
	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 1 DE 47	


TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO GENERAL	6
2.1. Objetivos específicos	6
3. ALCANCE	7
4. DEFINICIONES	8
5. ETIOLOGÍA.....	12
6. TRANSMISIÓN.....	13
7. CARACTERISTICAS CLINICAS.....	15
8. EVALUACIÓN PARACLÍNICA	19
9. FACTORES DE RIESGO	21
10. COMPLICACIONES	23
11. TRATAMIENTO Y MANEJO CLÍNICO	24
11.1. Resumen de la Evaluación, Clasificación y Manejo Clínico	27
12. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	31
13. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	32
13.1. Definiciones operativas de caso: vigilancia basada en eventos	33
13.2. Definiciones complementarias	35
14. USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	39
14.1 Tipos de pruebas.....	39
14.1.1. Pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos	39
14.1.2. Pruebas basadas en la detección de anticuerpos.....	39
14.2. Procedimientos diagnósticos	40
14.2.1 Prueba RT- PCR SARS COV 2.....	40
14.2.1.1. Conducta a seguir según ámbito y resultados de la prueba.	41
14.2.2. Pruebas rápidas serológicas (anticuerpos IgM/ IgG)	42
14.2.2.1. Conducta.....	43
15. BIBLIOGRAFÍA.....	44

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 2 DE 47	

Listado de Tablas y Figuras

Tabla 1. Síndromes clínicos asociados a la infección por COVID 2019	16
Tabla 2. Signos de alarma para consultar de inmediato al servicio de urgencias. 25	
Tabla 3. Resumen de la evaluación, clasificación y manejo clínico en COVID-19 28	
Tabla 4. Definiciones de caso relacionadas con la vigilancia rutinaria en instituciones de salud	33
Tabla 5. Casos confirmados de COVID-19.....	37
Figura 1. Una ilustración del nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19).....	12

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 3 DE 47	


1. INTRODUCCIÓN

En una línea de tiempo que llega hasta la actualidad, una epidemia de casos con infecciones respiratorias bajas inexplicables detectadas en Wuhan, el área metropolitana más grande de la provincia China de Hubei, se informó por primera vez a la oficina de País de la OMS en China, el 31 de diciembre de 2019.(1)

El 11 de febrero de 2020 la OMS anunció que la enfermedad causada por este nuevo CoV era un "COVID-19", que es el acrónimo de "enfermedad por coronavirus 2019".

En una reunión el 30 de enero de 2020, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005), el brote fue declarado por la OMS como Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional (PHEIC), ya que se había extendido a 18 países con cuatro países que informaron transmisión al ser humano. Para el día 11 de marzo, la OMS declaró a COVID-19 como una pandemia, toda vez que en su momento se había multiplicado por 13 el número de casos en los últimos dos semanas, se reportaban más de 118.000 casos en 114 países del mundo y cerca de 5.000 muertes(2)

Para el 16 de marzo, la epidemia continúa su avance y a la fecha reporta un total de 182.424 casos con 7.155 muertes en todo el mundo, y una afectación de 155 países. Siendo China el país más afectado con 81.053 casos(3), seguida por Italia con 27.980 casos, Irán con 14.991, España que contabiliza 9.942, Corea del Sur con 8.320 y Alemania con 7.272, países que suman el 80% del total de casos mundial.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 4 DE 47	


En América, los Estados Unidos con 4.661 casos y 85 muertes, lidera la estadística adversa en el continente, seguida por Canadá y Brasil, ambos lejos con 439 y 234 casos, y 4 y 0 muertes, respectivamente.

Colombia reportó su primer caso el 6 de marzo y 10 días después ya contabiliza 57 casos, de los cuales 37 son casos importados (65%), 27 en hombres (47%) y predominantemente en gente joven de 20 a 29 años, según cifras del Instituto Nacional de Salud (INS)(4).


El departamento del Huila en las dos primeras semanas desde el inicio del brote, fue la tercera región del país con mayor número de casos; desde el 11 de marzo y hasta el 16 de marzo de 2020 contabilizaba 7 casos, sólo uno importado y los otros 6 casos resultado de contactos con el caso importado, 5 de ellos con manejo en aislamiento en su hogar y 2 en manejo hospitalario, de acuerdo a los datos acumulados del Instituto Nacional de Salud (4).

Desde luego, el brote ha continuado su avance de manera acelerada y para el 30 de marzo el mundo ya reporta cerca de 720.000 casos y 34.000 muertes, evidenciando un incremento de cuatro veces su número en sólo dos semanas de acuerdo a los datos aportados por la Universidad Johns Hopkins de los Estados Unidos (3).

Por otra parte, la pandemia constituye un reto clínico para los servicios de salud, siendo indispensable recopilar y adaptar las recomendaciones para la atención de los pacientes, de acuerdo a las competencias y capacidades institucionales, de tal manera que se brinden orientaciones claras y concretas al personal de salud para brindar una atención adecuada, pertinente y oportuna de acuerdo a los diferentes grados de severidad que puede presentar la enfermedad.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 5 DE 47	

Bajo este panorama, es claro que el mundo atraviesa una situación en salud pública con pocos precedentes, haciendo necesario la suma de esfuerzos diligentes y oportunos por parte de todos los actores responsables de hacer frente a esta pandemia. Por tal motivo, se pretende con este documento resumir los aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad para orientar el manejo, construido con base en los documentos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Organización Mundial de la Salud, quienes han estado activos en la emisión de orientaciones de diversa índole para enfrentar la situación.


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 6 DE 47			

2. OBJETIVO GENERAL

Brindar una guía de atención para orientar a nivel institucional el manejo clínico de los pacientes con COVID-19, con base en las recomendaciones validadas de organismos nacionales e internacionales.


2.1. Objetivos específicos

- Ofrecer una descripción de los aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad para su mejor entendimiento.
- Orientar los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica del evento que permita continuar las acciones por parte de los demás actores sectoriales responsables de su intervención en campo.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 7 DE 47	

3. ALCANCE

Este documento está dirigido para el personal asistencial médico y de enfermería de la E.S.E Carmen Emilia Ospina

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 8 DE 47	

4. DEFINICIONES


Tomadas del documento Lineamientos para la detección y manejo de casos de COVID-19 por los Prestadores de Servicios de Salud en Colombia del Ministerio de Salud, en su versión 4 (5).

Autoobservación: Es el seguimiento que hace la persona respecto de signos y síntomas que pueda presentar. Si la persona siente fiebre o desarrolla tos o dificultad para respirar o dolor de garganta o fatiga durante el período de autoobservación, debe tomar su temperatura, comunicarse con la línea telefónica habilitada y notificar la situación para recibir la orientación y direccionamiento en cuanto a una posible evaluación médica. (Observar)

Autocontrol: Es el control que realiza la persona a sí misma para detectar fiebre con la toma la temperatura dos veces al día permaneciendo alerta ante la tos o la dificultad para respirar o el dolor de garganta o la fatiga. La persona bajo autocontrol debe conocer el protocolo para comunicarse con el equipo de salud a cargo si presentara alguno de estos signos o síntomas durante el período de autocontrol con el fin de determinar si necesita una evaluación médica. (Medir).

Caso confirmado: Persona que cumple la definición de caso probable (del presente anexo) y tenga un resultado positivo para nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) mediante rt-PCR en tiempo real(6).

Caso descartado: Persona que cumple la definición de caso probable (del presente anexo) y tenga un resultado negativo para nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) mediante rt-PCR en tiempo real(6).


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 9 DE 47	

Contacto estrecho: las definiciones de contacto estrecho se diferencian en comunitario y del personal de salud(6).

- **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 durante su periodo sintomático (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).

- **Contacto estrecho del personal de la salud:** Cualquier trabajador en el ámbito hospitalario o de consulta externa con exposición no protegida:
 - ✓ SI: el trabajador de la salud no utilizó respirador N95 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).

 - ✓ El trabajador del ámbito hospitalario proporcionó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, intubación, 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.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 10 DE 47	


- ✓ 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 tuvieron contacto en la cara con material potencialmente infeccioso del COVID-19 y no utilizó los elementos de protección personal completos y adecuadamente.

COVID-19: Es una nueva enfermedad, causada por un nuevo coronavirus que no se había visto antes en seres humanos. El nombre de la enfermedad se escogió siguiendo las mejores prácticas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asignar nombres a nuevas enfermedades infecciosas en seres humanos.

Aislamiento: Separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación de COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitaria.

Aislamiento respiratorio: Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro). Aislamiento por gotas: Se refiere a las medidas para controlar las infecciones por virus respiratorios y otros agentes transmitidos por gotas (> 5 micras) impulsadas a corta distancia a través del aire y que pueden ingresar a través de los ojos, la mucosa nasal, la boca o la piel no intacta de la persona que está en contacto con el paciente.

Aislamiento por contacto: Se refiere a las medidas para controlar el contacto directo cuando se produce en el traspaso de sangre o fluidos corporales desde un paciente hacia otro individuo susceptible, el contacto puede hacerse en piel,

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 11 DE 47	


mucosas o lesiones, así mismo por inóculos directos a torrente sanguíneo y el indirecto: se produce cuando el huésped susceptible entra en contacto con el microorganismo infectante a través de un intermediario inanimado (ropas, fómites, superficies de la habitación) o animado (personal de salud, otro paciente) que estuvo inicialmente en contacto con ese microorganismo, en este caso se utiliza bata desechable anti fluidos o traje de polietileno, este último para alto riesgo biológico.

Cuarentena: Significa la separación de una persona o grupo de personas que razonablemente se cree que han estado expuestas a una enfermedad contagiosa.

Mascarilla Quirúrgica: Elemento de protección personal para la vía respiratoria que ayuda a bloquear las gotitas más grandes de partículas, derrames, aerosoles o salpicaduras, que podrían contener microbios, virus y bacterias, para que no lleguen a la nariz o la boca.

Máscara de alta eficiencia (FFP2) o N95: Están diseñados específicamente para proporcionar protección respiratoria al crear un sello hermético contra la piel y no permitir que pasen partículas (< 5 micras) que se encuentran en el aire, entre ellas, patógenos como virus y bacterias. La designación N95 indica que el respirador filtra al menos el 95% de las partículas que se encuentran en el aire.

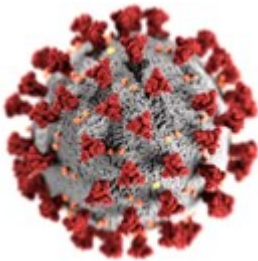
SARS-CoV-2: Versión acortada del nombre del nuevo coronavirus “Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave” (identificado por primera vez en Wuhan, China) asignado por El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 12 DE 47	


5. ETIOLOGÍA

El patógeno que causa COVID-19 es un nuevo coronavirus que se identificó por primera vez a fines de enero de 2020, llamado SARS-CoV-2 (también conocido como 2019-nCoV)(2). Los CoV son virus de ARN de cadena positiva con una apariencia de corona bajo un microscopio electrónico. El SARS-CoV-2 pertenece a la categoría betaCoVs. Tiene forma redonda o elíptica y a menudo pleomórfica, y un diámetro de aproximadamente 60-140 nm. Al igual que otros CoV, es sensible a los rayos ultravioleta y al calor. Además, estos virus pueden ser inactivados efectivamente por solventes lipídicos que incluyen éter (75%), etanol, desinfectante que contiene cloro, ácido peroxiacético y cloroformo, excepto la clorhexidina. Probablemente evolucionó a partir de una cepa que se encuentra en los murciélagos(1).

Figura 1. Una ilustración del nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19).



Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/Science Source; Aliss Eckert; Dan Higgins.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 13 DE 47	

6. TRANSMISIÓN

Se han identificado los siguientes mecanismos de transmisión(1):


- 1) Gotas respiratorias al toser o estornudar.
- 2) Aerosoles por microgotas: también es posible en caso de exposición prolongada a concentraciones elevadas de aerosol en espacios cerrados; es necesario un contacto cercano entre las personas.
- 3) Contacto directo con estas secreciones o por contacto indirecto con objetos contaminados por las mismas o fómites.

En consecuencia, la transmisión se da principalmente de persona a persona principalmente entre miembros de la familia, incluidos familiares y amigos que estuvieron cerca de pacientes o portadores en incubación(7), convertidos ahora en contactos, sobre quienes se debe realizar un esfuerzo agresivo de rastreo para la contención de la propagación de los brotes(8).


Es altamente transmisible en humanos, especialmente en ancianos y personas con enfermedades subyacentes(7); siendo también descrita la transmisión a personal de la salud(7)(9) y entre pacientes hospitalizados(9).

El **periodo de incubación** es de 1 a 14 días, principalmente de 3 a 7 días, es contagioso durante el período de latencia(1). Estos datos sugieren que el periodo de cuarentena debe ser de al menos 14 días para los expuestos o contactos cercanos.

El número de reproducción básico es el parámetro más importante para determinar la transmisibilidad intrínseca, definida como el número promedio de casos infecciosos secundarios generados por un caso índice en una población completamente susceptible sin ninguna intervención. Y fue calculado cae entre 2.8

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 14 DE 47	

y 3.3 con fuente de datos de estadísticas chinas y cae entre 3.2 y 3.9 en función del número previsto de casos infectados de colegas internacionales, considerándola una enfermedad controlable con transmisibilidad moderada a alta(10).

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 15 DE 47	

7. CARACTERISTICAS CLINICAS


El espectro clínico de COVID-19 varía desde formas asintomáticas o paucisintomáticas hasta afecciones clínicas caracterizadas por insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica y apoyo en una unidad de cuidados intensivos (UCI), hasta manifestaciones multiorgánicas y sistémicas en términos de sepsis, shock séptico y múltiples síndromes de disfunción orgánica(1)(2).

Las manifestaciones clínicas identificadas han sido (7)(9)(11)(12)(13):

- Fiebre (78% a 98%)
- Tos seca (59% a 82%)
- Fatiga (21% a 69%)
- Mialgias (28% a 34%)
- Disnea (19% a 31%)
- Espujo productivo (12% a 33%)
- Dolor de garganta/odinofagia (14% a 26%)
- Dolor de cabeza (4% a 13%)
- Diarrea (3,8% a 10%)
- Rinorrea (4% a 6%)
- Vómito (2% a 5%)
- Nausea (6% a 10%)
- Dolor abdominal (2,2%)

Se describe también anorexia (39,9%) y escalofrío (7%).

La fiebre y la tos fueron los síntomas dominantes, mientras que los síntomas de las vías respiratorias superiores y los gastrointestinales fueron poco frecuentes.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 16 DE 47	


De acuerdo a la gravedad, se ha clasificado la enfermedad en tres grupos (1)(14) (en el paréntesis se presenta el porcentaje de presentación de cada forma clínica):

- **Enfermedad leve (81,5%):** no neumonía o neumonía leve.
- **Enfermedad grave (13,8%):** disnea, frecuencia respiratoria $\geq 30/\text{min}$, $\text{SpO}_2 \leq 93\%$, relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ o $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$, y/o infiltrados pulmonares $>50\%$ en 24 a 48 horas.
- **Enfermedad crítica (4,7%):** insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción orgánica múltiple o falla.


A continuación, se describen los síndromes clínicos de acuerdo a la tipología expuesta de manera más detallada(15):

Tabla 1. Síndromes clínicos asociados a la infección por COVID 2019

Clasificación	Características clínicas
Cuadros no complicados o enfermedad leve	Cuando no hay complicaciones, 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. Los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, septicemia ni disnea.
Neumonía leve	Paciente con neumonía sin signos de neumonía grave. Los niños con neumonía no grave presentan tos o dificultad respiratoria junto con taquipnea; taquipnea (respiraciones por minuto) en los menores de 2 meses, ≥ 60 ; en los niños de 2 a 11 meses, ≥ 50 ; en los niños de 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

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 17 DE 47	

Clasificación	Características clínicas
	<p>siguientes: frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min, dificultad respiratoria grave o SpO2 <94% en aire ambiente.</p> <p>Niño: con tos o dificultad respiratoria y al menos uno de los signos siguientes: cianosis central o SpO2 <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.</p>
Síndrome de dificultad respiratoria aguda	<p>El diagnóstico requiere criterios clínicos y ventilatorios. Este síndrome sugiere una insuficiencia respiratoria grave de nueva aparición o el empeoramiento de una imagen respiratoria ya identificada. Se distinguen diferentes formas de SDRA en función del grado de hipoxia (SDRA leve, moderado o grave). El parámetro de referencia es el PaO2/FiO2. Cuando no se conoce la PaO2, un cociente SpO2/FiO2 ≤ 315 es indicativo de SDRA (incluso en pacientes sin ventilación).</p> <p>Imagen torácica (radiografía, tomografía computarizada o ecografía pulmonar): Opacidades bilaterales no atribuibles completamente a derrames, atelectasia pulmonar/lobular o nódulos.</p>
Septicemia	<p>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.</p> <p>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</p>


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10	
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2			VERSIÓN	3
				VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 18 DE 47				

Clasificación	Características clínicas
	leucocitos.
Choque séptico	<p>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.</p> <p>Niños: 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.</p>

Fuente: Tomado y adaptado de Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Orientaciones provisionales. Organización Mundial de la Salud. Enero 28 de 2020, (15), Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud

Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. ACIN-IETS. Colombia. Marzo 2020 (16). Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (17)

Como otras características clínicas, se ha identificado que la aparición de la disnea ocurre alrededor del día 7 desde el inicio de síntomas en los pacientes que requieren hospitalización, el ingreso a UCI se da en promedio a los 12 días y el inicio de ventilación mecánica a los 15 días (18).

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 19 DE 47	

8. EVALUACIÓN PARACLÍNICA

Dentro del estudio paraclínico puede solicitarse hemograma, PCR, radiografía de tórax, como estudios diagnósticos disponibles desde el prestador primario.


La PCR puede estar elevada (48%) o normal (52%) (11).

En el hemograma se puede observar recuento de leucocitos normal (76%) o disminuido (21%) con linfopenia (7).

La linfopenia parece ser un factor pronóstico negativo. Se pueden encontrar valores aumentados de enzimas hepáticas, LDH, enzimas musculares y proteína C reactiva. Hay un valor normal de procalcitonina. En pacientes críticos, el valor del dímero D aumenta, los linfocitos sanguíneos disminuyen de forma persistente y se encuentran alteraciones de laboratorio del desequilibrio multiorgánico (alta amilasa, trastornos de la coagulación, etc.).(1)


En la radiografía de tórax se pueden observar opacidades bilaterales o multifocales, con afectación habitual de más de un lóbulo. Adicionalmente se puede observar un patrón de vidrio esmerilado (11).

Dentro del estudio diagnóstico, es indispensable la toma de hisopado y/o aspirado nasofaríngeo, que también hace parte de las acciones de vigilancia en salud pública cuando se tiene la sospecha clínica de un caso. Mediante esta muestra se puede realizar PCR para aislamiento viral, la cual puede ser positiva entre el primer día de síntomas y hasta el día 20 de la enfermedad.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 20 DE 47	

Es importante señalar que, para el prestador primario, el abordaje desde un enfoque clínico es fundamental, los estudios de imagen tienen utilidad para descartar complicaciones fundamentalmente.

En resumen, el estudio paraclínico de los pacientes con sospecha de COVID-19 no leve incluyen hemograma y Rx de tórax, y los estudios paraclínicos complementarios fundamentalmente en caso de presencia de comorbilidad, que permitirían evaluar la progresión a fallas de órgano, como la función renal (uroanálisis, creatinina y BUN), la glicemia y las bilirrubinas para evaluación de la función hepática.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 21 DE 47			

9. FACTORES DE RIESGO


Se ha descrito que la enfermedad afecta a población de todos los grupos de edad, sin embargo, se ha observado que los niños y adolescentes han sido poco afectados; una concentración del 90% de los casos en poblaciones entre los 30 y los 79 años, siendo los grupos de 50 y 60 años los de mayor incidencia. La presentación de la enfermedad, respecto al género ha sido un poco mayor en hombres (14).

Ahora bien, se han identificado los siguientes factores de riesgo asociados a mayor probabilidad de complicaciones y de muertes(14)(18):

- Edad > 60 años
- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes mellitus
- Inmunodeficiencias (cáncer, VIH, desnutrición)
- Obesidad
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Tabaquismo

En niños considerar(19):


- Menores de 3 meses
- Cardiopatía congénita
- Hipoplasia pulmonar
- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedades neuromusculares
- Desnutrición aguda moderada o graveo

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 22 DE 47	

- Anemia o hemoglobinopatías
- Inmunodeficiencia
- En tratamiento inmunosupresor

Se deben tener en cuenta adicionalmente otras características del paciente o de sus cuidadores, que harían considerar la necesidad de internación ante el riesgo de aumento de la transmisión o de complicaciones clínicas sin respuesta oportuna para la búsqueda de atención médica(20):


- Cualquier condición socioeconómica o geográfica que impida realizar el seguimiento o el aislamiento domiciliario.
- El paciente no es lo suficientemente estable como para recibir atención en el hogar.
- Los cuidadores no son apropiados y no están disponibles en el hogar.
- El paciente y otros miembros del hogar no tienen acceso a equipo de protección personal apropiado y recomendado (como mínimo, guantes y mascarilla) y no son capaces de adherirse a las precauciones recomendadas como parte del cuidado del hogar o aislamiento (Ej. higiene respiratoria y etiqueta de tos, higiene de manos).
- Hay miembros del hogar que pueden estar en mayor riesgo de complicaciones de la infección por COVID- 19 (Ej. personas > 60 años, niños pequeños, mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas o que tienen enfermedades crónicas, afecciones cardíacas, pulmonares o renales).

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 23 DE 47	

10. COMPLICACIONES

Las complicaciones sólo se presentan en los pacientes que desarrollan las formas graves de la enfermedad y se relacionan con las diferentes fallas multiorgánicas: sepsis, choque séptico, falla cardiaca, falla renal aguda, insuficiencia respiratoria, SDRA, coagulopatía, arritmias, coagulopatía, desequilibrios hidroelectrolíticos, entre otros.

La enfermedad también puede llevar a la muerte, y de acuerdo a los datos mundiales, la letalidad aproximada, considerando que es probable que se desconozcan muchos casos positivos, es de 3,9% (7.155/182.424) a nivel mundial, con diferencias marcadas entre países según el avance de la epidemia(3). La letalidad en Alemania es cercana al 0,9% y en Italia es del 7,7% y muchos países aún no presentan mortalidades.


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 24 DE 47	

11. TRATAMIENTO Y MANEJO CLÍNICO

Para el **paciente sintomático** el manejo se debe enfocar fundamentalmente en las medidas iniciales de aislamiento para evitar propagación y en manejo sintomático de acuerdo a su condición clínica.

Se describen a continuación las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social para el abordaje integral de todos los pacientes, independientemente del grado de severidad(20):

- 1) Valorar integralmente al paciente aplicando las medidas de precaución estándar (incluye máscara de alta eficiencia para el personal tratante).
- 2) Aplicar las medidas de aislamiento al paciente (por gotas y de contacto).
- 3) Notificación inmediata del caso.
- 4) Tomar las muestras (hisopado/frotis faríngeo, aspirado nasofaríngeo o traqueal, lavado nasal o broncoalveolar) y enviarlas al LDSP.
- 5) Orientar el manejo sintomático con acetaminofén para el manejo de la fiebre y los dolores (cabeza, garganta, musculares).
- 6) Brindar las recomendaciones de uso de medidas preventivas para los contactos.
- 7) Continuar el abordaje institucional del caso, en internación y con las medidas de aislamiento respectivas según severidad, condición clínica y hasta descartar la detección de SARS-CoV-2.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 25 DE 47	

8) En los pacientes con formas leves según criterio médico, se deben dar las siguientes recomendaciones para el egreso:

- ✓ Recomendaciones generales sobre aislamiento por gotas,
- ✓ Prevención para contactos, ventilación y limpieza de áreas y superficies,
- ✓ Lavado frecuente de manos
- ✓ Educar muy pacientemente en signos de alarma (ver tabla 2)

Tabla 2. Signos de alarma para consultar de inmediato al servicio de urgencias


Signos de alarma
• Respiración más rápida de lo normal.
• Fiebre de difícil control por más de dos días.
• Si el pecho le suena o le duele al respirar o sensación de disnea.
• Somnolencia o dificultad para despertar.
• Ataques o convulsiones.
• Decaimiento y/o deterioro del estado general en forma rápida.

9) Generar el seguimiento epidemiológico desde la Entidad Territorial de Salud.

10) En los pacientes que hayan tenido manejo hospitalario, los criterios de egreso son los siguientes:

- ✓ Ausencia de fiebre mayor a 48 horas sin antipiréticos.
- ✓ Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y de la hipoxemia
- ✓ Tolerancia a la vía oral.

Para los **pacientes con criterio de formas clínicas grave o crítica** el manejo se orienta de la siguiente manera (15):

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 26 DE 47	

- 1) Administrar inmediatamente oxigenoterapia suplementaria a los pacientes con IRA grave y signos de dificultad respiratoria, hipoxemia o choque. La idea es mantener una SpO₂ por encima de 90%.
- 2) Administrar líquidos con prudencia a los pacientes con IRA grave cuando no haya indicios de choque.
- 3) 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. Esta orientación debe considerarse especialmente en pacientes con factores de riesgo, en los que se sospecha sobreinfección bacteriana o si hay sospecha clínica de diagnóstico diferencial con neumonía bacteriana.


Adultos:

- Ampicilina/Sulbactam 3 g IV c/6h + Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas.

En niños se deben seguir las recomendaciones del AIEPI clínico(21):

- Penicilina Cristalina 250.000 UI/Kg/día dividido en 6 dosis o
- Ampicilina 200 mg/Kg/día en 4 dosis, en niños que no han recibido 2 dosis de vacuna para *Haemophilus influenzae*.

- 4) 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.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 27 DE 47	

- 5) Si se requiere el uso de broncodilatadores, siempre preferir el uso de inhaladores y evitar el uso de nebulizadores.

- 6) 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.

Siempre se deben conocer y registrar las afecciones comórbidas del paciente a fin de ajustar el manejo de la fase crítica de la enfermedad, valorar el pronóstico y hacer un seguimiento más estrecho, dado el mayor porcentaje de complicaciones observada en los pacientes con condiciones comórbidas(18).

Todo paciente con formas clínicas moderadas/graves debe ser remitido y sí durante su estancia institucional, mientras se complementan los estudios diagnósticos o en espera de remisión, presenta deterioro clínico que haga pensar en un SDRA, sepsis o choque séptico, el paciente debe ser trasladado a una institución de mayor nivel de complejidad como urgencia vital.

11.1. Resumen de la Evaluación, Clasificación y Manejo Clínico

Una vez se configure cualquiera de las definiciones operativas de caso vigentes para COVID-19, de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social, se orienta para la evaluación, clasificación y el manejo:




	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 28 DE 47	

Tabla 3. Resumen de la evaluación, clasificación y manejo clínico en COVID-19

Evaluación	Clasificación	Manejo
<p>Presenta los siguientes signos o síntomas en orden de mayor a menor frecuencia frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre y tos (generalmente seca, pero puede ser productiva menos frecuentemente). - Dolor de garganta. - Disnea - Malestar general. - Cefaleas y dolores musculares. - Congestión nasal o rinorrea (muy poco frecuente) - Alteraciones del olfato y el gusto. <p>Poco frecuentes, pero se pueden presentar, síntomas gastrointestinales: diarrea, náuseas, vómito y dolor abdominal.</p> <p>Nota: Los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, septicemia ni disnea.</p>	<p>Infección respiratoria aguda leve (cuadros no complicados o enfermedad leve)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo sintomático: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas. ✓ No se recomiendan los AINES. ✓ Antihistamínicos según criterio médico. ✓ Egreso con recomendaciones de prevención de contagio: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de mascarilla convencional. ✓ Aislamiento por 14 días (contados desde el inicio de síntomas) ✓ Orientaciones sobre como toser ✓ Ordenar toma de muestras: hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo o aspirado nasofaríngeo. ✓ Educar en signos de alarma para consultar nuevamente a los servicios de urgencias: <ul style="list-style-type: none"> - Respiración más rápida de lo normal. - Fiebre de difícil control por más de dos días. - Si el pecho le suena o le duele al respirar o sensación de disnea. - Somnolencia o dificultad para despertar. - Ataques o convulsiones. - Decaimiento y/o deterioro del estado general en forma rápida. ✓ Diligenciar ficha epidemiológica 346 (definición de caso 2) para notificación inmediata. <p>En pacientes con factores de riesgo (ver capítulo 9):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar marcadores de mal pronóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Linfopenia (menor a 1.000) • EKG alterado (QTC largo) • Radiografía tórax anormal <p>Hay marcadores de mal pronóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizar y vigilancia clínica por 48 horas. <p>No hay marcadores de mal pronóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo ambulatorio ya descrito como los demás pacientes.
<p>Adultos: Uno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FR > 30/min - Signos de dificultad respiratoria: (tirajes) - SpO2 <94% en aire ambiente. <p>Nota: Puede tenerse en cuenta la escala CURB-65* para complementar la valoración del riesgo.</p> <p>Niños: Taqipnea: frecuencia respiratoria...</p> <ul style="list-style-type: none"> - En < de 2 meses ≥ 60 	<p>Infección respiratoria moderada/grave (Neumonía leve y Neumonía grave)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospitalizar y remitir ✓ Oxigenoterapia: mantener SO2 > 90%. ✓ Iniciar manejo antibiótico: <ul style="list-style-type: none"> - Adultos: Ampicilina Sulbactam 3 g IV cada 6 h + Claritomicina 500 mg VO cada 12 horas - Niños: Penicilina Cristalina 250.000 UI/Kg/día en dosis cada 4 horas o Ampicilina 200 mg/Kg/día en dosis cada 6 horas (si no ha recibido dos dosis de vacuna para <i>Haemophilus influenzae</i>) ✓ Manejo prudente de líquidos: a 2/3 de las necesidades basales.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10	
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2			VERSIÓN	3
				VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 29 DE 47				

Evaluación	Clasificación	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> - De 2 a 11 meses \geq 50 - De 1 a 5 años, \geq 40 <p>y/o</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier signo general de peligro - Apneas o cianosis central - SpO2 <94% - Signos de dificultad respiratoria: quejido, retracciones o tiraje supraesternal, supraclavicular, inter o subcostal, aleteo nasal, roncus o sibilancias. <p>Nota: Evaluar siempre la presencia de factores de riesgo*, los cuales deben ser tenidos en cuenta para un monitoreo clínico más estrecho en estos pacientes.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ No administrar corticoide y no administrar esquema hidroxiclороquina/cloroquina + ritonavir/lopinavir (esto queda a criterio de nivel de mayor complejidad). ✓ Solicitar: Hemograma, Rx de tórax, (BUN, creatinina, glucosa, bilirrubinas estos últimos si hay sospecha de cuadro clínico severo o si hay factores de riesgo). ✓ Ordenar toma de muestras: hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo o aspirado nasofaríngeo. ✓ Diligenciar ficha epidemiológica 348 (definición de caso 1) si hay nexo epidemiológico o ficha 345 (definición de caso 3) si no hay nexo epidemiológico, para notificación inmediata. ✓ Vigilancia clínica estricta. Si hay deterioro clínico, remitir como urgencia vital. <p>Nota: Si el paciente presenta un cuadro obstructivo y requiere manejo broncodilatador, no usar nebulizaciones, preferir el uso de inhaladores (con cámara espaciadora en niños).</p>
<p>El cuadro anterior más presencia de:</p> <p>En adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia respiratoria grave de nueva aparición - Empeoramiento de una imagen respiratoria ya identificada o infiltrados/opacidades bilaterales - SpO2/FiO2 \leq 315 - Disfunción orgánica: alteración del estado mental (Glasgow 13 o menor), disnea o taquipnea, hipoxemia, oliguria, taquicardia, debilidad del pulso, extremidades frías, hipotensión, piel moteada o signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, o hiperbilirrubinemia. - Hipotensión persistente a pesar de la reposición hídrica. <p>En niños:</p> <p>Cualquier hipotensión (PAS < percentil 5 o > 2 DE por debajo de lo normal para la edad) o 2-3 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado mental alterado; - Taquicardia o bradicardia (FC < 90 lpm o > 160 lpm en lactantes y FC < 70 lpm o > 150 lpm en niños). - Relleno capilar lento (> 2 s) o vasodilatación caliente con pulsos conservados; - Taquipnea; piel moteada o erupción petequial o purpúrica. - Oliguria - Hipertermia o hipotermia 	<p>Enfermedad severa o crítica (SDRA o septicemia o choque séptico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remitir como urgencia vital ✓ Oxigenoterapia: mantener SO2 > 90% ✓ Líquidos endovenosos: mantener PAS \geq90 y PAD \geq60. ✓ Iniciar manejo antibiótico empírico: <ul style="list-style-type: none"> - Adultos: Ampicilina Sulbactam 3 g IV cada 6 h + Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas. - Niños: Penicilina Cristalina 250.000 UI por Kg/día cada 4 horas o Ampicilina 200 mg/Kg/día cada 6 horas (si el menor no tiene 2 dosis de vacuna antiHib) ✓ Diligenciar ficha epidemiológica 348 (definición de caso 1) si hay nexo epidemiológico o ficha 345 (definición de caso 3) si no hay nexo epidemiológico, para notificación inmediata. ✓ Vigilancia clínica estrecha, durante estancia institucional, para orientar las medidas clínicas de soporte indicadas.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 30 DE 47	


Nota: Revisar factores de riesgo en el ítem correspondiente

Escala CURB-65:

- Confusión 1
- Urea (> 42 mg/dl) 1
- Respiración (FR >30xmin) 1
- Tensión arterial (Blood Pressure):
- PAS < 90 mmHg
- PAD > 60 mmHg 1
- Edad > 65 años 1


Interpretación	Puntos	Riesgo (de muerte a 30 días)	Manejo
Bajo riesgo	0 a 1	0: 0,6; 1: 2,7% a 3,2%	Manejo ambulatorio*.
Riesgo Moderado	2	2: 6,8% a 13%	Manejo hospitalario
Alto riesgo	3 a 5	3: 14% a 17%; 4: 27% a 41%; 5: 57%	Manejo en UCI

* Para COVID-19, no se contemplará manejo ambulatorio con diagnóstico de Neumonía.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 31 DE 47	

12. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- 1) Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con todo paciente o con superficies del entorno del paciente. Se puede realizar lavado de manos o frotarse las manos con solución en base alcohólica. (ver protocolo de manos institucional)
- 2) Usar guantes de uso único para el examen físico o cualquier contacto directo con pacientes probables o confirmados. Se deben retirar dentro de la habitación al terminar la atención.
- 3) Uso de bata cuando haya contacto estrecho con el paciente.
- 4) Uso de mascarilla quirúrgica para personal asistencial que atiende todo tipo de pacientes.
- 5) Para el personal que realicen procedimientos como intubación orotraqueal, toma de muestras como aspirado nasofaríngeo o hisopado faríngeo o procedimientos que produzcan tos o accesos de tos, contacto estrecho con pacientes sospechosos o confirmados se recomienda el uso de mascara de alta eficiencia N95.
- 6) Limitar las visitas a los familiares y circulación de personal en las áreas con pacientes sospechosos, probables o confirmados.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 32 DE 47	


13. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Para la vigilancia epidemiológica, se utilizará la estrategia de ***Vigilancia basada en eventos*** (rutinaria y obligatoria) definida por el INS. Toda la información relacionada en este capítulo corresponde a la definida en el documento *Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19(22)*.

La vigilancia rutinaria intensificada está basada en los procedimientos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Se deben reportar de manera inmediata los casos probables de COVID-19 que sean atendidos en casa, en consulta externa o de urgencias, en observación, en hospitalización o en UCI (incluyendo UC Intermedio).

Los casos probables o sospechosos deben ser reportados de manera inmediata (telefónicamente, vía web o chat) a la oficina de vigilancia del municipio (unidad notificadora) e ingresados al subsistema de información mediante el aplicativo SIVIGILA. Su ingreso inmediato al sistema es útil para generar una alerta inmediata a las oficinas departamentales o distritales de vigilancia en salud pública, a las EAPB y al Instituto Nacional de Salud (procedimiento denominado notificación súper-inmediata).


La recopilación de La disponibilidad de datos tales como las fechas de inicio de síntomas, de consulta, de hospitalización y de muerte son vitales para el seguimiento de la pandemia. También es vital, la información con la dirección de residencia o del posible lugar de contagio para la referencia geográfica de los casos, que permite ubicar sitios prioritarios para la contención.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 33 DE 47	


13.1. Definiciones operativas de caso: vigilancia basada en eventos

Tabla 4. Definiciones de caso relacionadas con la vigilancia rutinaria en instituciones de salud

TIPO DE CASO	DEFINICION
Caso 1 Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (Cód. 348)	<p>Caso probable: persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos (previo o durante la consulta, la admisión o la hospitalización institucional o domiciliaria), con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que Sí requiere hospitalización, y cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Historial de viaje internacional o a zonas de Colombia con transmisión local comunitaria* en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. (Ver, tabla publicada en el micrositio del INS: http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx). ✓ Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario, en ejercicio, que haya tenido contacto estrecho** con caso confirmado o probable por COVID-19. ✓ Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral que haya tenido contacto estrecho** con caso confirmado o probable por COVID-19. ✓ Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado o probable con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
Caso 2 Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346)	<p>Caso probable: persona que tenga al menos uno de los siguientes síntomas, fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia y/o fatiga/astenia, y que cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Historial de viaje internacional o a zonas de Colombia con transmisión local comunitaria* (como Neiva) en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas. (Ver, tabla publicada en el micrositio del INS: http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx). ✓ Trabajador de la salud u otro personal del ámbito hospitalario que haya tenido contacto estrecho** con caso confirmado o probable por COVID-19. ✓ Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral *** que haya tenido contacto estrecho** con caso confirmado o probable por COVID-19. ✓ Antecedentes de contacto estrecho** en los últimos 14 días con un caso confirmado con infección respiratoria aguda grave asociada a COVID-19.
Caso 3.1 Infección Respiratoria Aguda Grave (Cód. 345)	<p>Caso sospechoso: persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos (previo o durante la consulta, la admisión o la hospitalización institucional o domiciliaria), de no más de 10 días de evolución, que requiera manejo intrahospitalario en servicios de urgencias, observación, hospitalización o UCI.</p> <p>Debe hacerse énfasis en la notificación de los casos de IRAG en adultos mayores de 60 años o en las 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.</p> <p>También se recomienda tener especial atención en personas con IRAG tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajadores de la salud incluido personal administrativo ✓ Policía y Fuerzas Militares ✓ Empleados de servicios de protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor ✓ Empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policía y URI. ✓ Grupos étnicos (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom) ✓ Personas en situación de calle ✓ Personas privadas de la libertad ✓ Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral*** ✓ Migrantes colombianos internos. <p>Esto aplica para todas las IPS que ofrecen servicios de urgencias, observación, hospitalización y</p>


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 34 DE 47	

	<p>UCI independientemente que sean centinela.</p> <p>Este tipo de caso requiere de sintomatología respiratoria, si el caso no tiene, NO es caso.</p>
<p>Caso 3.2 Infección Respiratoria Aguda Leve (equivalente Enfermedad Similar a la Influenza) (Cód. 345)</p>	<p>Caso sospechoso: persona con fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos (previo o durante la consulta o la visita domiciliaria), de no más de 7 días de evolución, que no requiera manejo intrahospitalario, servicios de urgencias u observación.</p> <p>Debe hacerse énfasis en la notificación de los casos de IRA en adultos mayores de 60 años o en las 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.</p> <p>También se recomienda tener especial atención en personas con IRA tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajadores de la salud incluido personal administrativo ✓ Policía y Fuerzas Militares ✓ Empleados de servicios de protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor ✓ Empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policía y URI. ✓ Grupos étnicos (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom) ✓ Personas en situación de calle ✓ Personas privadas de la libertad ✓ Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral*** ✓ Migrantes colombianos internos. <p>Este tipo de caso requiere de sintomatología respiratoria, si el caso no tiene, NO es caso.</p>
<p>Caso 4 Muerte probable por COVID-19 (Cód. 348)</p>	<p>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.</p> <p>Debe hacerse énfasis en la notificación de las muertes por IRA en adultos mayores de 60 años o en las 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.</p> <p>También se recomienda tener especial atención en personas con muerte por IRA que desempeñan las siguientes ocupaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajadores de la salud incluidos los administrativos ✓ Policía y Fuerzas militares ✓ Empleados de servicios de protección social de la niñez, la adolescencia o del adulto mayor ✓ Empleados de establecimientos penitenciarios, estaciones de policía o URI. ✓ Grupos étnicos (indígenas, comunidades negras, afrocolombianos, raizales, palenqueros y rom) ✓ Personas en situación de calle ✓ Personas privadas de la libertad ✓ Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral*** ✓ Migrantes colombianos internos <p>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.</p>
<p>Caso 5 Caso asintomático</p>	<p>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 t.</p> <p>Los casos de esta estrategia deben ser registrados en el formato “Seguimiento a contactos de casos positivos COVID-19”.</p>

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 35 DE 47	

13.2. Definiciones complementarias

- **Transmisión local comunitaria:** Cuando en zonas de un municipio o distrito se presentan casos confirmados por COVID-19, no se identifica una fuente de contagio (fuente desconocida), es el tipo más frecuente de casos y la mayoría tiene un estado grave.
- **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).
- **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 triage, consulta, salas de procedimientos, observación u hospitalización **con exposición no protegida:**

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 36 DE 47	


- ✓ 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 usó de los elementos de protección personal completos y adecuadamente.**

Ejemplos de exposición no protegida:

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.


- **Personas en alta movilidad en virtud de su ocupación laboral:** son personas que como parte de su ocupación requiere 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

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10	
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2			VERSIÓN	3
				VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 37 DE 47				


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.

Tabla 5. Casos confirmados de COVID-19

TIPO DE CASO	DEFINICION
Caso 1 Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (Cód. 348)	Caso confirmado por laboratorio: caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios: ✓ RT-PCR positiva para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas En los casos que la RT-PCR sea negativa, el caso puede ser valorado con los siguientes elementos: ✓ Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas. ✓ 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.
Caso 2 Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346)	Caso confirmado por laboratorio: caso probable que cumple con alguno de los siguientes criterios: ✓ RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas. En los casos que la RT-PCR sea negativa, puede evaluarse la confirmación de un caso que manifiesta síntomas hace 11 días o más con: ✓ Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas).
Caso 3.1 Infección Respiratoria Aguda Grave (Cód. 345)	Caso confirmado por laboratorio: caso sospechoso que cumple con alguno de los siguientes criterios: ✓ RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas. En los casos que la RT-PCR sea negativa, el caso puede ser valorado con los siguientes elementos: ✓ Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas. ✓ 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. ✓ Las características como población de riesgo o vulnerable.
Caso 3.2 Infección Respiratoria Aguda Leve (equivalente Enfermedad Similar a la Influenza) (Cód. 345)	Caso confirmado por laboratorio: caso sospechoso que cumple con alguno de los siguientes criterios: ✓ RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas En los casos que la RT-PCR sea negativa, puede evaluarse la confirmación de un caso que manifiesta síntomas hace 11 días o más con: ✓ Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas).
Caso 4 Muerte por COVID-19 (Cód. 348)	Caso confirmado por laboratorio: caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios: ✓ RT-PCR positiva para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de inicio de síntomas, en prueba pre-mórtem o post-mórtem (hasta 6 horas) en muestra

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 38 DE 47	

	<p>respiratoria o en tejido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 10 días o más desde la fecha del inicio de síntomas, en prueba premórtem. <p>En los casos que la RT-PCR sea negativa, el caso puede ser valorado con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prueba serológica positiva de anticuerpos IgM/IgG con 11 días o más desde la fecha del inicio de síntomas. ✓ 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. Las características como población de riesgo o vulnerable. <p>Caso confirmado por nexo epidemiológico: caso probable que cumple con uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La persona fallecida tuvo contacto estrecho previo con caso confirmado de COVID-19 entre 1 y 14 días antes del inicio de síntomas. ✓ 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.
<p>Caso 5 Caso asintomático</p>	<p>Caso confirmado por laboratorio: caso probable que cumple con alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ RT-PCR para SARS-CoV-2 en pacientes con menos de 14 días desde la fecha de la última exposición no protegida con caso confirmado para COVID-19 <p>Con la evidencia disponible no se recomienda el uso de pruebas serológicas en población asintomática excepto que la indagación se establezcan periodos sintomáticos previos.</p>

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 39 DE 47	

14. USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Toda la información relacionada en este capítulo corresponde a lo dispuesto en el documento *Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de sars-cov-2 (covid-19) en Colombia* del Ministerio de Salud y Protección Social, en su versión 1(23).

14.1 Tipos de pruebas

14.1.1. Pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos

Son las **pruebas moleculares**, que se basa en la detección del ácido nucleico (ARN) del SARS-CoV-2 mediante ensayos de RT-PCR, fundamentada en la amplificación de los ácidos nucleicos del virus directamente.

Estas pruebas han demostrado alta sensibilidad y especificidad, no han mostrado reactividad cruzada con otros coronavirus, ni otros virus respiratorios estacionales; además pueden ser usadas en cualquier contexto.

Códigos CUPS asociados para atención individual


90.8.8.56 Identificación de otro virus (específica) por pruebas moleculares RT-PCR

90.6.2.70 SARS CoV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IgG

90.6.2.71 SARS CoV 2 [COVID-19] ANTICUERPOS IgM

14.1.2. Pruebas basadas en la detección de anticuerpos

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.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 40 DE 47	

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.


Existen las **pruebas rápidas basadas en la detección de antígeno o anticuerpo**. Se encuentran disponibles en el mercado pruebas rápidas para la detección de anticuerpos IgM/IgG que buscan evidenciar la respuesta inmunológica que produce el individuo afectado por el virus. **Todavía no están disponibles pruebas de antígeno que buscan partículas específicas del virus.**

14.2. Procedimientos diagnósticos

14.2.1 Prueba RT- PCR SARS COV 2

La prueba RT- PCR **es la prueba diagnóstica confirmatoria para la infección por SARS CoV 2**. Se realizará prueba molecular RT-PCR SARS CoV 2 a las siguientes personas:

- a) Persona con sospecha de COVID-19 atendida en el servicio de urgencias.
- b) Persona con sospecha de COVID-19 que se encuentre hospitalizada.
- c) Persona atendida en ámbito domiciliario o ambulatorio que presente los siguientes factores de riesgo: ser trabajador de la salud que tuvo contacto con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, persona adulta mayor de 70 años o persona de cualquier edad con comorbilidades (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, VIH u otra inmunodeficiencia, cáncer, enfermedades autoinmunes).

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10	
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2			VERSIÓN	3
				VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 41 DE 47				


- d) Persona que haya sido contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19 y que tenga alguno de los factores de riesgo mencionados en el punto c.
- e) Otras personas que a criterio médico deberían hacerse la prueba.

14.2.1.1. Conducta a seguir según ámbito y resultados de la prueba

i) Personas atendidas en servicio de urgencias y hospitalización

- ✓ Si la prueba es positiva se confirma el diagnóstico y se recomiendan medidas de aislamiento obligatorio por gotas y contacto por 14 días y se da manejo terapéutico de acuerdo con la severidad del caso.
- ✓ Se debe tomar nueva muestra al día 14 con RT-PCR SARS-CoV-2, según criterio del profesional tratante y a personas con factores de riesgo descritos en literal c.
- ✓ Si esta segunda muestra es positiva, el paciente continúa en aislamiento por 14 días más y si es negativa se considera descartado y se deben investigar otras causas del cuadro clínico del paciente.

- ii) **Persona atendida en el ámbito domiciliario o ambulatorio que presente los siguientes factores de riesgo: ser trabajador de la salud que tiene contacto con caso sospechoso o confirmado de COVID-19, persona adulta mayor de 70 años o persona de cualquier edad con comorbilidades (diabetes, enfermedad cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, VIH, cáncer, enfermedades autoinmunes) y persona que haya sido contacto estrecho de caso confirmado con COVID-19 y que tenga uno de los factores de riesgo mencionados anteriormente o con síntomas leves sin factor de riesgo.**

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 42 DE 47	


- ✓ Si la prueba molecular RT-PCR es positiva, se confirma el diagnóstico y se ordena aislamiento obligatorio y estricto por 14 días y el estudio de sus contactos. En caso de deterioro clínico, se debe considerar su manejo hospitalario y seguir el flujograma 1.
- ✓ Si la prueba molecular es negativa, se ordena aislamiento obligatorio por 14 días y si tiene alta sospecha de SARS- CoV 2, se debe repetir la prueba molecular RT- PCR mínimo a las 48 o máximo a las 72 horas.
- ✓ Si la segunda prueba RT-PCR es positiva se confirma el diagnóstico, se ordena continuar el aislamiento, se realiza el manejo del caso según el estado clínico y el estudio de los contactos. En caso de que esta sea negativa se descarta la infección.

14.2.2. Pruebas rápidas serológicas (anticuerpos IgM/ IgG)

Las pruebas rápidas serológicas **de anticuerpos IgM/IgG** se indican para identificar el contacto previo de una persona con el virus SARS-CoV2. No se consideran pruebas diagnósticas y no se recomienda su uso para descartar un caso de infección aguda.

Se podrán realizar pruebas rápidas de anticuerpos IgM/IgG a las siguientes personas:

- a. Persona con síntomas leves sin factores de riesgo, se debe tomar la prueba nunca antes de 10 días de inicio de los síntomas.
- b. Contacto estrecho con síntomas leves y sin factores de riesgo, se debe tomar la prueba nunca antes de 10 días de inicio de los síntomas.
- c. Persona asintomática con o sin factores de riesgo que haya sido contacto estrecho de un caso confirmado.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 43 DE 47	


14.2.2.1. Conducta

i) Personas con criterio a y b

- ✓ Realizar **prueba rápida de anticuerpos IgM/ IgG**, nunca antes de 10 días del inicio de los síntomas.
- ✓ Si la prueba rápida de anticuerpos IgM/IgG es positiva, se requiere aislamiento obligatorio y estricto por 14 días, estudio de contactos y seguimiento cercano de su evolución clínica.
- ✓ Si esta prueba rápida de anticuerpos IgM/IgG es negativa, se debe ordenar aislamiento de la persona por 14 días.


ii) Persona asintomática con o sin factores de riesgo que es contacto estrecho de un caso confirmado con COVID-19

- ✓ Realizar **prueba rápida de anticuerpos IgM/IgG** a los 14 días de su aislamiento. Si el resultado de la prueba es positivo puede reincorporarse a la comunidad. Si es negativa continuar en la comunidad con medidas de prevención (uso de tapabocas y distanciamiento físico) y según criterio médico ordenar nueva prueba rápida **de anticuerpos IgM/IgG de 2 a 4 semanas después.**


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 44 DE 47	

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) [Updated 2020 Mar 8] [Internet]. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
2. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): What we know? J Med Virol [Internet]. 2019;2019:0–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25766>
3. The Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at JHU. Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
4. Instituto Nacional de Salud. Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la detección y manejo de casos de covid-19 por los prestadores de servicios de salud en colombia. Versión 4. Bogotá D.C., Colombia; 2020. p. 1–16.
6. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). Versión 8. Bogotá D.C.;
7. Guo Y, Cao Q, Hong Z, Tan Y, Chen S, Jin H, et al. The origin , transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. Mil Med Res. 2020;7(11):1–10.
8. Lee VJ, Chiew CJ, Khong WXi. Interrupting transmission of COVID-19: lessons from containment efforts in Singapore. J Travel Med. 2020;


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 45 DE 47	

9. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;1–9.
10. Zhou T, Lu X, Liu Q, Zhang W, Yang Z, Liao J, et al. Preliminary prediction of the basic reproduction number of the Wuhan novel coronavirus 2019-nCoV. *J Evid Based Med [Internet]*. 2020;13(January):3–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jebm.12376>
11. Xu X, Yu C, Qu J, Zhang L, Jiang S, Huang D, et al. Imaging and clinical features of patients with 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2. 2020;(613):2–7.
12. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan , China : a single-centered , retrospective , observational study. *Lancet*. 2020;2600(20):1–7.
13. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan , China : a descriptive study. *Lancet [Internet]*. 2020;395(10223):507–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
14. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chinese J Epidemiol*. 2020;41.
15. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Orientaciones provisionales. 2020. p. 1–11.
16. Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), Instituto de Evaluación de Nuevas Tecnologías en Salud (IETS). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2		VERSIÓN	3
			VIGENCIA	19/05/2020
			PAGINA 46 DE 47	

consenso de expertos e informadas en la evidencia. Infectio. 2020;1–102.

17. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC, Vázquez Martínez JL, Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el borte de infección por Coronavirus colaboradores con el M de S. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). An Pediatr. 2020;1(1):1–11.
18. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;6736(20):1–9.
19. Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica - Grupo de estudio Infección por Coronavirus en niños. Covid-19 en niños - Colombia. 2020.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la detección y manejo de casos por los Prestadores de Servicios de Salud, frente a la introducción del SARS-CoV-2 (COVID-19) a Colombia. Vol. 2. Bogota D.C., Colombia; 2020. p. 1–16.
21. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Libro Clínico: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Bogota D.C., Colombia; 2016.
22. Instituto Nacional de Slalud. Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la COVID-19 - v1. Bogota D.C., Colombia; 2020. p. 1–39.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LABORATORIO DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA - v1. Vol. 1. Bogota D.C., Colombia; 2020. p. 1–15.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10	
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2			VERSIÓN	3
				VIGENCIA	19/05/2020
	PAGINA 47 DE 47				

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento: - Incorporación de numeral 11.1. Resumen de la Evaluación, Clasificación y Manejo Clínico	30/03/2020
3	Modificación del documento: Se realizaron los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> • Modificación numeral 13 “Vigilancia Epidemiológica” y tabla 3 “Resumen de la evaluación, clasificación y manejo clínico en COVID-19” • Incorporación numeral 13.1 “Definiciones operativas de caso: vigilancia basada en eventos”, numeral 13.2 “Definiciones complementarias”, numeral 14 “Uso de pruebas diagnósticas” y la tabla 4 “Definiciones de caso relacionadas con la vigilancia rutinaria en instituciones de salud”, tabla 5 “Casos confirmados de COVID-19”. 	19/05/2020
Nombre: Carlos Andrés Arce. Cargo: Médico Vigilancia Epidemiológica.	Nombre: Lina Andrea Cándelo Rios. Cargo: Profesional Universitario Vigilancia Epidemiológica.	Nombre: Ingrid Alexandra Suarez Castro. Cargo: Asesor Técnico Científico.
Nombre: Evelyn Karolina Polanco. Cargo: Apoyo profesional garantía de la calidad.	Nombre: Mónica Bibiana Martínez Macías. Cargo: Coordinadora de Calidad.	
Elaboró	Revisó	Aprobó