
	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 1 DE 49	


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 PARA CLÍNICA	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	28
12. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	32
13. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	33
13.1. Definiciones operativas de caso: vigilancia basada en eventos	34
13.2. Definiciones complementarias	35
14. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	38
14.1. Pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos	39
14.2. Pruebas de detección de Antígeno.....	39
14.3. Pruebas basadas en la detección de anticuerpos.....	40
15. BIBLIOGRAFÍA.....	46

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 2 DE 49	

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.	34
Tabla 5. Casos confirmados de COVID-19.....	37
Figura 1. Una ilustración del nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19).	12
Figura 2. <i>Representación de la cinética de producción de anticuerpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2.</i>	42
Figura 3. Historia Viral e inmunológica de la infección SARS-CoV-2/COVID-19..	42
Figura 4. Interpretación de los posibles resultados por laboratorio en la detección de ARN y/o Anticuerpos SARS-CoV-2.	43
Figura 5. Flujograma 1: Proceso diagnóstico en personas atendidas en servicios de urgencias y hospitalización.....	44
Figura 6. Flujograma 2: Proceso diagnóstico en personas atendidas en servicios ambulatorios y en domicilio.	45

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 3 DE 49	


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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 4 DE 49	


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	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 5 DE 49			

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	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 6 DE 49			

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	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 7 DE 49			

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 8 DE 49	

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).

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


	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 9 DE 49	

- **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.

 - ✓ 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

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 10 DE 49	


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, 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,

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 11 DE 49			

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.

Núcleo familiar: Es el grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda.

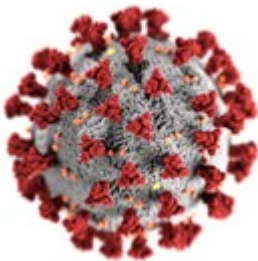
SARS-CoV-2: Versión acortada del nombre del nuevo coronavirus “Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave” (identificado por primera vez en Wuhan, China) asignado por El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
			PAGINA 12 DE 49	


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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 13 DE 49	

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	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 14 DE 49			

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 15 DE 49	

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 16 DE 49	


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 siguientes: frecuencia respiratoria >30 respiraciones/min, dificultad respiratoria

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
			PAGINA 17 DE 49	


Clasificación	Características clínicas
	<p>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 leucocitos.</p>
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</p>

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 18 DE 49	

Clasificación	Características clínicas
	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.

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 19 DE 49	

8. EVALUACIÓN PARA CLÍNICA

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	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 20 DE 49			

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 o la descompensación de la enfermedad de base, como la función renal (uroanálisis, creatinina y BUN), la glicemia y las bilirrubinas para evaluación de la función hepática, y la toma de electrocardiograma (EKG).

Adicionalmente, es importante advertir que en pacientes con factores de riesgo y cuadros clínicos leves, también se indica la toma de paraclínicos como marcadores de pronóstico.

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 21 DE 49			

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
- Anemia o hemoglobinopatías

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 22 DE 49			

- 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	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 23 DE 49			

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 3,5% (781.756/22.173.973) a nivel mundial, con diferencias marcadas entre países según el avance de la epidemia(3).


	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 24 DE 49	

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 laboratorio.
- 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 (ver Tabla 3. Resumen de la evaluación, clasificación y manejo clínico en COVID-19).
- 8) En los pacientes con formas leves según criterio médico, se deben dar las siguientes recomendaciones para el egreso:
 - ✓ Aislamiento domiciliario supervisado mínimo por 10 días a partir del inicio de síntomas. Reintegro social y laboral siempre y cuando se cumplan 3 días con ausencia de síntomas.


	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 25 DE 49	

- ✓ Higiene de manos, respiratoria y del entorno.
- ✓ Uso de elementos de protección para cuidadores.
- ✓ Autocontrol del paciente supervisado por el prestador, la EAPB o la ETS, con identificación de signos de alarma (aparición de fiebre, dificultad respiratoria, odinofagia, mialgias, malestar).
- ✓ Cuándo, por qué y cómo consultar, muy pacientemente (signos de alarma, ver tabla 2).
- ✓ Comunicación de resultados de laboratorio y otros paraclínicos e imágenes diagnósticas.
- ✓ Características del seguimiento: Usar modalidades de atención: domiciliaria, telemedicina.
- ✓ Medidas farmacológicas cuando se requieran.

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

Signos de alarma
• Respiración más rápida de lo normal. Tener en cuenta la escala diferenciada por edad en niños menores de 5 años.
• 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 o institucional, según como se tenga orientado.
- 10) En los pacientes que hayan tenido manejo hospitalario, se autoriza egreso cuando haya:
 - Tolerancia a la vía oral,

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 26 DE 49	

- Ausencia fiebre durante 24 horas.
- Ausencia de dificultad respiratoria con saturación de oxígeno >90% al aire ambiente por más de 48 horas sin alteraciones del ritmo cardíaco, con criterios de curación.

11) En pacientes que hayan requerido hospitalización considerar aislamiento por 10 días a partir del alta hospitalaria.

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


- 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 94% en adultos, entre 92% y 95% en gestantes y mayor a 94% en niños.
- 2) Administrar líquidos con prudencia a los pacientes con IRA moderada/grave cuando no haya indicios de choque.
- 3) Administrar un tratamiento empírico con antimicrobianos para tratar todos los patógenos que pueden causar IRA moderada/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

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 27 DE 49	

- 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.
 - 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 moderada/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 graves o evolución desfavorable, 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.


	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 28 DE 49	

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:

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


Evaluación	Clasificación	Manejo
Paciente sin síntomas que sea contacto estrecho de un caso confirmado.	Asintomático	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es Asintomático sin PCR: aislamiento domiciliario por 14 días desde el momento de la exposición, sino desarrolla síntomas reintegro social y laboral. ✓ Si es Asintomático con PCR positiva: aislamiento por 10 días desde la toma de la muestra. ✓ Realizar recomendaciones para el manejo del aislamiento domiciliario. ✓ Ordenar uso inmediato y permanente de mascarilla quirúrgica por el tiempo del aislamiento domiciliario. ✓ Seguimiento a cargo de la EAPB quien deberá reportar y tener comunicación activa con la entidad territorial de salud respectiva. ✓ Si la persona presenta alguna sintomatología durante los 14 días posteriores debe comunicarse para una mayor orientación con la línea telefónica que defina la EAPB responsable de la atención del paciente o en la línea de atención para coronavirus definida por la Entidad Territorial de Salud. ✓ Considerar realización de pruebas serológicas IgM/IgG a los 14 días de su aislamiento según criterio del tratante
Presenta los siguientes signos o síntomas en orden de mayor a menor frecuencia frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - 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. Poco frecuentes, pero se pueden presentar, síntomas gastrointestinales:	Infección respiratoria aguda leve (cuadros no complicados o enfermedad leve)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo sintomático: Acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas. No se recomiendan los AINES. Antihistamínicos según criterio médico. ✓ Egreso con recomendaciones de prevención de contagio: 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:

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 29 DE 49	

Evaluación	Clasificación	Manejo
<p>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>		<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. ✓ Seguimiento en teleorientación. ✓ En pacientes con factores de riesgo (ver capítulo 9): <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar marcadores de mal pronóstico: - Linfopenia (menor a 1.000) - EKG alterado (QTC largo) - Radiografía tórax anormal ✓ Hay marcadores de mal pronóstico: <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalizar y vigilancia clínica por 48 horas. ✓ No hay marcadores de mal pronóstico: <ul style="list-style-type: none"> - Manejo ambulatorio ya descrito como los demás pacientes.
<p>1. Neumonía leve</p> <p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disnea leve que logra saturación mayor a 90% a 2lt/min. - Edad de 65 o más años con factores de riesgo (EPOC, hipertensión, cardiopatías, diabetes, inmunosupresión) incluido el social. - Tolerancia a la vía oral. <p>Niños:</p> <p>Taquipnea: frecuencia respiratoria...</p> <ul style="list-style-type: none"> - En < de 2 meses ≥ 60 - De 2 a 11 meses ≥ 50 - De 1 a 5 años, ≥ 40 <p>2. Neumonía grave</p> <p>Adultos:</p> <p>Uno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FR > 30/min - Signos de dificultad respiratoria: (tirajes) - SpO2 <93% en aire ambiente. - Infiltrados pulmonares > 50%. <p>Nota: Puede tenerse en cuenta la</p>	<p>Infección respiratoria aguda moderada/grave (Neumonía leve y Neumonía grave)</p>	<p>1. Neumonía leve (IRA moderada)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospitalizar (en prestador primario) ✓ 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, preferiblemente hidratación oral. ✓ No administrar corticoide y no administrar esquema hidroxiclороquina/cloroquina + ritonavir/lopinavir (esto queda a criterio de nivel de mayor complejidad). ✓ Solicitar: Hemograma, Proteína C Reactiva, Velocidad de sedimentación globular, pruebas de función hepática (bilirrubinas), función renal (BUN y creatinina), troponina y EKG, y Rx de tórax. ✓ Ordenar toma de muestras: hisopado nasofaríngeo y orofaríngeo o aspirado nasofaríngeo. ✓ Diligenciar ficha epidemiológica 346

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 30 DE 49	

Evaluación	Clasificación	Manejo
<p>escala CRB-65* para complementar la valoración del riesgo y definir necesidad de hospitalización.</p> <p>Niños:</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> <p>* Pacientes mayores de 60 años o con Comorbilidades (EPOC, Hipertensión, cardiopatías, diabetes, inmunosupresión) que tengan síntomas, incluido el riesgo social.</p>		<p>(definición de caso 1), para notificación inmediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilancia clínica estricta con monitoreo de signos vitales cada 4 horas con oximetría. Si hay deterioro clínico o evolución desfavorable, remitir como urgencia vital a nivel de mayor complejidad. <p>Nota: Si el corticoide está indicado por una condición clínico concomitantes, puede ser utilizado.</p> <p>2. Neumonía grave (IRA grave)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hospitalizar y remitir ✓ Iniciar todo el manejo descrito para neumonía leve y de acuerdo a criterio médico y según el estado clínico del paciente, solicitar los paraclínicos descritos como estudio inicial, antes de remitir. <p>Nota: Todos los pacientes adultos mayores o con factores de riesgo (EPOC, hipertensión, cardiopatías, diabetes, inmunosupresión) incluido el social, con neumonía leve se hospitalizan en baja, mediana o alta complejidad de acuerdo con el criterio del tratante.</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 ≤ 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 	<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 ≥90 y PAD ≥60. ✓ 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 346 (para todas las definiciones de caso) y 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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 31 DE 49	

Evaluación	Clasificación	Manejo
niños). - Relleno capilar lento (> 2 s) o vasodilatación caliente con pulsos conservados; - Taquipnea; piel moteada o erupción petequiral o purpúrica. - Oliguria - Hipertermia o hipotermia		

Nota: Revisar factores de riesgo en el ítem correspondiente

Escala CRB-65:


Se utiliza para definir ingreso a hospitalización con puntuación > 0.

Criterio	Puntos
Confusión	1
Respiración > o igual a 30/minuto.	1
Tensión arterial: TAS < 90 o TAD < 60	1
Edad > o igual a 65 años	1

Puntuación	Riesgo (de muerte a 30 días)	Manejo
1	Riesgo moderado (5.2% mortalidad)	Requiere hospitalización
2	Riesgo Elevado (12.2% mortalidad)	
3	Riesgo Alto (31.2% mortalidad)	
4	Riesgo Alto (31.2% mortalidad)	


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

** Adicional a lo anterior, deberá considerarse como criterio de hospitalización las condiciones socioeconómicas o geográficas que imposibiliten el seguimiento del paciente.

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 32 DE 49	

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 33 DE 49	


13. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Para la vigilancia epidemiológica, se utilizará la estrategia de ***Vigilancia basada en eventos*** (rutinaria y obligatoria) definida por el INS en el documento **Orientaciones para la Vigilancia en Salud Pública de la Covid19(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 super-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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 34 DE 49	

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
Definición 1: Caso probable de Infección Respiratoria Aguda Grave o Enfermedad por Coronavirus - COVID grave (código 346)	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 (inmuncromatográfica) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas.
Definición 2 Caso probable de Infección Respiratoria Aguda o enfermedad leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 (inmuncromatográfica) o de los 14 días (ELISA o quimioluminiscencia) de inicio de síntomas. <p>Para aclarar el estado afebril de la persona, indagar si está consumiendo medicamentos antiinflamatorios o acetaminofén.</p>
Definición 5	Contacto estrecho** de caso confirmado de COVID-19 que no ha manifestado síntomas en

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
			PAGINA 35 DE 49	

Caso asintomático	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.
--------------------------	---


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. †

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 36 DE 49	

Contacto estrecho del personal de la salud: Cualquier trabajador en triage, consulta, salas de procedimientos, observación u hospitalización **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 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 moverse a diferentes zonas de los


	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 37 DE 49	

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.

Tabla 5. Casos confirmados de COVID-19

TIPO DE CASO	DEFINICION
Caso 1 Infección Respiratoria Aguda Grave 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 COVID19 entre 1 y 14 días después del último contacto sin protección.
Caso 2 Infección Respiratoria Aguda leve o moderada por virus nuevo, con manejo domiciliario (Cód. 346)	Caso confirmado por laboratorio: 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 (proteína C reactiva), 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.</p>
Caso 5 Asintomático	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.

Fuente: 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 12. Bogotá D.C

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 38 DE 49	

14. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS


La información sobre pruebas de diagnósticas es tomada en su totalidad del documento *Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de laboratorio durante la pandemia del SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia* en su versión 7 del Ministerio de Salud y Protección Social(23).

Existen las pruebas basadas en la detección de antígeno o anticuerpo. Se encuentran disponibles en el mercado pruebas serológicas para la detección de anticuerpos IgM/IgG que buscan evidenciar la respuesta inmune que produce el individuo afectado por el virus.

En Colombia ya se encuentran disponibles pruebas de antígeno que buscan proteínas del virus y que se pueden usar en los primeros 11 días de la infección de acuerdo con la validación de su desempeño realizada y las pruebas moleculares que detectan ácido nucleico del virus.

Los principales tipos de pruebas para el diagnóstico son: la molecular y la de antígeno. Las pruebas serológicas de COVID-19 indican exposición y probable infección y no son diagnósticas.

En las figuras 2 y 3 se presenta el comportamiento inmunológico/serológico del COVID-19 de acuerdo a la evidencia más reciente. Y adicionalmente, se presentan los flujogramas diagnósticos en los diferentes escenarios asistenciales (figuras 4 y 5).

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 39 DE 49	


14.1. Pruebas basadas en la detección de ácidos nucleicos

Son las pruebas moleculares, que se basan en la detección del ácido ribonucleico (ARN) del SARS-CoV-2 mediante ensayos de RT-PCR, fundamentada en la amplificación del genoma del virus. Es la prueba recomendada tanto para el seguimiento epidemiológico, como para la evaluación de pacientes en los ensayos de diagnóstico y de evaluación de intervenciones. La prueba de PCR en tiempo real con transcriptasa reversa (RT-PCR), está basada en la obtención de ADN complementario (cADN) desde una cadena de ARN mediante la transcripción reversa (RT por sus siglas en ingles), luego se detectan pequeñas secuencias del genoma viral mediante PCR en tiempo real.

Estas pruebas detectan la presencia directa del virus y 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. La carga viral disminuye luego de la fase aguda de la enfermedad, por esto después del séptimo día (y entre más cercana al día 14º luego de inicio de síntomas) puede encontrarse falsos negativos.

14.2. Pruebas de detección de Antígeno

Es un método de diagnóstico alternativo para SARS-CoV-2 (COVID-19), de acuerdo con la literatura científica es un poco menos sensible que la RT-PCR, pero normalmente es más rápida y fácil de implementar en los laboratorios clínicos (en menos de 30 minutos se obtiene el resultado). Se ha demostrado una alta sensibilidad y una muy buena especificidad en las validaciones secundarias realizadas en el país a las pruebas evaluadas en la infección temprana (**hasta 11 días después del inicio de síntomas**). La muestra que se requiere para estas pruebas es a través de hisopado naso faríngeo. Ha sido aplicable en otros países

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
			PAGINA 40 DE 49	

como Corea a nivel comunitario, clínicas ambulatorias, puntos de aislamiento y en hospitales.


Toda muestra biológica sospechosa de tener virus SARS-CoV-2 replicante debe manipularse en BSL-3 según la recomendación; sin embargo, si no se está cultivando para multiplicarlo, las muestras y el procesamiento se pueden hacer en BSL-2.

Ahora bien, en aquellas pruebas de Antígeno en las que está comprobado y debidamente certificado, que en su presentación tienen un buffer que inactiva el virus y no otro buffer distinto u otra técnica, la prueba diagnóstica podrá usarse fuera de la cabina de bioseguridad, por personal que dependa de un laboratorio debidamente habilitado, manteniendo todo el tiempo los EPP en la persona que toma la muestra y ejecuta el procedimiento diagnóstico.

En todo caso, el procedimiento sólo podrá ser realizado por personal de salud entrenado y certificado por un laboratorio clínico habilitado y así mismo, deberá garantizar los procesos de limpieza y desinfección entre pacientes, el procedimiento de desecho de elementos de riesgo biológico y el registro de información epidemiológica y de resultados.

14.3. Pruebas basadas en la detección de anticuerpos.

Los estudios serológicos pueden ayudar a la investigación de un brote o conglomerado 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 y alta sospecha clínica y de laboratorio. Se conoce que la primera línea de defensa durante las infecciones virales es la inmunoglobulina M (IgM) antes de la generación de inmunoglobulina (IgG) como respuesta adaptativa que

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
			PAGINA 41 DE 49	

son de mayor afinidad y son importantes para la inmunidad a largo plazo y la memoria inmunológica, por esta razón la metodología a utilizar para la detección de anticuerpos debería diferenciar entre IgM e IgG para mejor diferenciación entre los estadios de la enfermedad y detectar más casos en fase aguda o convalecientes.

Identificar la cinética de la respuesta inmune contra el COVID-19 es determinante en la evolución de la enfermedad y un apoyo para su diagnóstico. Cada vez se conoce más al respecto, pero faltan estudios que detallen esta información, pues se ha observado variabilidad en la generación de anticuerpos en diferentes poblaciones de asintomáticos y sintomáticos, entre estos últimos varía de acuerdo con la severidad, comorbilidades, edad, historial de infección, entre otros factores. (Documento Generalidades de pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra SARS-CoV-2 – INS. 2020).

Para la detección de anticuerpos se registra el uso de tres metodologías: i) Inmunocromatografía (pruebas en casete; ii) Inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y iii) quimioluminiscencia (CLIA).


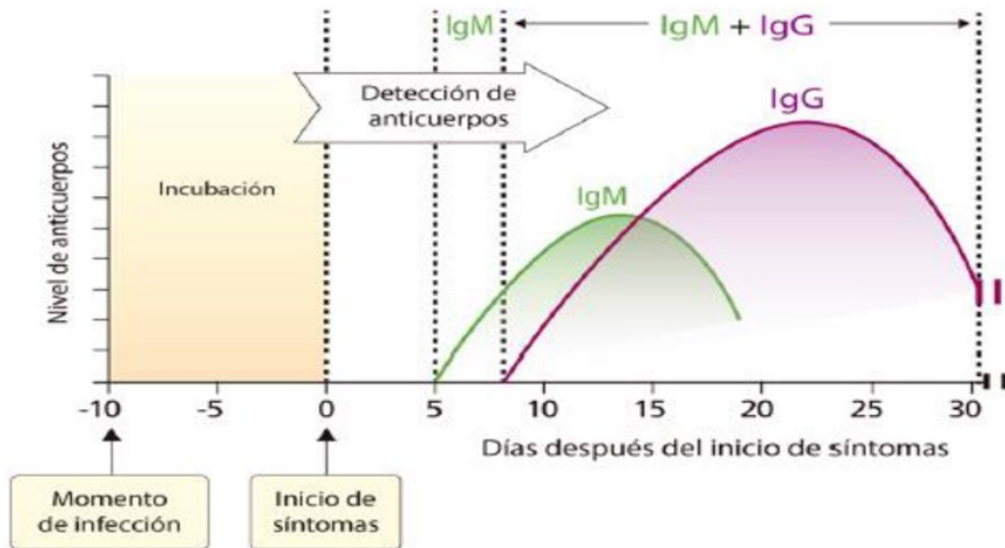
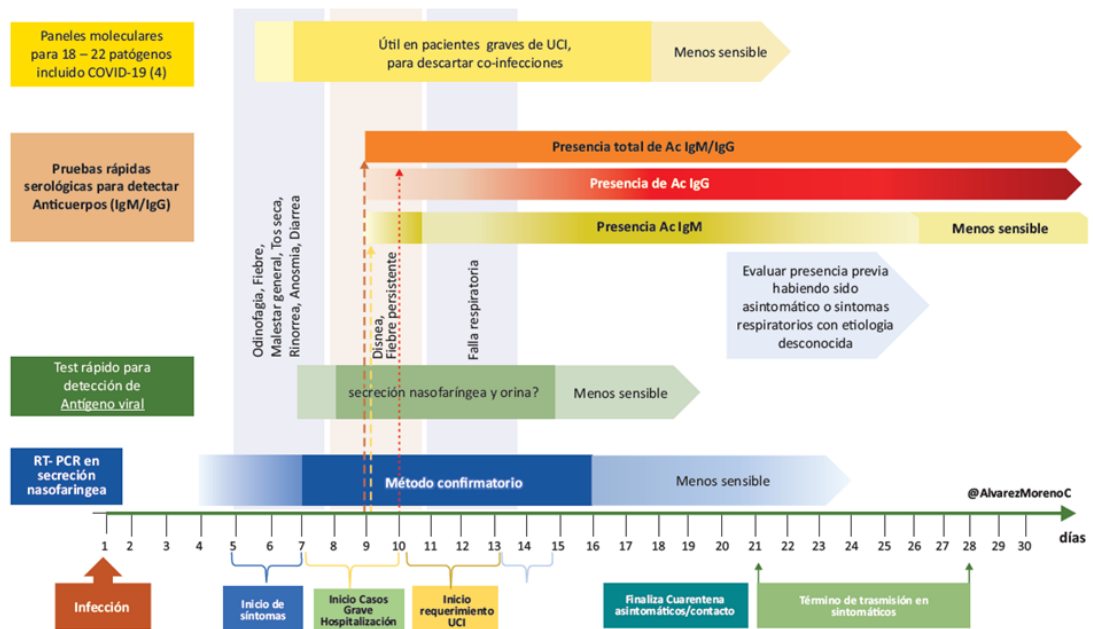
	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SARS-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 42 DE 49	

Figura 2. Representación de la cinética de producción de anticuerpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2.



Fuente: 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. Infectio 2020; 24:3 (S1):1-153.

Figura 3. Historia Viral e inmunológica de la infección SARS-CoV-2/COVID-19.



Fuente: 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. Infectio 2020; 24:3 (S1):1-153.


	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
			PAGINA 43 DE 49	

Figura 4. Interpretación de los posibles resultados por laboratorio en la detección de ARN y/o Anticuerpos SARS-CoV-2.

RESULTADO DE LABORATORIO			SIGNIFICADO CLÍNICA COVID-19
RT-PCR	IgM	IgG	
-	-	-	Negativo
+	-	-	Positivo (fase aguda)
+	+	-	Positivo (infección reciente)
+	-	+	Positivo
+	+	+	Positivo
	+	-	No interpretable
	+	+	Probable positivo (infección reciente)*
	-	+	Probable positivo* o infección resuelta**
-	-	+	Probable positivo* o infección resuelta**

* Se puede presentar reactividad cruzada

** No se puede asegurar producción de anticuerpos neutralizantes contra SARS-CoV-2

Fuente: Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de laboratorio durante la pandemia del SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia en su versión 7 del Ministerio de Salud y Protección Social. 2020.


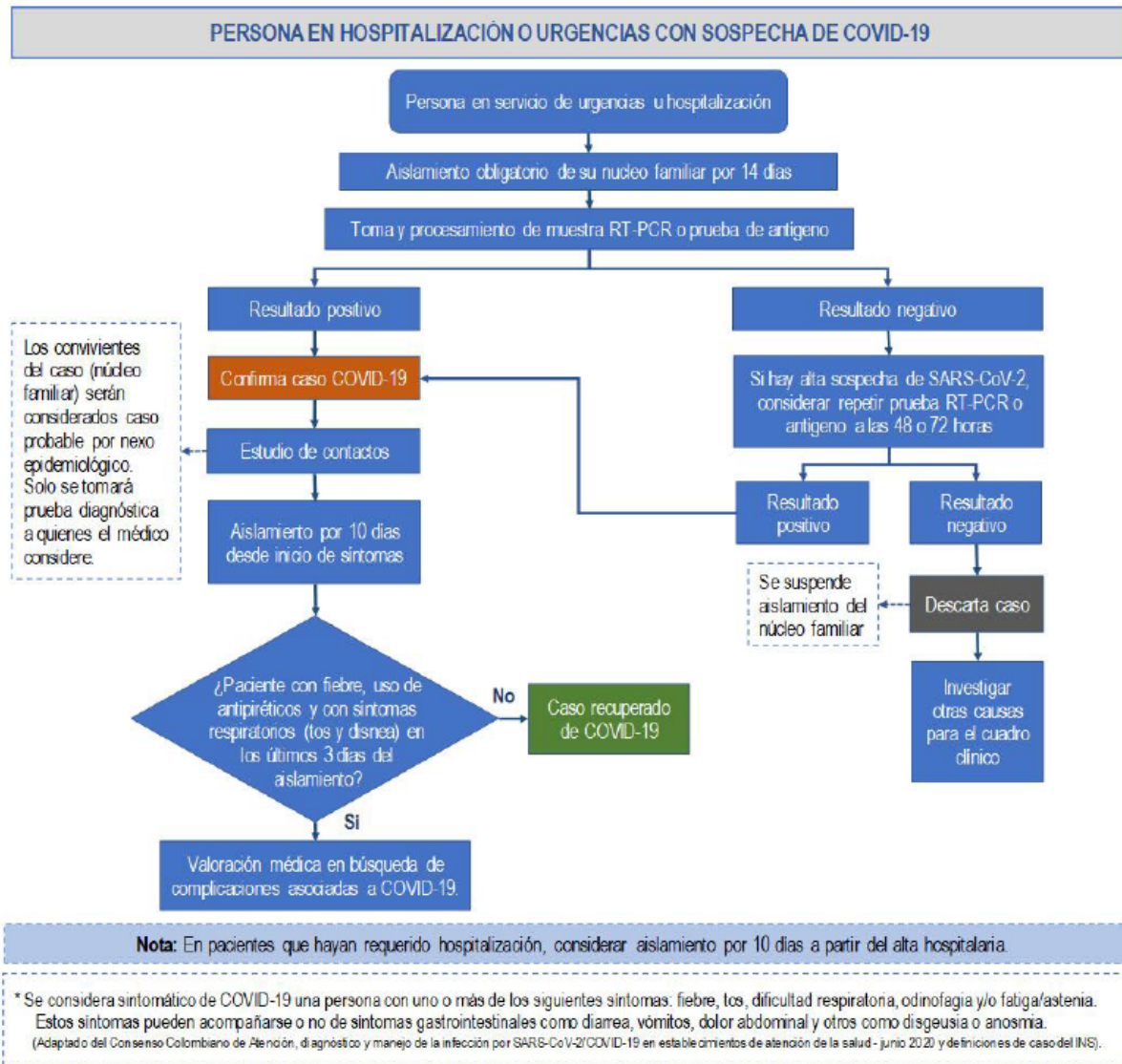
	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 44 DE 49	

Figura 5. Flujograma 1: Proceso diagnóstico en personas atendidas en servicios de urgencias y hospitalización.



Fuente: Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de laboratorio durante la pandemia del SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia en su versión 7 del Ministerio de Salud y Protección Social. 2020.


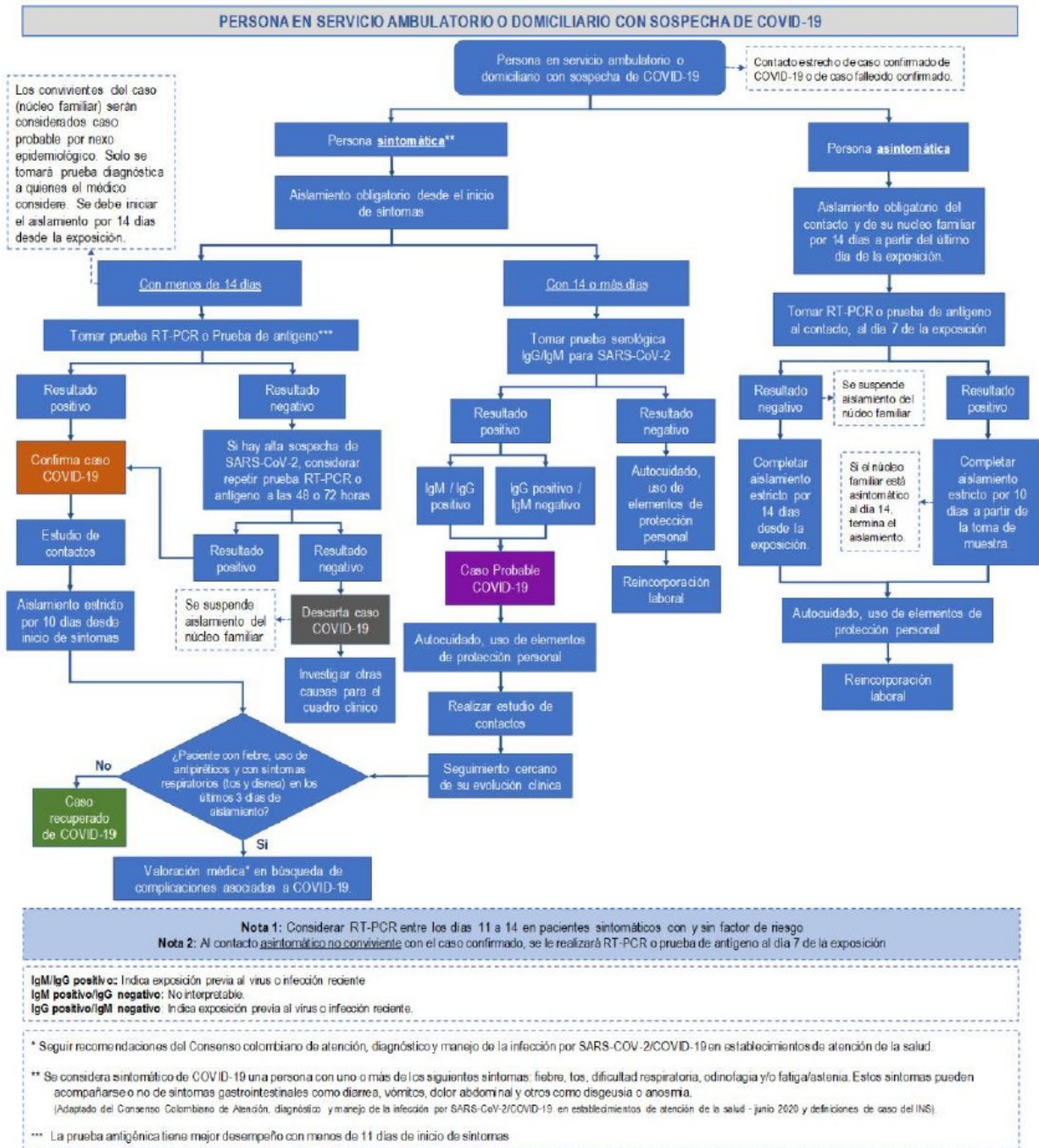

	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 45 DE 49	

Figura 6. Flujograma 2: Proceso diagnóstico en personas atendidas en servicios ambulatorios y en domicilio.




Fuente: Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de laboratorio durante la pandemia del SARS-COV-2 (COVID-19) en Colombia en su versión 7 del Ministerio de Salud y Protección Social. 2020.


	GUIA	CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.	VERSIÓN	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 46 DE 49	

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 47 DE 49	

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	4
		VIGENCIA	28/09/2020
		PAGINA 48 DE 49	

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 Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la covid- 19. Minist Salud. 2020;1:1–39.
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 - versión 7 [Internet]. 2020. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos_y_procedimientos/GIPS21.pdf

	GUIA		CÓDIGO	VE-S1-G10
	Guía para el manejo de los casos de infección respiratoria aguda asociados a SAR-CoV2.		VERSIÓN	4
			VIGENCIA	28/09/2020
	PAGINA 49 DE 49			

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del cambio	Fecha de aprobación
4	<p>Modificación del documento: Se modifica documento por motivos de actualización en las guías y lineamientos del MinSalud y otras instituciones referentes nacionales. Se realizan los siguientes ajustes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de la vigencia. 2. Modificación del contenido. 3. Incorporación del ítem: 14.3. 	28/09/2020
<p>Nombre: Carlos Andrés Montalvo Arce. Contratista área Vigilancia Epidemiológica.</p>	<p>Nombre: Lina Andrea Candelo Rios. Contratista área Vigilancia Epidemiológica.</p>	
<p>Nombre: Suellen Silva Correia Da Rosa. Contratista área Garantía de la calidad</p>	<p>Nombre: Ela Tatiana Perdomo Rivera. Contratista área Garantía de la calidad</p>	<p>Nombre: Ingry Alexandra Suarez Castro. Contratista área Técnico Científico.</p>
Elaboró	Revisó	Aprobó