaO_2 <90%**	+10
Derrame pleural	+10

GRUPO	PUNTOS	DESTINO
I	*	Domicilio**
II	≤70	Domicilio**
III	71-90	Observación y reevaluación**
IV	91-130	Ingreso hospitalario vs UCI
V	>130	Ingreso hospitalario vs UCI

*Los pacientes <50 años, sin comorbilidad y sin alteraciones en la exploración física constituyen el Grupo I.
**No se recomienda tratamiento ambulatorio si PaO_2<60mmHg y/o SaO_2<90%.

- Se recomienda adoptar rigurosamente los criterios de caso confirmado, probable y sospechoso vigentes. Ingresar a las áreas críticas (UCIs o expansión) un paciente que no califica como sospechoso o confirmado reduce la capacidad de respuesta hospitalaria y expone al paciente al contagio(4).
- Se recomienda la aplicación de la escala NEWS-2 por parte de un equipo de respuesta rápida, para establecer el lugar de atención de pacientes con diagnóstico definitivo o sospecha de infección por COVID-19 que encuentran en los servicios de urgencias o de hospitalización (4).

Servicio Amable y Seguro

Tabla N°3: Escala NEWS-2

Early warning score for 2019-nCoV Infected Patients

PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Age				<65			≥65
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Consciousness				Alert			Drowsiness Letargy Coma Confusion
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	

Early warning rules for 2019-nCoV Infected Patients

Score	Risk Grading	Warning Level	Monitoring Frequency	Clinical Response	Solution
0	/		Q12h	Routine Monitoring	/
1 - 4	Low	Yellow	Q6h	Bedside evaluation by nurse	Maintain existing monitoring/ Increase monitoring frequency/ Inform doctor
5 - 6 or 3 in one parameter	Medium	Orange	Q1-2h	Bedside nurse notifies doctor for evaluation	Maintain existing treatment/ Adjust treatment plan/ CCRRT* remote consultation
≥7	High	Red	Continuous	Bedside nurse notifies doctor for emergency bedside evaluation/ CCRRT remote consultation	CCRRT on-site consultation
≥7	High	Black	Continuous	✓ Patients are extremely severe with irreversible end-stage diseases facing death, such as serious irreversible brain injury, irreversible multiple organ failure, end-stage chronic liver or lung disease, metastatic tumors, etc. ✓ Should be discussed urgently by the expert group about the admission decision.	

Early warning score and rules for 2019-nCoV infected patients. *CCRRT: Critical Care Rapid Response Team.
Extraída de Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units— the experience in Sichuan Province, China. Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. Nota: se debe considerar el cambio de la saturación en relación a las ciudades en alturas por encima del nivel del mar.

- La escala NEWS fue obtenida y validada a partir de la información demográfica, clínica y de laboratorio sobre todos los pacientes con A/H7N9 en China. El puntaje es una versión modificada de NEWS-2, edad ≥ 65 años agregada como un factor de riesgo independiente basado en los informes recientes. (Tabla 3) (4).
- Con base en el Score NEWS, se establece el grado de riesgo, categorías de alerta, intensidad del monitoreo y comunicación con el equipo de alerta temprana (4).
- **(Contex*)** La decisión del ingreso a la UCI en pacientes con Score NEWS > o = 7, clasificado en "Nivel de advertencia Negro" ("Pacientes con cuadros severos con lesión de órgano irreversible, como lesión cerebral severa, fallo multiorgánico, enfermedad hepática avanzada o enfermedad pulmonar, tumor metastásico, etc."), será única y exclusivamente por criterio del médico tratante, y solo en casos seleccionados se recurrirá a discusión de casos por "Grupo de expertos" o "Comité de Ética institucional" para definir ingreso o continuidad de estancia en la UCI.
- Decisiones modificadas del documento original adaptadas para Colombia de acuerdo con la escala de puntación:

A. Score 0: manejo domiciliario bajo aislamiento y advertencia de informar por la aparición de signos de alerta.

B. Score 1. Manejo domiciliario y seguimiento (monitoreo) clínico en casa

C. Score 2-4. Sala de hospitalización.

D. Score 5-7: cuidado intermedio (para Colombia, intensivos – área atención COVID-19)

E. Score ≥7 sin condición extremadamente grave o irreversible; alta probabilidad de recuperación, trasladar a cuidados intensivos

F. Score ≥7 grave y datos de irreversibilidad o enfermedad terminal, sugerimos consultar a experto en bioética, informe a la familia y no ingrese a UCI (4).

- Se recomiendan escalas como el qSOFA y el CURB-65 para apoyar la decisión tomada con base en la escala NEWS-2. Sin embargo, un qSOFA mayor o igual a 2 puntos (mínimo 2/3) y un CRB-65 mayor o igual 2 puntos tienen baja sensibilidad (*alta incidencia de falsos negativos*) para identificar pacientes que puedan requerir ingreso a UCI (4).

Tabla 4: Escala q-SOFA:

q-SOFA	
Alteración del nivel de conciencia.	Escala de Glasgow ≤ 13
Tensión Arterial sistolica	<100 mmHg
Frecuencia respiratoria	≥ 22 rpm

Escala SOFA:

SOFA score	0	1	2	3	4
Respiration					
PaO_2/FIO_2 (mmHg)	> 400	301–400	201–300	101–200	≤ 100
(kPa)	> 5.3)	(4.1–5.3)	(2.8–4.0)	(1.4–2.7)	≤ 1.3)
Coagulation					
Platelets ($x10^3/mm^3$)	> 150	101–150	51–100	21–50	≤ 20
Liver					
Bilirubin (mg/dl)	< 1.2	1.2–1.9	2.0–5.9	6.0–11.9	≥ 12.0
(µmol/l)	< 20)	(20–32)	(33–101)	(102–204)	≥ 204)
Cardiovascular					
Hypotension	No hypotension	MAP < 70 mmHg	Dopamine ≤ 5 or dobutamine (any dose)*	Dopamine > 5	Dopamine > 15
Central nervous system					
Glasgow coma score	15	13–14	10–12	6–9	< 6
Renal					
Creatinine (mg/dl)	< 1.2	1.2–1.9	2.0–3.4	3.5–4.9	> 5.0
(µmol/l)	< 110)	(110–170)	(171–299)	(300–440)	> 440)
or urine output				< 500 ml/day	< 200 ml/day

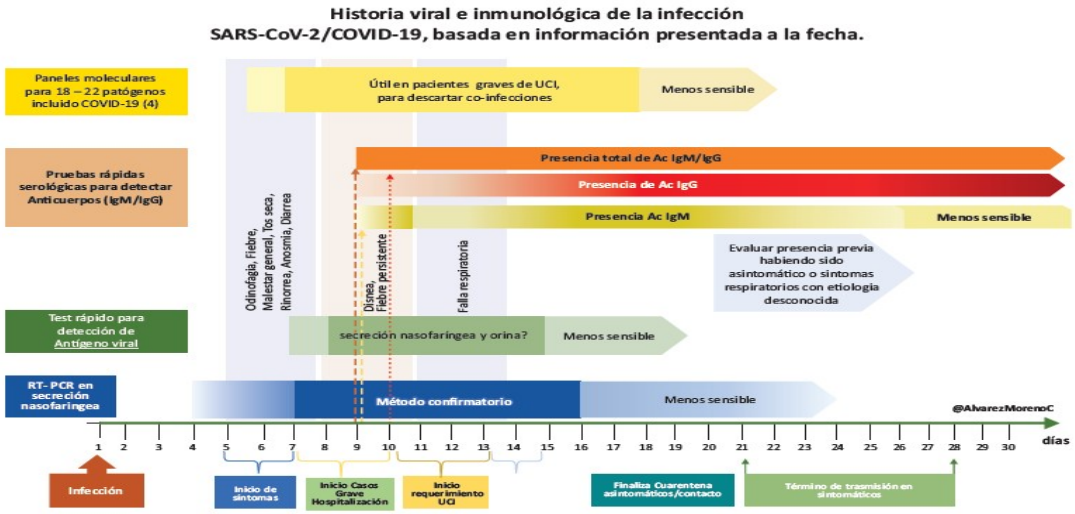
* adrenergic agents administered for at least 1 h (doses given are in µg/kg/min)

4.1 DIAGNOSTICO

"El diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 es un constructo, entre el juicio clínico y pruebas diagnósticas como son: imágenes (como tomografía de tórax con cortes de alta resolución), marcadores de compromiso sistémico y estudios para documentar directa o indirectamente la presencia del virus (RT-PCR (Reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real) y pruebas serológicas (IgM/IgG por diferentes técnicas)). Desafortunadamente debido a las implicaciones que conlleva el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 es necesario en lo posible, documentar la presencia del virus. Esta situación se dificulta cuando el rendimiento de estas pruebas no es perfecto, presentando un porcentaje significativo de falsos negativos".

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
Servicio Amable y Seguro

- La confirmación por laboratorio de infección por SARS-CoV - 2 se realiza **con <u>RT-PCR COVID 19 (CUPS 908856 IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES).</u>**
- Se recomienda la realización de RT-PCR de SARS-CoV-2/ COVID-19 a muestras de esputo, aspirado nasofaríngeo, orofaríngeo, aspirado traqueal o hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo, o dos muestras de hisopado según disponibilidad de hisopos.
- Se considera que la mejor muestra es el aspirado traqueal seguido de nasofaringe.
- En caso de tomar dos muestras de hisopado, usar hisopos independientes, los hisopos deben ir embalados en un solo medio de transporte**.**
- En caso de tomar hisopado nasofaríngeo hacerlo por ambas fosas nasales.
- **<u>Context*:</u>** <u>En la FHSJB se protocoliza como método de toma de muestra: Hisopado Naso y Oro faríngeo.</u>
- El rendimiento diagnóstico de la RT-PCR es: <u>sensibilidad del 80% y especificidad el 99%</u>, y se ha observado que con el pasar del tiempo a partir del inicio de los síntomas, la probabilidad de detectar partículas virales en muestras respiratorias disminuye progresivamente, en especial después del día 10 (1).
- Se recomienda la realización de una segunda prueba de RT-PCR a las 72 horas (según disponibilidad), en pacientes con la primera prueba negativa con alta sospecha de neumonía por SARS CoV2 / COVID 19 (1).
- Se recomienda antes del día 10 de síntomas realizar pruebas moleculares (RT-PCR), para el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 (1).



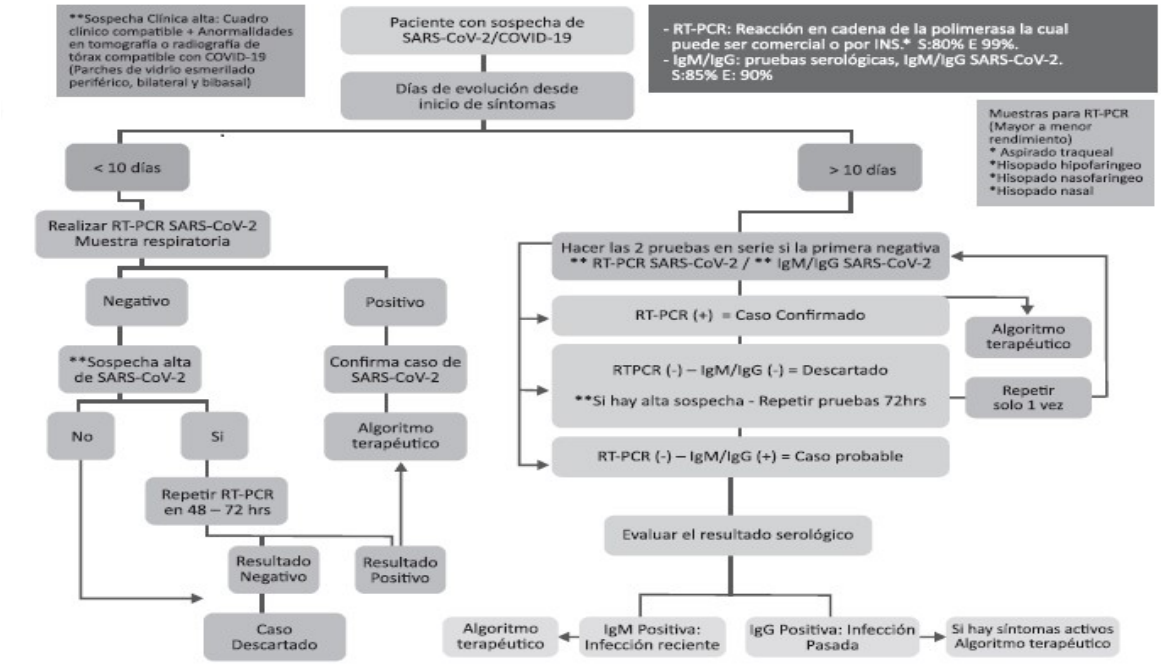
- Se recomienda después del día 10 de síntomas realizar pruebas moleculares (RT-PCR), si estas son negativas realizar al día 14 pruebas de detección de IgM/IgG (ELISA o Inmunocromatográficas). En este escenario sería un caso probable de infección por SARS-CoV-2 (1).
- Las pruebas serológicas IgM/IgG (ELISA o Inmunocromatográficas) identifican la presencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2, pero no se consideran pruebas diagnósticas y no se recomienda su uso para descartar un caso de infección aguda, teniendo en cuenta que la aparición de los anticuerpos está descrita desde el día 5° de la fase sintomática, pero no se

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
Servicio Amable y Seguro

observa en el 90% de los casos sino hasta el día 14. Existe una zona gris para el diagnóstico entre el día 7º y 10º, donde podría ser necesario aplicar las dos pruebas tanto serológicas como moleculares (5).

- Se podrán realizar pruebas rápidas serológicas de anticuerpos IgM/IgG a las siguientes personas con síntomas leves probable de COVID-19, sin factores de riesgo, que tengan por lo menos 11 días desde el inicio de los síntomas.
  Nota: *Si la persona presenta menos de 11 días de síntomas, se debe aplicar la prueba molecular RT-PCR* (5).
- Los estudios serológicos pueden ayudar a la investigación de un brote en curso, con la evaluación retrospectiva de la tasa de ataque o en casos donde las pruebas moleculares fueran negativas y existe un fuerte vínculo epidemiológico. Igualmente pueden constituirse en ayudas diagnósticas en los casos con cuadros clínicos altamente sugestivos dados por imágenes diagnósticas, aumento de dímero D, Proteína C Reactiva, ferritina y LDH, linfopenia y trombocitopenia (5).
- Las pruebas deben ser idealmente tomadas de forma pareada (en la fase aguda y convaleciente), porque existe probabilidad de reacción cruzada a otros coronavirus previamente expuestos (1).
- Se recomienda en personas con contacto estrecho no protegido que presenten síntomas durante los 14 días iniciales de aislamiento, realizar algoritmo diagnóstico (RT PCR o serología IgG/IgM). Si esta es positiva debe ir a 14 días más de aislamiento si presenta síntomas leves o 28 días si presenta síntomas moderados a severos. Si es negativa se descarta caso (1).
- No se recomienda la realización de las pruebas diagnósticas previo a la realización de procedimientos quirúrgicos dado que su rendimiento en pacientes asintomáticos no permite predecir el desarrollo de enfermedad (1).

Flujograma N° 2: Diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19



Documento protegido por políticas de seguridad de la información

4.2 LABORATORIO Y AYUDAS DIAGNOSTICOS

- Se considera que en ausencia de alteración de signos vitales o de la oxigenación y sin factores de riesgo, no se requiere solicitar exámenes de apoyo (1).
- En todo paciente sintomático respiratorio en quien clínicamente se sospeche neumonía, o en todo paciente con alteración de signos vitales, de la oxigenación que requiere manejo en hospitalización o UCI se deben solicitar los siguientes paraclínicos (1):

○ Hemograma	○ Proteína C Reactiva (PCR)
○ Enzimas hepáticas	○ Bilirrubinas
○ Función renal	○ LDH
○ CK	○ Troponinas
○ EKG	○ Dimero D
○ Electrolitos	○ Glucometría
○ Gases arteriales	○ Ferritina

- Se consideran **Marcadores paraclínicos de mal pronóstico (1):**

○ Linfopenia<800 cel	○ EKG alterado
○ Trombocitopenia<150.000	○ QT- largo
○ LDH >350 UI/L	○ PCR elevada > a 10mg/L
○ Dímero D>1000 ng/ml	○ Rx Tórax anormal
○ Desat-Gases arteriales	○ Ferritina > 300 ng/ml
○ Troponina positiva	

- La radiografía de tórax es la imagen de primera línea y debe solicitarse preferiblemente portátil a todo caso sospechoso o confirmado de Covid-19 con factores de riesgo para gravedad o ante sospecha de neumonía. (1) (Ver abordaje inicial **Flujograma N°1**)
- Se recomienda la realización de TAC de tórax (TACAR) en los siguientes escenarios: pacientes con presentación severa de la enfermedad, con sospecha de neumonía por COVID 19 y radiografía de tórax normal, y aquellos con alteraciones radiológicas inespecíficas a quien se desea descartar un diagnóstico alterno. (1)
- Se sugiere la realización de TAC de tórax (TACAR) para la valoración de pacientes con curso clínico no esperado, para detectar complicaciones y se considera que debería implicar cambios en la conducta terapéutica. (1)
- Se considera que la presencia de opacidades parenquimatosas (vidrio esmerilado / consolidación) de distribución periférica y predominio basal pueden sugerir el diagnóstico de neumonía por COVID-19, en un contexto clínico apropiado. (1)

4.3 CLASIFICACION

Ver **Clasificación Clínica de casos y evaluación de riesgo**, al inicio de esta sección 4.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE
San José
Servicio Amable y Seguro

4.4 TRATAMIENTO

- El personal que atiende el paciente llevará todos los elementos de protección personal (EPP) según protocolo establecido por servicios (**Ver Anexo 3:** "Elementos de protección personal covid-19").
- (Contex*) El abordaje inicial de urgencias en el paciente con sospecha de SARS-CoV-2/Covid-19 implica el enfoque de valoración establecido en los protocolos de RCP (Reanimación cardiopulmonar): A (Vía aérea), B (Ventilación), C (Circulación).
- Se recomienda iniciar soporte respiratorio en insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SARS-CoV-2/COVID-19 en pacientes con (1):
  - Criterios clínicos: Disnea moderada-grave con signos de trabajo respiratorio y/o uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico, o
  - Taquipnea mayor de 30 rpm, o
  - Criterios gasométricos: PaO2/FiO2 <200 pH< 7,35 con PaCO2>45 mm Hg. (1)
- Se dan las siguientes recomendaciones para el proceso de Intubación orotraqueal (IOT) (1):
  - El procedimiento debe ser realizado por la persona más entrenada en el equipo y en caso de vía aérea difícil ser intervenida por un experto (Especialista de Cuidado Critico o Anestesiólogo).
  - Realizar una evaluación de la vía aérea adecuada que permita definir cuáles pacientes tienen riesgo de vía aérea difícil y de esta manera definir un plan adicional. (1)
  - Usar dispositivos supraglóticos solo en pacientes con vía aérea difícil y sin personal apto para la intubación; se debe optar en corto tiempo por una vía aérea definitiva con intubación orotraqueal.
  - La IOT despierto no está indicada, excepto en algunos casos de alto riesgo de broncoaspiración.
  - Usar un sistema de succión cerrado y no se recomienda preoxigenación con bomba de oxígeno (Ambu) a presión positiva.
  - En pacientes que requieren IOT sin vía aérea difícil predicha, se debe realizar una secuencia de inducción rápida, que incluye los inductores y coadyuvantes elegidos por el médico a cargo y un relajante muscular tipo despolarizante (succinilcolina 1 - 2 mg/kg) o no despolarizante (rocuronio 3 DE 95: 0.9 mg/kg).
  - Se recomienda utilizar lidocaína en dosis de 1mg/kg IV en dosis única durante la inducción, para disminuir el riesgo de tos inherente al procedimiento.
  - La laringoscopia puede ser realizada con video laringoscopio o con el dispositivo que el médico considere tenga más experticia, solo se prescindirá de éste en caso de que no se encuentre disponible rápidamente y prime la necesidad aseguramiento de vía aérea.
  - Insuflación de neumotaponador rápido para disminuir el riesgo de dispersión de aerosoles, siempre confirmar presión, por medio del manómetro, la cual debe ser entre 20 - 30 cm H2O para evitar lesiones de la vía aérea.
  - Utilizar un filtro de alta eficiencia que debe ser instalado entre el tubo orotraqueal y el circuito y otro al final del circuito respiratorio.
  - **(Contex*)** Se recomienda uso de capnografía en todos los pacientes ventilados, según disponibilidad.

Documento protegido con políticas de seguridad de la información
FUNDACIÓN
Servicio Amable y Seguro

- No se deben realizar maniobras durante el manejo de la vía aérea que puedan generar aerosoles, entre estas la ventilación con presión positiva con dispositivo máscara - válvula – bolsa (1).
- No se recomienda el uso de ventilación mecánica no invasiva. (1)

- Puntos de buena práctica en ventilación: Se sugieren los siguientes parámetros de ventilación en pacientes con SARS-CoV-2 (1):

  Volumen Corriente:
  - Utilizar el peso ideal para establecer el volumen corriente inicial.
  - Usar volúmenes corrientes bajos ventilatorios (6 cc/kg).
  - Monitorizar el VT teniendo como meta una Presión meseta < 30 cm de H2O.
  - Monitorizar el VT teniendo como meta una Presión de conducción < 15.
  - Iniciar soporte con intercambiador de CO2 en pacientes con SDRA que requieren volumen corriente menor a 4 cc/kg de peso corporal.

  PEEP:
  - En pacientes con SDRA leve y moderado el uso de PEEP entre 5 y 10 cm H2O.
  - En pacientes con SDRA severo iniciar con PEEP entre 10 y 16 cm H2O con posterior titulación.
  - Para la titulación de PEEP el uso de la tabla de FiO2/PEEP para el abordaje inicial En pacientes con SDRA moderado a severo, el uso de presión de conducción para la titulación de PEEP.
  - En pacientes con SDRA moderado a severo, el uso de capnografía volumétrica para la titulación de PEEP.
  - Relajación Muscular: se sugiere el uso de cisatracurio en las primeras 48 horas, en pacientes con PaO2/FiO2 < 150 mmHg, durante un periodo de 48 horas y monitoreo de la relajación.

- Se sugiere tener en cuenta las siguientes medidas no farmacológicas (1):
  - Evitar el uso rutinario de óxido nítrico en pacientes con SDRA.
  - Manejo restrictivo de líquidos.
  - Evitar el uso rutinario de dextranos, almidones y gelatinas en SDRA.
  - Uso de albúmina para pacientes con SDRA en la fase de reanimación para garantizar un balance neutro o negativo.
  - Uso de soluciones balanceadas en pacientes con SDRA.
  - Evitar el uso rutinario del catéter de arteria pulmonar en SDRA.
  - Se sugiere el Inicio temprano de estrategias de ventilación en prono por al menos 16 horas continuas en paciente con SDRA y PaO2 /FiO2 menor a 150 y la termodilución transpulmonar para monitorizar el manejo de líquidos en pacientes con SDRA moderado a severo.

4.5 ESPECIFICACIONES DE MEDICAMENTOS

- Se sugiere **evitar el uso de corticosteroides de manera rutinaria** en pacientes con infección por SARS-CoV-2 (1).
- Se recomienda el uso de **dexametasona en pacientes con requerimiento de oxígeno o ventilación mecánica** preferiblemente con **más de 7 días desde el inicio de síntomas (1).**

Documento propiedad de políticas de Seguridad de la Información
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE BUGA
Servicio Amable y Seguro

- Considerar el uso de corticoides con otras indicaciones diferentes a COVID-19 en las cuales se considere eficaz (exacerbación de EPOC, crisis asmática, shock séptico con uso de dosis altas de vasopresores, insuficiencia adrenal, etc.) (1).
- Para el uso de dexametasona se debe descartar infección por Influenza; en caso de que se documente esta, no se debe usar el medicamento (1).
- En caso de no disponibilidad de dexametasona se pueden utilizar dosis equivalentes de metilprednisolona, hidrocortisona o prednisolona (1).
- En pacientes que reciban esteroides se es deseable el uso de ivermectina para profilaxis de infección por *Strongyloides stercolaris (1).*

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

Dosis de corticoide para uso en SARS-CoV-2	
Corticoide	Dosis recomendada
Dexametasona	6 mg IV día
Hidrocortisona	80 mg IV cada 12 horas
Metilprednisolona	32 mg IV día
Prednisolona	40 mg VO día

- Se recomienda que la **duración del tratamiento con corticoide sea hasta por 10 días**. Los pacientes que reciban esta terapia deben ser desparasitados con ivermectina 1 gota/Kg dosis única vía oral. IV intravenoso. VO Vía oral (1).
- Se sugiere **no usar en la práctica clínica Hidroxicloroquina o Cloroquina** en el manejo de pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19. El uso de Hidroxicloroquina o Cloroquina solo se considerará en el escenario de un experimento clínico aprobado.
- No se emite recomendación a favor o en contra para el uso de Lopinavir/Ritonavir en pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19. **El uso de Lopinavir/ritonavir solo se considerará en el escenario de un experimento clínico aprobado**.
- **Se recomienda no usar Azitromicina como antiviral sola o en combinación** en pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19.
- Se sugiere que la terapia con **interferón B** como antiviral en infección por SARS-CoV-2/COVID-19 se considere **solo en escenarios de experimentos clínicos aprobados**.
- Se sugiere que el uso de **Remdesivir** como antiviral en infección por SARS-CoV-2/COVID-19 se considere **solo en escenarios de experimentos clínicos aprobados**.
- Se sugiere que el uso de **Ivermectina como antiviral** en infección por SARS-CoV-2/COVID-19 se considere **solo en escenarios de experimentos clínicos aprobados**.
- Se recomienda **no usar inhibidores de neuroaminidasa (oseltamivir) en infección por SARS CoV2** ya que no tiene actividad frente a SARS-CoV-2/COVID-19.
- Si se sospecha infección por Influenza, o se tiene evidencia de la misma está indicado el uso de oseltamivir. (1)
- **(Contex*)** Se debe iniciar antibioticoterapia si se sospecha sobreinfección según protocolo institucional (**GUA/2002/018-16**, versión 06 – mayo 2019 y **GUA/2002/019-13**, versión 05 – mayo 2019).
- En pacientes con enfermedad cardiovascular no se debe suspender IECA/ARA2.

- Se recomienda tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular a todos los pacientes sin contraindicación expresa para la misma y en especial aquellos pacientes con un puntaje de coagulopatía asociada a sepsis > 4 o dimero D 6 veces el control (1).

Tabla N°5: Puntaje para el diagnóstico de coagulopatía inducida por sepsis.

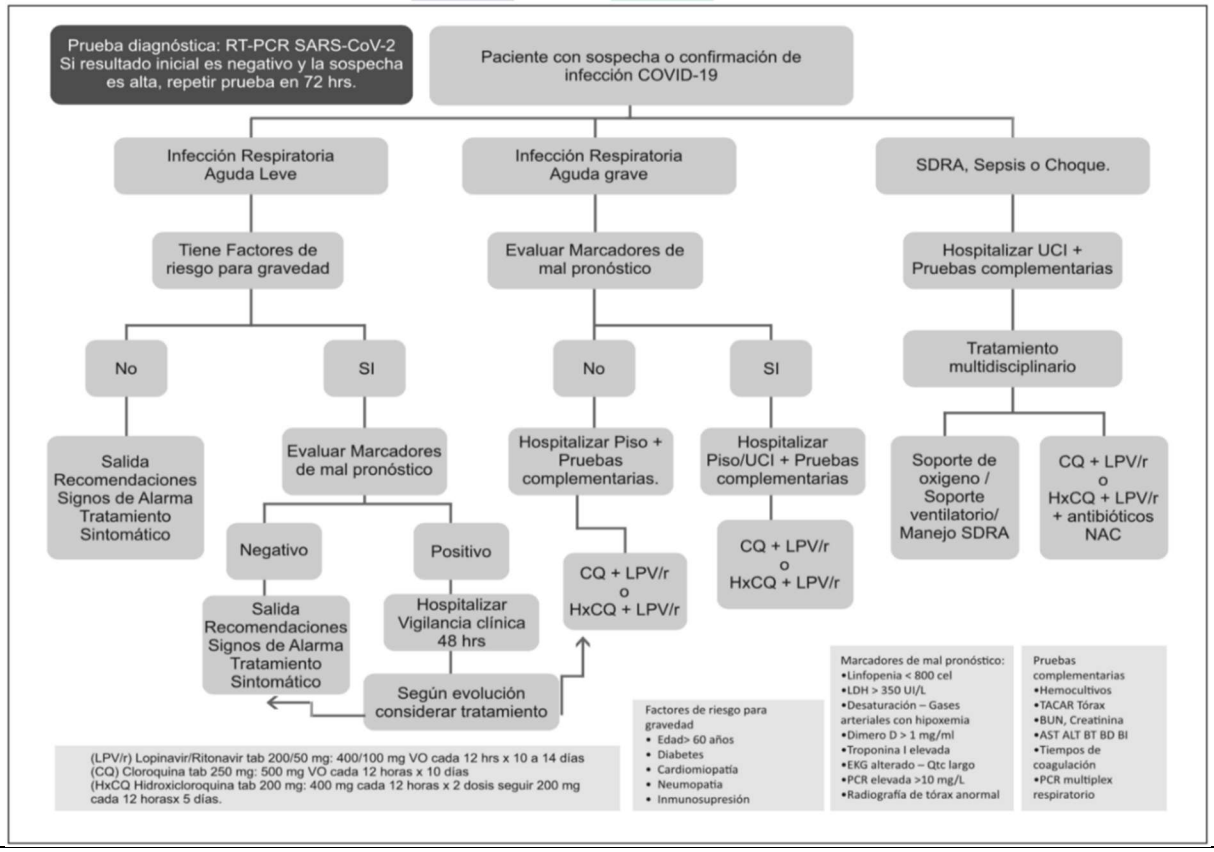
Categoría	Parámetro	0 puntos	1 punto	2 puntos
Tiempo	PT-INR	≤1.2	>1.2	>1.4
Coagulación	Recuento de plaquetas	≤150.000	<150.000	<100.000
SOFA	SOFA 4 parámetros		0 a	≥2

New criteria for sepsis induced coagulopathy (SIC) following the revised sepsis definition: a retrospective analysis of a nationwide surveylba et al. BMJ Open 2017: e017046

- Punto de buena práctica: Prestar especial atención a los síntomas de fenómenos trombóticos como infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, trombosis de senos venosos para iniciar tratamiento anticoagulante pertinente. (1)

4.7 CRITERIOS HOSPITALIZACION

Flujograma N°2: Definición de conducta:



- Se recomienda que el área donde permanecerá el paciente debe estar separada de las demás con el fin de disminuir la probabilidad de contacto del caso con otros pacientes (1).
- Se recomienda que desde el momento del ingreso el paciente sea trasladado a una habitación individual, bien ventilada (1).
- Se recomienda que en casos donde el número de pacientes sobrepase la capacidad instalada de habitaciones de acomodación individual, se realice una cohorte de pacientes, garantizando una distancia mínima de 2 metros entre paciente y paciente (1).
- Se recomienda instaurar precauciones de contacto y gotas en los pacientes hospitalizados e infectados por SARS-CoV-2/COVID-19, el personal de salud que ingrese a la habitación del paciente debe usar mascarilla quirúrgica, bata, guantes limpios, monogafas y gorro (opcional) (1).
- En caso de procedimientos con producción de aerosoles se recomienda instaurar precauciones de aerosoles, con uso de respirador N95 (1).
- Se recomienda retirar el aislamiento, bajo cualquiera de las siguientes estrategias (1):
- **Estrategia basada en síntomas:** Después de al menos 10 días desde el inicio de síntomas, al menos 72 horas de resolución de fiebre sin el uso de medicamentos antipiréticos y la mejoría de los síntomas respiratorios (tos y disnea).
- **Estrategia basada en PCR:** Después de al menos 10 días desde el inicio de síntomas, mejoría clínica al menos por 3 días y una PCR negativa tomada posterior al día 9 de inicio de síntomas.
- **Context*:** La FHSJB adopta la **"Estrategia basada en síntomas",** lo que incluye "el no requerimiento de oxígeno suplementario o terapia respiratoria" como parte de la mejoría de los síntomas.
- Se sugiere, en caso de disponibilidad, mantener el aislamiento de pacientes infectados con SARS CoV-2/COVID-19 hasta la obtención de una (1) RT-PCR para SARS CoV-2/COVID-19 negativas consecutivas. (1)
- Si no es posible controlar con RT-PCR, se recomienda extender el aislamiento de pacientes infectados con SARS CoV-2/COVID-19 confirmados hasta completar el periodo máximo registrado de diseminación viral de 14 a 28 días, de acuerdo con la gravedad de los síntomas. (1) **Context*:** según "Estrategia basada en síntomas", esto aplica para pacientes con persistencia de síntomas (lo que incluye oxigeno requirientes o que requieren procedimientos generadores de aerosoles).

4.8 CRITERIOS DE REMISIÓN

- En caso de requerirse ayudas diagnosticas o servicios no disponibles en la institución se deberá iniciar proceso de remisión.

5 CRITERIOS DE EGRESO Y PLAN DE SALIDA

Criterios de curación y alta hospitalaria

- Se recomienda dar de alta a los pacientes y continuar aislamiento en casa si cumplen los siguientes criterios:

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE BUGA Servicio Amable y Seguro

- Ausencia de fiebre > 48 hs sin antipiréticos
- Mejoría clínica de síntomas respiratorios e hipoxemia
- No requiere hospitalización por otras patologías
- Tolerancia vía oral. (1)

6 ACTUALIZACIÓN

Se trata de una versión provisional de una Guía de manejo en el contexto de la pandemia por SARS CoV-2/COVID-19. Se realizarán las actualizaciones con la frecuencia que sea necesaria, acorde con los cambios en las disposiciones del Ministerio de salud, las sociedades científicas y según el avance en el reporte de nueva evidencia para el manejo de esta patología.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

7 REFERENCIAS

1. **"CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2/COVID-19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD, SEGUNDA EDICION".** ACIN (Asociación colombiana de infectología) y IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), publicado en la revista **"Infectio",** Volumen 24, Numero 3, marzo de 2020. (Adendo: Actualización junio 27 de 2020).
2. **"ORIENTACIONES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA COVID-19",** Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Versión 2, 23 de julio de 2020.
3. **"INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO, CODIFICACIÓN Y REPORTE DE COVID-19".** Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, abril de 2020, PSPS01, Versión: 1.
4. **"DECLARACIÓN DE CONSENSO EN MEDICINA CRÍTICA PARA LA ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DEL PACIENTE CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE COVID-19**". Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI, Actualización julio 17 de 2020.
5. **"LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS MOLECULARES RT-PCR Y PRUEBAS SEROLÓGICAS DE ANTICUERPOS PARA SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA".** Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Versión 4, julio de 2020.
6. **"BOLETINES COVID-19 VALLE DEL CAUCA".** Secretaria de salud departamental del valle del cauca. Cali, 22 de julio de 2020.

San José
Servicio Amable y Seguro

8. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	CONTROL DE CAMBIOS	VERSIÓN	RESPONSABLE
02/04/2020	Emisión de documento original	001	Dr. William Millán Dr. Luis Guillermo Franco Dr. Camilo Salazar
13/04/2020	Se incluye actualización de clasificación diagnóstica, se anexan factores de riesgo no considerados anteriormente, se incluye ferritina con estudio paraclinico (incluye rango que denota severidad). Ademas se hace referencia al Anexo 3: "LCH/3200/012-20 Secuencia para colocarse y retirarse el equipo de protección personal -EPP".	002	Dr. Luis Guillermo Franco
30/07/2020	Se incluyen nuevas recomendaciones de ACIN, Actualización del 27 de Junio de 2020 en lo referente a: Clasificación de gravedad, pruebas diagnósticas y tratamientos avalados. Se incluyen cambios de definiciones de caso según nuevas orientaciones de vigilancia en salud pública del INS actualizadas al 23 de Julio de 2020.	004	Dr. Luis Guillermo Franco

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

ELABORÓ: Luis Guillermo Franco Vásquez – Coordinador de Auditoría Médica. Camilo Salazar – Médico en Servicio Social Obligatorio. **DOCUMENTÓ:** Profesional Administrativo – Procesos - Afiliado Partícipe Agesoc.	**REVISÓ:** William Millán Orozco- Coordinador Médico de Urgencias. **FIRMA:** 1147997785.	**APROBÓ:** Carlos Guillermo Sánchez – Subgerente de Salud. **FIRMA:**

Servicio Amable y Seguro

ANEXO 1: DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO PARA IRA ASOCIADA AL NUEVO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19).

Los casos atendidos por una IPS deben ser ingresados en el aplicativo Sivigila desde su estado **probable**. Si los casos de la vigilancia rutinaria fuesen ingresados solo cuando son confirmados se estaría incumpliendo con el indicador de oportunidad en la vigilancia, en un Evento de Salud Pública de Interés Internacional - ESPII.

La ficha Cód. 346 será el centro de la vigilancia rutinaria para los diferentes tipos de caso. No se seguirá utilizando los Códigos 345 o 348 para la vigilancia de COVID-19, excepto que, con estos, se detecten casos desde la vigilancia rutinaria de IRA, que es la utilidad de esta vigilancia.

Las definiciones operativas de caso están sujetas a cambios y serán actualizadas de acuerdo con la dinámica del evento.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

DEFINICIONES DE CASO PROBABLE DE COVID-19:

TIPO DE CASO	DEFINICIÓN
Caso probable 1 Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave. (Cód. 346)	Persona con **al menos uno de los siguientes síntomas**: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia **que requiera hospitalización**, y que cumpla **con al menos una de las siguientes condiciones**: • Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. • Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor. • Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19. • Miembro de población especial tales como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes. • Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral. *** • Adulto mayor de 60 años. • Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y fumadores. • Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema. • Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días

	(inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.
Caso Probable 2 **Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario. (Cód. 346)**	Persona con **al menos uno de los siguientes síntomas**: fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/astenia, anosmia o hipogeusia **que no requiera hospitalización** y que cumpla **con al menos una de las siguientes condiciones**: • Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. • Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor • Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19. • Miembro de población especial tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes. • Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral *** • Adulto mayor de 60 años • Personas con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores. • Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema. • Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.
Caso Probable 4 **Muerte probable por COVID-19 (Cód. 346)**	Todas las muertes por **infección respiratoria aguda grave** con cuadro clínico de etiología desconocida durante la consulta, la admisión, la observación, la hospitalización o en el domicilio y que cumpla con **alguna de las siguientes condiciones**: • Historial de viaje o residencia en zonas de Colombia o de otros países con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.

Documento protegido con políticas de seguridad de la información
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ
Servicio Amable y Seguro

Caso Probable 4 **Muerte probable por COVID-19 (Cód. 346)**	• Trabajador de la salud o de la protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor • Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19. • Miembro de población especial tal como Policía, Fuerzas Militares, establecimientos penitenciarios, estaciones de policía, URI, grupos étnicos, en situación de calle, privada de la libertad o migrantes. • Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral *** • Adulto mayor de 60 años • Persona con comorbilidad o condiciones tales como diabetes, enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión y ACV), VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedad renal, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, EPOC y asma, uso de corticoides o inmunosupresores, mal nutrición (obesidad y desnutrición) y, fumadores. • Cuadro clínico inusual como diarrea, trastorno de la coagulación o eritema. • Prueba serológica para anticuerpos específicos IgM positivos tomada después de los 11 días (inmunocromatografía) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas. Todas las muertes deben ser evaluadas para establecer el agente etiológico, incluyendo SARS-CoV-2 (COVID-19). Esto incluye una evaluación de los contactos para COVID-19.
Caso 5 **Caso asintomático. (Cód. 346)**	Es considerado caso asintomático: • Contacto estrecho** de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida †. • Personas asintomáticas para COVID-19 que en los últimos treinta (30) días haya sido sometido a un tamizaje previo por un procedimiento quirúrgico (por ejemplo, trasplante), para el ingreso o el retorno al trabajo, para el monitoreo de riesgo en una población cerrada o por iniciativa propia. Los contactos estrechos de caso confirmado son registrados inicialmente en el formato "*Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19*" (Apéndice 2 a la notificación de los casos 346) e ingresados a Sivigila (o CoronApp médico) mediante el Cód. 346 cuando sean contactados uno a uno para la evaluación de síntomas sea por rastreo manual (IEC) o digital (llamada o contact center). A las personas asintomáticas que no sean contactos estrechos de caso confirmado se les debe diligenciar ficha

Documento protegido con políticas de seguridad de la información

Caso 5 **Caso asintomático. (Cód. 346)**	Cod-346 pero se ingresan en el sistema sólo si fueron positivas.

+El Caso 3 fue excluido de las definiciones de caso. Paulatinamente se irá retomando la vigilancia centinela de virus respiratorios para la determinación de la circulación de otros virus. Se mantuvo la numeración del tipo de caso por su uso frecuente en los equipos de vigilancia.

DEFINICIONES:

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

***Transmisión local comunitaria:**
El Ministerio de Salud y Protección Social clasifica los municipios según su afectación como No-Covid, leve, moderada o alta. Se considerará circulación comunitaria activa los municipios con clasificación de afectación **moderada o alta**. La tabla puede ser consultada en: https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/e18894fa4dd546d094e826717956 2413. Esta tabla es actualizada el martes de cada semana.

****Contacto estrecho:**

Los contactos estrechos pueden ser comunitarios, en el transporte o del personal de salud.
Contacto estrecho comunitario:
Cualquier persona, con exposición no protegida†, que haya compartido en un espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19, sin importar que tenga o no síntomas. Esto puede incluir las personas que conviven, trabajan, visitantes a lugar de residencia; también haber estado en contacto sin protección adecuada con secreciones infecciosas (por ejemplo: secreciones o fluidos respiratorios o la manipulación de los pañuelos utilizados). Puede considerase que cuando dos personas (uno, es un caso confirmado) comparten el mismo lugar por más de 120 minutos son contactos estrechos.

Contacto estrecho en el transporte:
En los aviones u otros medios de transporte, se consideran contacto estrecho a la tripulación/conductor que tuvo contacto o exposición no protegida † con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 y a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de dicho caso confirmado por más de 15 minutos. †

Contacto estrecho del personal de la salud:
Cualquier trabajador en triaje, consulta, central de muestras, laboratorio, salas de procedimientos, observación, hospitalización o en la vigilancia en salud pública con exposición no protegida †,:

- Trabajador de la salud que no utilizó respirador de alta eficiencia N95 o superior durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos).
- Trabajador del ámbito hospitalario que realizó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y no utilizó los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

Las exposiciones del personal sanitario también incluyen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 o contacto con material potencialmente infeccioso de COVID-19 y no uso de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

† Ejemplos de exposición no protegida:
Exposición sin todos los elementos de protección personal (guantes, gorro, tapabocas, monogafas o pantalla facial completa, bata manga larga antifluido) a secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19 o inadecuada higiene de manos posterior al contacto directo con secreciones respiratorias de caso confirmado para COVID-19.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

***** Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral:**
Son personas que como parte de su ocupación requieren movilizarse a diferentes zonas de los municipios o entre municipios, lo que hace que se presente mayor riesgo de contagio; entre estas ocupaciones están trabajadores del sector bancario, transportadores, empleados de grandes superficies o mercados, empleados de servicios generales, servicios públicos o domésticos, empleados de hotelería y turismo, trabajadores comerciales, empleados de construcción, manufactura, entre otros. Estas personas hacen parte de los sectores que fueron constituidos como excepciones del aislamiento preventivo obligatorio regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19:

TIPO DE CASO	DEFINICION
Caso 1 **Infección Respiratoria Aguda <u>Grave</u> o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave. (Cód. 346)**	**Caso confirmado por laboratorio:** caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2 **Caso confirmado por nexo epidemiológico**: caso probable con RT-PCR o prueba antigénica NEGATIVA que cumple con uno de los siguientes criterios • La persona tuvo contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 entre 2 días antes y 14 días después del inicio de síntomas de esa persona. • Al menos un contacto estrecho de la persona es detectado como caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección.
Caso 2 **Infección Respiratoria Aguda <u>leve o moderada</u> por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346)**	**Caso confirmado por laboratorio:** caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2 **NO se ha establecido definición de caso confirmado por nexo epidemiológico para el nivel leve o moderado.**

Caso 4 **Muerte por COVID-19. (Cód. 346)**	**Muerte confirmada por laboratorio:** muerte probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2 pre o postmórtem. **Muerte confirmada por nexo epidemiológico**: muerte probable con RT-PCR o prueba antigénica NEGATIVA que cumple con uno de los siguientes criterios: • La persona fallecida tuvo contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 entre 2 días antes y 14 días después del inicio de síntomas de esa persona. • Al menos un contacto estrecho de la persona fallecida es detectado como caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección. La sensibilidad y la especificidad de esta clasificación aumentan con el uso de criterios clínicos tales como los hallazgos radiológicos pulmonares (opacidades parenquimatosas en vidrio esmerilado o consolidación periférica y de predominio basal), aumento de dímero D, PCR, ferritina o LDH, así como la linfopenia y la trombocitopenia. Estos criterios clínicos son importantes para el análisis de las muertes con prueba confirmatoria negativa, de acuerdo con el Anexo del procedimiento unidad de análisis y los lineamientos del MSPS.
Caso 5 **Caso asintomático. (Cód. 346)**	**Caso confirmado por laboratorio:** caso probable con RT-PCR o prueba antigénica positiva para SARS-CoV-2. **NO se ha establecido definición de caso confirmado por nexo epidemiológico para el nivel leve o moderado.** *Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática.*

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ
San José
Servicio Amable y Seguro

ANEXO 2: INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO, CODIFICACIÓN Y REPORTE DE COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha actualizado las recomendaciones sobre la codificación de los casos confirmados y sospechosos del COVID-19, y el uso de códigos adicionales. Así, el 27 de marzo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publica los códigos de uso de emergencia de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) asignados por la OMS para la enfermedad COVID-19.

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

Las siguientes instrucciones son válidas para todos los registros de atención que se utilizan en el sistema de salud, incluyendo los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el registro de prescripciones (MIPRES), las historias clínicas, epicrisis y otros registros de morbilidad implementados por las entidades.

se debe registrar en el **campo de diagnóstico principal**, el diagnóstico de COVID-19 (U071 / U072), según sea el caso, si el virus ha sido identificado o no:

1. El código de emergencia CIE-10 con el nombre "**U07.1 COVID-19, virus identificado**" se asigna a un diagnóstico de enfermedad de COVID-19 confirmado por pruebas de laboratorio.
2. El código de emergencia CIE-10 denominado "**U07.2 COVID-19, virus no identificado**" se asigna a un diagnóstico clínico o epidemiológico de COVID-19 cuando la confirmación del laboratorio no es concluyente o no está disponible. Incluye los diagnósticos de Caso Probable o Caso Sospechoso de COVID-19.

FUNDACIÓN HOSPITAL BUGA San José Servicio Amable y Seguro

En los **campos de diagnósticos relacionados**, se registrarán los diagnósticos del síntoma más severo o enfermedad presente, o la comorbilidad preexistente de mayor riesgo para el pronóstico clínico, y los términos que describen historia de exposición (antecedentes de viaje o contacto estrecho con caso confirmado), o intervenciones relacionadas con la realización de pruebas diagnósticas y medidas de aislamiento preventivo u obligatorio.

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

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

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

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

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

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

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
Diagnóstico principal	U072	COVID-19 (virus no identificado)
Diagnóstico relacionado 1	J00-J22; J80 R00–R99 (cód. que aplique)	Registrar Enfermedad respiratoria específica, como Neumonía viral leve o grave, Dificultad Respiratoria Aguda; o signo o síntoma presente más severo o importante.
		Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes,

Documento protegido por políticas de seguridad de la información
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ BOGOTÁ
San José
Servicio Amable y Seguro

Diagnóstico relacionado 2	Código que aplique	enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19.
Diagnóstico relacionado 3	Z208 Z290 Z017 Z038	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles Aislamiento Examen de laboratorio Observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

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

Diagnostico	**Código CIE-10**	**Descripción código diagnóstico**
Diagnóstico principal	U072	COVID-19 (virus no identificado)
Diagnóstico relacionado 1	Z208	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles
Diagnóstico relacionado 2	Código que aplique	Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19.
Diagnóstico relacionado 3	Z290 Z017	Aislamiento Examen de laboratorio

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

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

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

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
Diagnóstico principal	Z711	Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico
Diagnóstico relacionado 1	Z115 (si aplica)	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades virales
Diagnóstico relacionado 2	Z290 (si aplica)	Aislamiento

Documento protegido por políticas de seguridad de la información

FUNDACIÓN HOSPITAL BUGA San José Servicio Amable y Seguro