FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

VERSIÓN JULIO 2020

RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN AMBULATORIA DE PACIENTES COVID-19 RED DE SALUD UC-CHRISTUS

Red de Salud
UC · CHRISTUS

ÍNDICE

Parte I — Página 02

Equipo

Parte II — Página 03 - Página 04

Fundamentos y Mensajes Claves

Parte III — Página 04 - Página 06

Presentación Clínica COVID-19

Parte IV — Página 06 - Página 08

Evaluación de un paciente con sospecha COVID-19

Parte V — Página 09

Definiciones vigentes para COVID-19 en Chile

Parte VI — Página 10 - Página 12

Rol de exámenes de apoyo diagnostico

Parte VII — Página 13 - Página 16

Manejo Clínico Ambulatorio de COVID-19 leve o moderada

Parte VIII — Página 17 - Página 22

Seguimiento Clínico

Parte IX — Página 23 - Página 24

Responsabilidades Administrativas

Parte X — Página 25

Planificación de Alta

Parte XI — Página 26 - Página 28

Grupos especiales

Parte XII — Página 29

Material de Apoyo para pacientes

Parte I

EQUIPO

Equipo Creador de Departamento Medicina Familiar

- Dra. Philippa Moore
- Dra. Pamela Rojas,
- Dr. Tomás Pantoja,
- Dr. Nicolás Barticevic,
- Dr. Diego García-Huidobro

Equipo de Colaboradores

- Dra. Doris Muñoz
- Dr. Fernando Saldías
- Dra. Isabel Cerón
- Enf. Carolina Croquevielle

Parte II

FUNDAMENTOS Y MENSAJES CLAVES

Fundamentos del Documento

COVID-19 ha impuesto un enorme desafío a los equipos de salud, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. Este desafío se explica, no sólo por la demanda creciente de prestaciones de salud, sino también por las implicancias de trabajar en escenarios de alta incertidumbre, propios de una situación como la que experimentamos.

Los equipos clínicos han debido trabajar con normativas ministeriales que se han ido adecuando semana a semana, han debido aceptar la falta de evidencia de buena calidad metodológica, han trabajado en la adquisición de competencias nuevas derivadas de la experiencia de otros países; e incluso han debido refrescar otras competencias, ya olvidadas con los años de especialidad.

Nos enfrentamos a trabajar con un virus cuya expresión clínica es extremadamente variable; con pacientes cuyas patologías de base siguen presentes, y que pueden condicionar la evolución de sus cuadros en caso de contagio. Se suma el trabajo con nuevas prestaciones a distancia, que nos exigen definir el estado clínico de un paciente de manera remota; y con el apoyo de exámenes de diagnóstico aún difíciles de interpretar. A esto se agregan las exigencias administrativas que, si bien sobrecargan el sistema, son las que dan soporte al seguimiento clínico de los pacientes, a su aislamiento, al reposo laboral remunerado; y permite a las autoridades tomar el pulso de la situación epidemiológica nacional y adecuar las medidas pertinentes.

El propósito de este documento es apoyar a los equipos ambulatorios de la Red de Salud UC CHRISTUS en la implementación de intervenciones efectivas para la evaluación, diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes que consultan por una condición aguda asociada a COVID-19. Su objetivo específico es el diseño de un protocolo de atención ambulatoria de pacientes con sospecha de patología aguda producto de COVID-19 que permita:

- Ofrecer un diagnóstico oportuno
- Identificar pacientes de alto riesgo de presentar complicaciones
- Promover el uso de tratamientos basados en la mejor evidencia disponible, y/o consensuados entre especialistas de distintas áreas de la Red.
- Ofrecer criterios comunes de seguimiento ambulatorio y de hospitalización.
- Orientar con relación a las tareas administrativas propias de la pandemia

Mensajes Claves del Documento

- La mayor parte de los pacientes diagnosticados como COVID-19 cursarán una enfermedad de carácter leve.
- La edad más avanzada y la coexistencia con patologías de base tales como hipertensión arterial, obesidad, y enfermedades respiratorias crónicas, entre otras, son factores de riesgo para una evolución clínica más desfavorable, y necesidad de hospitalización para soporte vital.
- Es fundamental tener en consideración las patologías de base de cada paciente, y ofrecer un tratamiento adecuado para ellas.
- A la fecha de elaboración de este protocolo no existen fármacos de carácter preventivo, curativo, ni otros que permitan reducir la severidad de COVID-19 en un contexto ambulatorio.

PRESENTACIÓN CLÍNICA COVID-19

La presentación clínica de COVID-19 es variable, con una proporción de pacientes asintomáticos (16% [rango 6 a 41%][1]) y oligosintomáticos, cuyo rol en la transmisión de la enfermedad está demostrado, pero aún no claramente cuantificado.

Si bien existen síntomas muy frecuentes, que orientan con facilidad a la posibilidad de COVID-19, en especial en un contexto de alta prevalencia, también se han observado una serie de otros síntomas y signos, tanto generales como atribuibles a un sistema específico (dermatológicos, gastrointestinales, cardiovasculares, neuropsiquiátricos, entre otros), cuyo rol en el diagnóstico y en el pronóstico parece ser poco relevante. Mención especial merece la presencia de alteraciones en el olfato o el gusto, reportado con mayor frecuencia que en otras enfermedades respiratorias altas.

La **tabla 1** presenta un resumen de algunos síntomas asociados a COVID 19 [2 3]

TABLA 1: SÍNTOMAS DESCRITOS PARA COVID-19 LEVE - MODERADO

SÍNTOMAS FRECUENTES[4]			
Cefalea (70%)	**Tos (63%)** Por lo general, tos seca.	**Disnea (49%)** La intensidad del síntoma se asocia a gravedad	**Anosmia/ Ageusia (57-87%) :** Precede a síntomas respiratorios. Más frecuente en jóvenes y en mujeres [5]
Fatiga/astenia (63%) Puede ser prolongada, aun en cuadros leves	**Mialgia (62%)**		**Rinorrea/ Obstrucción nasal (60-68%)**
Odinofagia (52%) Habitualmente aparece precoz en la evolución	**Anorexia (45%)**		**Fiebre (45%)** Ocasional en pacientes leves
SÍNTOMAS POCO FRECUENTES			
Mareos (12%)	**Síntomas neurológicos** Confusión, insomnio,	**Síntomas psiquiátricos** Depresión, ansiedad	**Gastrointestinal (19%):** nauseas, vómitos, dolor abdominal
Síntomas dermatológicos - Rash maculopapular (47%) - Lesiones acrales (19%): eritema, vesículas (aparecen tempranamente), pústulas, pseudo-sabañones (aparición más tardía). - Lesiones urticariales (19%) - Otras erupciones vesiculares (9%); - Livedo o necrosis (6%).		**Dolor torácico** (2-5%) Dolor dorsal/lumbar	**Otros:** Conjuntivitis, hemoptisis, síncope, hipo, parotiditis, lesiones retinales, alopecia
SÍNTOMAS DE GRAVEDAD			
Disnea que impide hablar	Taquipnea	Taquicardia	
Cianosis	Saturación O2<93	Crepitaciones	

1. Oyungerel Byambasuren, Magnolia Cardona, Katy Bell, Justin Clark, Mary-Louise McLaws, Paul Glasziou. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. medRxiv. 2020;
2. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. Clin Infect Dis. 2020. Epub 2020/03/28.
3. Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020:194599820926473. Epub 2020/05/06.
4. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, Place S, et al. Clinical and epidemiological characteristics of 1,420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. J Intern Med. 2020 Apr 30
5. Mercante G, Ferreli F, De Virgilio A, et al. Prevalence of Taste and Smell Dysfunction in Coronavirus Disease 2019. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. Published online June 18, 2020. doi:10.1001/jamaoto.2020.1155

Los síntomas de COVID-19 varían con la edad. En los pacientes más jóvenes predominan los síntomas respiratorios altos (nariz, faringe, oídos), mientras que en los de mayor edad aparece la fiebre, fatiga y pérdida de apetito[6].

Los adultos mayores y los pacientes inmunocomprometidos pueden presentar síntomas atípicos como fatiga, reducción del estado de alerta y movilidad reducida, diarrea, anorexia, delirium y ausencia de fiebre[7].

Los niños pueden reportar tos y fiebre con menos frecuencia que los adultos[8].

Formas de presentación COVID-19

La **tabla 2** resume las 4 presentaciones clásicas con las cuales se trabaja en términos operacionales en COVID-19, y que sirven de guía al clínico para orientar sus intervenciones.

TABLA 2: PRESENTACIONES CLÍNICAS DE COVID-19[9]

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Enfermedad leve	Pacientes sintomáticos que congregan los criterios de la definición de caso, sin signos sugerentes de neumonía o insuficiencia respiratoria (hipoxemia).
Enfermedad moderada (neumonía viral)	Adolescentes y adultos con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea), pero sin signos de neumonía severa, incluyendo SpO2 >90% con aire ambiente.
Enfermedad severa	Adolescentes y adultos con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, taquipnea), asociado a uno o más de los siguientes criterios: frecuencia respiratoria > 30 resp/min; dificultad respiratoria importante; o SpO2 < 90% con aire ambiente.
Enfermedad crítica (Síndrome de distrés respiratorio agudo)	Inicio: Habitualmente 1 semana desde el diagnóstico con deterioro de los síntomas respiratorios. Imágenes (Radiografía o TAC de tórax): opacidades en vidrio esmerilado o condensaciones bilaterales no explicadas por congestión, colapso lobar o pulmonar, nódulos o masas. Intercambio de oxígeno deteriorado (PaO2/FiO2 < 300). Intercambio de oxígeno deteriorado que requiere muchas veces cuidados críticos y soporte respiratorio.

6. LeLechien JR, Chiesa-Estomba CM, Place S, et al. Clinical and epidemiological characteristics of 1,420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. J Intern Med. 2020 Apr 30
7. Tay HS, Harwood R. Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person. Age Ageing. 2020. Epub 2020/04/22.
8. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):422-6. Epub 2020/04/10.
8. Miguel A. COVID-19: Triage, evaluación de gravedad y criterios de hospitalización. Primera Jornada de Capacitación COVID-19 PUC. https://medicina.uc.cl/wpcontent/uploads/2020/03/Capacitaci%C3%B3n-COVID-19-PUC-23-Mar-Mosaicon1.pdf
9. Miguel A. COVID-19: Triage, evaluación de gravedad y criterios de hospitalización. Primera Jornada de Capacitación COVID-19 PUC. https://medicina.uc.cl/wpcontent/uploads/2020/03/Capacitaci%C3%B3n-COVID-19-PUC-23-Mar-Mosaicon1.pdf

Parte IV

¿CÓMO EVALUAR A UN PACIENTE CON SOSPECHA DE COVID-19?

La consulta de un paciente COVID-19 en la Red de Salud ambulatoria UC CHRISTUS podría ocurrir de manera presencial o remota (telemedicina). En ambas situaciones será necesario:

- precisar los factores de riesgo del paciente para desarrollar enfermedad severa
- evaluar la condición clínica actual del paciente y categorizar su severidad
- determinar la necesidad de confirmar diagnóstico con PCR diferenciando paciente sospechoso y caso probable (ver definiciones en sección III).
- expresar apoyo y estar atento a la reacción emocional del paciente.

Cuando una consulta ocurre de manera remota es posible realizar una correcta evaluación a través del uso de diversos elementos clínicos. A los profesionales que realizarán estas atenciones se les sugiere profundizar revisando el artículo *"COVID-19: a remote assessment in primary care"* [10]

Si la consulta es presencial, y el contexto clínico lo exige (Servicio Urgencia, Policlínico enfermedades respiratorias, etc.), se sugiere instaurar siempre un Triage de Categorización al momento del ingreso del paciente para definir cómo priorizar las atenciones.

Todo personal que atiende de manera presencial a un paciente sospechoso o confirmado de COVID-19 debe utilizar de manera correcta los elementos de protección personal (EPP) que han sido instruidos (mascarilla, protección ocular, guantes y pechera). Para más información se sugiere revisar:

https://www.sicapnet.cl/cb4/acceso.aspx

https://observatorio.medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/04/Guia-sobre-como-ponerse-y-desechar-los-EPP-MINSAL.pdf

La evaluación clínica de un paciente sospechoso de COVID-19 debe incluir[11]:

a. Historia de progresión de síntomas respiratorios. Consignar día de inicio y evolución del cuadro.

b. Antecedentes mórbidos y factores de riesgo de complicaciones (ver tabla 3).

c. Examen físico: enfocado a los síntomas referidos por el paciente, y a otros observables en COVID-19 o en sus complicaciones. Es importante recordar que la auscultación pulmonar puede ser normal en una neumonía viral.

d. Se sugiere considerar un examen mental básico para evaluar el estado de conciencia.

e. Los scores pronósticos específicos para COVID-19 se consideran aún en etapa preliminar, por lo que no se recomienda su uso en la clínica[12].

Habilidades comunicacionales sugeridas para todo paciente consultando en relación con COVID-19 se encuentran disponibles en la Guía de estrategias para la comunicación preparada para la enfermedad del coronavirus (COVID)

https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_Spanish.pdf

10. Greenhalgh T et al. COVID-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182. http://familiarycomunitaria.cl/FyC/2020/03/29/COVID-19-una-evaluacion-remota-enatencion-primaria/
11. Rojas MP, Puschel K, Rivera S, García Huidobro D. 11 junio 2020. Protocolo de manejo clínico de pacientes COVID-19 en unidad de observación prolongada (UOP) en el nivel primario de atención.
12. Wynants L, Van Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, De Vos M, Haller MC, Heinze G, Moons KGM, Riley RD, Schuit E, Smits LJM, Snell KIE, Steyerberg EW, Wallisch C, van Smeden M. Prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection: systematic review and critical appraisal. BMJ (Clinical research ed.). 2020;369:m1328.

Los servicios de urgencia hospitalarios han advertido que los pacientes COVID-19 pueden consultar de manera tardía, con síntomas avanzados, mayor riesgo de complicaciones e incluso con requerimiento de apoyo ventilatorio, por temor de acercarse a las unidades de emergencias.

La **tabla 3** resume los factores de riesgo que se han estudiado para COVID-19, y su rol en el desarrollo de enfermedad más severa [13].

TABLA 3: FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR UNA ENFERMEDAD SEVERA

FACTOR DE RIESGO	RIESGO DE ENFERMEDAD MÁS SEVERA, VENTILACIÓN ASISTIDA, MUERTE
Edad	A mayor edad el riesgo de enfermedad severa o muerte es mayor, pero en general se establece como punto de corte, por razones prácticas, los 65 años.
Hacinamiento	Mayor número de personas en un hogar aumenta el riesgo de enfermedad severa
Sexo masculino	Sexo masculino se asocia a enfermedad más severa, requerimiento de ventilación mecánica y mayor mortalidad.
Raza	Estudio en EE. UU. y UK muestra que personas de raza negra, asiática y latinoamericana tienen un mayor riesgo de presentar peores resultados. Esto puede ser relacionado con factores socioeconómicos o exposición laboral.
Comorbilidades	Riesgo de hospitalización es 6 veces mayor, mientras que la mortalidad es 12 veces mayor que en personas sin comorbilidad.
HTA	Asociado a severidad, requerimiento de UCI, y mayor mortalidad. Pacientes con HTA pueden tener 2,3 veces más riesgo de desarrollar una enfermedad severa, y hasta 3,5 veces más riesgo de muerte.
Enfermedad cardiovascular	La enfermedad cardiovascular se ha asociado a un riesgo 3 veces mayor para infección severa y a un incremento al doble de la mortalidad general.
Obesidad	Obesidad se asocia a un riesgo 4 veces mayor de enfermedad severa y a un 40% de incremento en mortalidad por COVID-19.
Diabetes	Pacientes con diabetes tiene 2,5 veces más riesgo de enfermedad severa y a un 80% mayor riesgo de mortalidad. Este riesgo aumenta en pacientes con enfermedad de mayor data y en pacientes con glucemia mal controlada.
Tabaquismo	Personas que fuman activamente tienen 65% más riesgo de enfermedad severa y 57% más riesgo de muerte.
Enf resp Crónica	Se asocia con 2,5 veces mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad

13. Izcovich A, Ragusa MA, Tortosa F, Lavena Marzio MA, Agnoletti C, Bengolea A, Ceirano A, Espinosa F, Saavedra E, Sanguine V, Tassara A, Cid C, Catalano HN, Agarwal A, Foroutan F, Rada G. Prognostic Factors for Severity and Mortality in Patients Infected with COVID-19: A Systematic Review. SSRN. 2020;

Cáncer	Aumenta en un 35% el riesgo de muerte y al doble el riesgo de enfermedad severa.
ERC	Aumenta al doble el riesgo de muerte y el riesgo de enfermedad severa.
Enfermedad hepática	Mayor probabilidad de hospitalizarse. Aumento Mortalidad
VIH	No se ha reportado mayor riesgo de agravar por el hecho de vivir con VIH, sin embargo, se podría presumir un mayor peligro en pacientes que no se encuentran en terapia antiretroviral, con enfermedad avanzada (CD4 menor a 200 células/mm3) y/o con mal control virológico (carga viral VIH mayor a 1000 copias RNA/mL).[14] Para revisar material para pacientes se sugiere revisar documento MINSAL Información COVID-19 para personas que viven-con VIH [15]
Grupo sanguíneo A	Aumento de riesgo de desarrollar enfermedad severa
Fármacos	No se ha demostrado asociación del consumo de ningún fármaco con riesgo de infectarse ni incremento en la mortalidad (por ej. IECA, ARA2, AINES)
Inmunosupresión	Evidencia limitada sugiere que los pacientes inmunosuprimidos no presentan mayor riesgo de infección ni de desarrollar una enfermedad severa.
Enfermedades autoinmunes	No parecen estar asociadas a mayor riesgo de infección. Se ha discutido su asociación con un incremento en el riesgo de enfermedad severa y mortalidad, pero hasta ahora no hay evidencia suficiente.

1. ¿Cuáles son los criterios utilizados para establecer la gravedad de un paciente?

La evaluación inicial del paciente debiera incluir los siguientes elementos:

- Historia de progresión de los síntomas (consignando día de evolución del cuadro)
- Antecedentes mórbidos y factores de riesgo de complicaciones (Tabla 3)
- Examen físico: focalizado en el cuadro clínico del paciente, con especial énfasis en:
  - signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, presión arterial),
  - examen pulmonar
  - examen mental.

En COVID-19 es poco probable encontrar signología de neumonía clásica. Se debe sospechar una neumonía viral con los siguientes hallazgos

- tos intensa y prolongada, día y noche,
- disnea moderada o severa (no la disnea leve),
- fiebre persistente por más de 2 días.

14. Sociedad chilena de infectología. Recomendaciones en prevención de COVID-19 para personas que viven con VIH. Cómo actuar en periodo de pandemia. http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2020/COVID19_VIH_actualizado.pdf
15. MINSAL-Chile. Información COVID-19 para personas que viven-con VIH. :https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/INFORMACION-COVID-19-PARA-PERSONAS-QUE-VIVEN-CON-VIH_final.pdf

- una auscultación pulmonar, normal NO descarta neumonía viral

Se sugiere hospitalizar ante la presencia de UNO O MÁS de los siguientes elementos:

- Confusión
- Frecuencia respiratoria mayor a 30
- Hipotensión: PAS < 90 mmHg o PAD < 60 mmHg
- Hipoxemia: Saturación < 92% en adultos mayores o < 90% en jóvenes

Algunos de estos elementos, además de la edad (> 65 años), están recogidos en la herramienta CRB-65, que se utiliza para determinar la gravedad en pacientes con NAC. Este instrumento, sin embargo, tiene una baja sensibilidad, especialmente en neumonías virales, por lo que no se recomienda su uso.

2. ¿Cuándo sospechar una neumonía en pacientes COVID-19?

Debe sospechar una neumonía (NAC) en todo paciente que se presenta con fiebre persistente, tos y disnea.

Existen pocos elementos clínicos que permitan realizar una clara diferenciación de neumonía viral y bacteriana (estudios realizados fuera de contextos de epidemia/pandemia[16 17])

En Chile la experiencia sugiere que los casos de neumonía bacteriana en pacientes COVID-19 son poco frecuentes.

La **tabla 4** resume algunos elementos clínicos que pueden orientar para diferenciar una NAC bacteriana de una NAC por COVID-19.

TABLA 4: ELEMENTOS CLÍNICOS QUE PUEDEN ORIENTAR PARA DIFERENCIAR UNA NAC BACTERIANA DE UNA NAC POR COVID-19

NAC BACTERIANA	NAC POR COVID-19
Fiebre persistente	Fiebre persistente
Disnea	Disnea
Tos con expectoración	Tos con o sin expectoración
Ausencia de mialgias y catarro	Presencia de estado gripal
Examen pulmonar: síndrome de condensación (Matidez, broncofonia, soplo tubario, etc.)	Auscultación normal o con pocas alteraciones
Radiografía Tórax: Signos de condensación	Radiografía Tórax: Patrón intersticial que puede ser uni o bilateral

16. Teepe J et al. Predicting the presence of bacterial pathogens in the airways of primary care patients with acute cough. CMAJ 2017;189(2):E50-55.
17. Graffelman AW et al. A diagnostic rule for the etiology of lower respiratory tract infections as guidance for antimicrobial treatment. Br J Gen Pract 2004;54:20-4

Parte V

¿CUÁLES SON LAS DEFINICIONES VIGENTES PARA COVID 19 EN CHILE?

Las definiciones asociadas a COVID-19 se han modificado por parte de MINSAL, conforme avanza el impacto de la pandemia en Chile. La tabla 5 resume las definiciones vigentes conforme el Ordinario B51: Nº 2137.- Santiago, 11 de junio de 2020 y recomendaciones sobre su estudio con PCR y medidas inmediatas de aislamiento en domicilio [18].

TABLA 5: DEFINICIONES E INDICACIONES VIGENTES PARA COVID 19, CRITERIO MINSAL CHILE

SITUACIÓN	PCR Y MEDIDAS DE AISLAMIENTO
Caso sospechoso: Persona con un cuadro agudo y que presenta al menos 2 de los síntomas compatibles con COVID-19: fiebre (37,8 ºC o más), tos, disnea, dolor torácico, odinofagia, mialgias, calofríos, cefalea, diarrea, o pérdida brusca del olfato o gusto O bien, paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (que requiera hospitalización)	Tomar PCR de hisopado nasofaríngeo de coronavirus para SARS-Cov-2 Cuarentena hasta que les sea notificado el resultado de su examen
Caso confirmado: Paciente sospechoso con PCR (+) para coronavirus SARS-Cov-2	Aislamiento 14 días desde el inicio de los síntomas. Identificación y cuarentena de los contactos estrechos Licencia médica
Caso probable: - Paciente que cumple con la definición de Caso sospechoso en el cual el resultado de la PCR resulta indeterminado - Personas expuestas a un contacto estrecho (*) de un paciente confirmado con COVID-19, entre 2 días antes y 14 días después del inicio de síntomas del caso índice, y que presentan al menos uno de los síntomas de la enfermedad del COVID-19. No será necesaria la confirmación con PCR.	
Contacto estrecho: Aquellas personas que han estado en contacto con un caso confirmado bajo las siguientes situaciones: - 15 minutos de contacto cara a cara, a menos de un metro, sin mascarilla. - Compartir un espacio cerrado por 2 horas o más, en lugares tales como oficinas, trabajos, reuniones, colegios, entre otros, sin mascarilla. - Vivir o pernoctar en el mismo hogar o similares (hostales, internados, instituciones cerradas, hogares de ancianos, hoteles, residencias). - Traslado en medio de transporte cerrado a una proximidad menor de un metro con otro ocupante contagiado, sin mascarilla.	Cuarentena por 14 días desde el contacto, aunque el resultado del test PCR para SARS-Cov-2 sea negativo

18. MINSAL Chile (11 Junio 2020). Decreto. B51 N° 2137

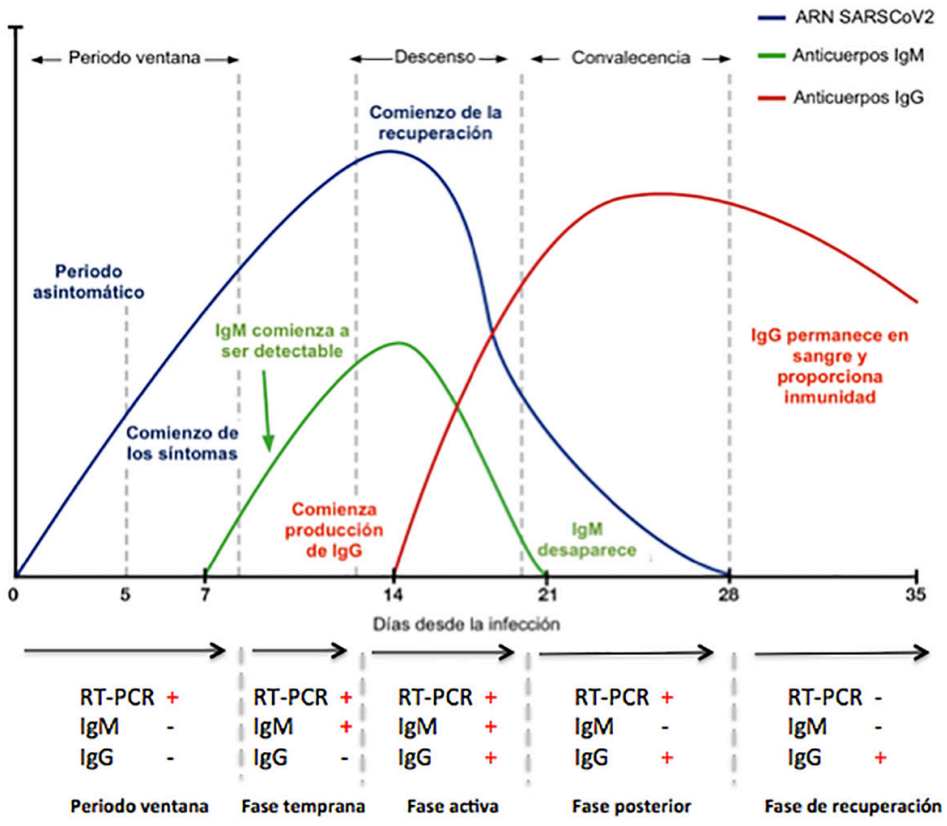
Parte VI

¿CUÁL ES LA UTILIDAD DE COMPLEMENTAR EL ESTUDIO CON OTROS EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO?

Los exámenes de apoyo diagnóstico que se utilizan con más frecuencia en COVID-19 son: PCR de muestras respiratorias de coronavirus SARS-CoV-2 y el estudio de anticuerpos. Su interpretación requiere tener claridad sobre el momento de la infección en el cual se positivizan, en el que logran su máximo rendimiento, y cuando comienzan a desaparecer.

La **figura 1** resume el comportamiento de PCR y anticuerpos durante una infección por SARS-Cov2. Se encuentran disponibles calculadoras para estimar las probabilidades en casos individuales.

FIGURA 1: COMPORTAMIENTO DE PCR Y ANTICUERPOS EN COVID-19



1. ¿Cómo se interpreta el resultado de una PCR para Sars Cov-2?

En el escenario ambulatorio, la técnica más usada para la obtención de una muestra es el hisopado nasofaríngeo. El lavado bronquio alveolar tiene sensibilidades bastante mayores, pero su uso se restringe al ámbito hospitalario. Nuevas técnicas más aceptables por los pacientes, como la PCR en saliva, están en vías de validación clínica.

La **tabla 6** presenta la sensibilidad de PCR para Sars Cov2 obtenida por hisopado nasofaríngeo [19] [20].Todas las tomas de muestras de la red UC realizan este examen Código 2798PCR COVID-19 (Nuevo Coronavirus).

TABLA 6: SENSIBILIDAD DE PCR PARA SARS COV2 OBTENIDA POR HISOPADO NASOFARINGEO

MOMENTO DE TOMA DEL EXAMEN	SENSIBILIDAD
4 días después de la EXPOSICIÓN	33%
día del inicio de los SÍNTOMAS	62%
3 días desde inicio de los SÏNTOMAS	80%
15 días desde inicio de los SÍNTOMAS	50%
33 días desde inicio de los SÍNTOMAS	<5%

2. ¿Se deben utilizar las pruebas serológicas (anticuerpos Sars-Cov-2) para el diagnóstico de casos sospechosos?[21] [22]

Dado que aún hay pocas certezas en relación con el rol de los anticuerpos, la recomendación actual para confirmar el diagnóstico de COVID-19 es pedir EXCLUSIVAMENTE PCR de hisopado nasofaríngeo.

A pesar de que existe presión por parte de pacientes, empleadores, y la comunidad en general por pedir anticuerpos, la racionalidad detrás de su uso es débil:

a. Solicitud de anticuerpos con fines “pronósticos”: Una motivación central es la determinación de la recuperación y adquisición de inmunidad frente a la infección por SARS-CoV-2, sin embargo, la posibilidad de reinfección por este virus es aún incierta, y de ocurrir, se desconoce con qué frecuencia podría producirse. Por otro lado, no se sabe si los anticuerpos cambiarían la susceptibilidad a una posible reinfección, ni por cuánto tiempo lo harían. No todos los anticuerpos detectados son efectivamente neutralizantes, y se sabe que muchos de ellos no tienen actividad antiviral in-vitro [23].

19. KucirkaL M, Lauer SA, Laeyendecker O, Boon D, Lessler J. Variation in false-negative rate of reverse transcriptase polymerase chain reaction-based SARS-CoV-2 tests by time since exposure. Ann Intern Med. Published online May 13, 2020
20. Sun J, Xiao J, Sun R, etal. Prolonged persistence of SARS-CoV-2 RNA in body fluids. Emerg Infect Dis. Published online May 8, 2020
21. World Health Organization. Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19. 2020 [internet publication].
22. Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidelines for COVID-19 antibody testing. 2020 [internet publication].
23. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA. Published online July 10, 2020. doi:10.1001/jama.2020.12839

b. Solicitud con fines diagnósticos: En algunos casos los anticuerpos podrían servir para fines diagnósticos, por ejemplo, cuando la PCR ha sido negativa, o se necesita confirmar el diagnóstico fuera de la ventana de mayor sensibilidad de la PCR. En estas contadas ocasiones, recomendamos tener en cuenta [24]:

- Los anticuerpos tienen una alta sensibilidad tardía: aproximadamente un 90% a la tercera semana post inicio de síntomas
- La mediana de seroconversión es de 11 (8 - 16) días desde el inicio de síntomas para IgG y 14 (8 - 28) para IgM.
- La respuesta en casos leves es más lenta comparada con la de pacientes críticos.

En resumen,

La mayor sensibilidad de PCR se alcanza alrededor del tercer día luego de iniciado los síntomas.
La persistencia de PCR (+) más allá de un mes es un evento infrecuente, aunque existen reportes anecdóticos de positividad de hasta 42 a 50 días en pacientes con casos leves.

La recomendación actual de OMS es [25]:
- NO usar test rápidos de detección cualitativa de anticuerpos, excepto en investigación
- Los test serológicos NO deben ser utilizados como criterio para el alta de un paciente (por ejemplo, para reanudación de actividad laboral.)

3. ¿Cómo manejar a un paciente con PCR negativa para Sars Cov-2?

Dado que la sensibilidad de la PCR es menor a 100%, existe una tasa de falsos negativos de aproximadamente un 30% en pacientes sintomáticos (ver tabla anterior). Esta tasa es relativamente alta, considerando la importancia clínica y epidemiológica de la infección, lo que ha generado el diseño de consideraciones especiales en los casos de alta sospecha con resultado de PCR negativo:

a. **casos con contacto estrecho de paciente COVID-19 confirmado con PCR (+)**: MINSAL ha definido que un paciente con un o más síntoma(s) característico(s) de COVID-19 se maneja DE IGUAL MANERA que un caso confirmado con PCR, bajo el nombre de “caso probable”.

b. **casos sospechosos**: casos en los cuales la sospecha clínica es alta pero no cumplen el criterio clínico anterior. Se sugiere repetir el examen de PCR y, en el intertanto, mantener las medidas de aislamiento para caso sospechoso [26 27].

24. Qu J, Wu C, Li X, et al. Profile of IgG and IgM antibodies against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Clin Infect Dis. 2020 Apr 27 [Epub ahead of print].
25. World Health Organization. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases. 2020 [internet publication]
26. World Health Organization. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases. 2020 [internet publication]
27. MINSAL Chile (11 Junio 2020). Decreto B51 N° 2137

4. ¿En qué pacientes se sugiere tomar radiografía (Rx) de tórax?

La **tabla 7** resume las recomendaciones de OMS para solicitar Rx de tórax [28]:

TABLA 7: RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA RX TÓRAX EN COVID-19

Objetivo	¿Cuándo tomar Rx tórax?
Como apoyo diagnóstico para confirmar COVID-19	En pacientes sintomáticos, con sospecha de COVID-19 cuando: - PCR no está disponible, o los resultados se retrasan - PCR es negativa, pero existe una alta sospecha clínica de COVID-19
Para ayudar a definir hospitalización	En pacientes ambulatorios, con sospecha o confirmación de COVID-19 y síntomas leves a moderados
Para ayudar a definir ingreso a sala o a UCI	En pacientes ambulatorios, con sospecha o confirmación de COVID-19, y síntomas de moderados a severos.

Se sugiere considerar una Rx tórax en t**odos los pacientes con sospecha de neumonía**[29]. En este grupo los hallazgos más frecuentes incluyen:

- infiltrados pulmonares unilaterales: 25% de los pacientes
- infiltrados pulmonares bilaterales: 75% de los pacientes.

Si el paciente ya requiere oxígeno (en domicilio o en sala de observación), es poco probable que la radiografía de tórax vaya a cambiar la conducta, por lo que en estos casos no se recomienda solicitarla en la atención ambulatoria.

Pese a que la Rx de tórax parece tener una sensibilidad menor a la de la TAC de tórax, tiene las ventajas de exponer a menor radiación, su acceso es más sencillo (incluso portátil a domicilio), es más barata, y es posible repetirla de manera secuencial[30].

5. ¿En qué pacientes se sugiere tomar TAC de tórax?

La recomendación actual es no realizar TAC de tórax para evaluar la severidad de COVID-19 en un contexto de atención ambulatoria.

En pacientes con sospecha clínica de COVID-19, la British Society of Thoracic Imaging (BSTI) recomienda tomar TAC de tórax **sólo en quienes están gravemente enfermos, si la radiografía de tórax es incierta o normal** [31].

6. ¿Cuándo se debe tomar otros exámenes de laboratorio para evaluar la severidad de la enfermedad?

En la atención ambulatoria de pacientes COVID-19 leve/moderado NO se recomienda la solicitud de otros exámenes de laboratorio para evaluar la severidad de la enfermedad[32].

28. World Health Organization. Use of chest imaging in COVID-19. 2020 https://www.who.int/publications/i/item/use-of-chest-imaging-in-COVID-19
29. BMJ Best Practice. https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168/diagnosis-approach#referencePop31
30. Cleverley J, Piper J, Jones MM. The role of chest radiography in confirming COVID-19 pneumonia. BMJ. 2020;370:m2426. Published 2020 Jul 16. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m2426
31. BMJ Best Practice. https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168/diagnosis-approach#referencePop31
32. BMJ Best Practice. https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168/diagnosis-approach#referencePop31

Parte VII

¿CUÁLES SON LAS RECOMENDACIONES MÁS ADECUADAS PARA EL MANEJO CLÍNICO AMBULATORIO DE UN PACIENTE COVID-19 LEVE - MODERADO?

1. Mantención del aislamiento domiciliario para prevenir la transmisión del virus

Idealmente todos los pacientes deben ser manejados en recintos sanitarios o albergues de aislamiento para optimizar el monitoreo sintomático y el aislamiento social[33], sin embargo, es poco probable que esta recomendación de la OMS pueda implementarse en nuestro sistema de salud.

El primer punto que considerar para definir dónde debe quedar en observación el paciente será su estado clínico:

- **Enfermedad leve (y asintomáticos):** se sugiere aislamiento en casa o residencia sanitaria, siempre que:

1. exista un cuidador - familiar- que pueda monitorear la evolución y reaccionar oportunamente en caso de complicación.

2. no existan personas especialmente vulnerables en casa, en las que el contagio intradomiciliario podría acarrear malos resultados.

3. Exista algún mecanismo de comunicación con el equipo de salud y el paciente pueda acceder a una consulta ambulatoria o de urgencia con relativa facilidad.

- **Enfermedad moderada:** Aislamiento en casa, con la excepción de los pacientes con alto riesgo de deterioro. Se profundizará en este punto en la sección en la sección dirigida a seguimiento.

Las indicaciones básicas de OMS para el cuidado del paciente en aislamiento en su domicilio incluyen[34]:

- Ubicar al paciente en una habitación individual y bien ventilada.

- Limitar los movimientos del paciente dentro del domicilio y reducir al mínimo los espacios compartidos

- Limitar el número de cuidadores. Intencionar un único cuidador, que no tenga factores de riesgo para desarrollar una enfermedad severa.

- No permitir visitas.

- Lavado de manos cada vez que se tome contacto con el paciente, su entorno, o los artículos que éste haya utilizado. Secar preferentemente con toallas de papel desechables.

- Los cuidadores que entran en contacto con el paciente deben utilizar una mascarilla que cubra la boca y la nariz, evitando su manipulación mientras esté en uso.

- Para manipular deposiciones, orina y otros desechos se debe complementar la mascarilla con el uso de guantes desechables.

- La habitación y el baño que utiliza el paciente debe ser aseado a diario con algún agente desinfectante.

MINSAL ha generado una serie de recomendaciones dirigidas al paciente para orientar los cuidados durante el aislamiento domiciliario. Para profundizar se sugiere consultar en:

- Orientación de manejo de infección por nuevo coronavirus (COVID-19) en domicilio fase IV ***https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/COVID-EN-DOMICILIO-CAA.pdf***

- Indicaciones para personas en aislamiento domiciliario por COVID-19 ***https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/2020.03.13_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf***

33. World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance. 2020 [internet publication]
34. Atención en el domicilio a pacientes presuntamente infectados por el nuevo coronavirus (COVID-19) que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos. 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331397/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2. Manejo Sintomático

2.1 Fiebre y dolor

- Paracetamol e ibuprofeno están recomendados. No hay evidencia de aparición de efectos adversos severos asociados al uso de AINES, tales como ibuprofeno, sin embargo sólo se recomienda su uso en las dosis terapéuticas mínimas y por período breves [35].

- Opioides, incluyendo tramadol, tienen el potencial de inducir inmunosupresión y depresión respiratoria, por lo tanto, no debe ser usado como tratamiento de primera línea. En caso de necesidad imperiosa de uso, se sugiere cautela en su utilización [36].

2.2 Manejo de la Tos

Se sugiere que el paciente evite acostarse boca arriba, es preferible la posición lateral, ya que esto aumenta la intensidad y hace que la tos sea ineficaz.

No hay evidencia en pro o en contra de antitusivos de venta libre en el tratamiento de tos aguda[37].

2.3 Alteraciones del gusto/olor

Este síntoma es autolimitado y por lo general no requiere tratamiento. Puede durar más tiempo que los otros síntomas. Si persiste, se puede sugerir una terapia de reentrenamiento (oler un set de aromas - frecuentemente limón, rosa, clavo de olor y eucaliptus, durante 20 segundos cada uno, 2 veces al día, por lo menos durante 3 meses)[38].

3. Tratamientos específicos

La **tabla 8** resume las recomendaciones vigentes en relación con el uso de tratamientos específicos para el manejo de pacientes COVID-19 en un contexto ambulatorio.

TABLA 8: RECOMENDACIONES VIGENTES PARA EL USO DE OTROS TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS EN COVID-19-LEVE -MODERADO

FÁRMACO		RECOMENDACIÓN
Antibióticos [39]	En pacientes con **COVID-19 LEVE**, ¿se recomienda el uso de **antibióticos profilácticos**?	El panel de expertos CDC recomienda **no utilizar tratamientos específicos** en pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19 asintomáticos, pre sintomáticos o con síntomas leves.

35. BMJ Best Practice. https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168/diagnosis-approach#referencePop31
36. Tan SHS, Hong CC, Saha S, Murphy D, Hui JH. Medications in COVID-19 patients: summarizing the current literature from an orthopaedic perspective [published online ahead of print, 2020 May 22]. Int Orthop. 2020;1-5. doi:10.1007/s00264-020-04643-5
37. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over the counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD001831. DOI: 10.1002/14651858.CD001831.pub5 https://www.cochrane.org/CD001831/ARI_over-the-counter-otc-medications-for-acute-cough-in-children-and-adults-in-community-settings
38. Whitcroft KL, Hummel T. Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management. JAMA. 2020;323(24):2512–2514. doi:10.1001/jama.2020.8391
39. CDC guidelines for treatment. https://www.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/overview/

FÁRMACO		RECOMENDACIÓN
Antibióticos [30]	En pacientes con COVID-19 MODERADA (neumonía viral), ¿se recomienda el uso de antibióticos?	El panel de expertos CDC recomienda en pacientes con evidencia clínica de neumonía y SpO2 ≥94%: - Monitorización cercana dado que pueden deteriorarse rápidamente. - Si se sospecha neumonía bacteriana agregar tratamiento empírico de neumonía adquirida en la comunidad. - Reevaluación diaria y si no hay evidencia de infección bacteriana, desescalar o suspender los antibióticos, Una revisión sistemática reciente de pacientes hospitalizados por COVID-19 reportó que sólo el 8% presentaban coinfección por bacterias u hongos al momento de su ingreso[40]. Es probable, por lo tanto, que pocos pacientes en el ámbito ambulatorio presenten una infección bacteriana secundaria y requieran el uso de antibióticos. Existen pocos elementos clínicos que permitan realizar una clara diferenciación de neumonía viral y bacteriana (estudios realizados fuera de contextos de epidemia/pandemia[41 42]). Si la sospecha existe, sin embargo, es razonable iniciar tratamiento empírico de acuerdo con las recomendaciones nacionales para el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad[43](no existe evidencia respecto de diferencias en los potenciales agentes causales que se debieran cubrir: grupo sin factores de riesgo Amoxicilina 1 g cada 8 horas por 7 días; grupo con factores de riesgo Amoxicilina/Ácido Clavulánico 500/125 mg cada 8 hrs por 7 días). Respecto del uso de Azitromicina, más allá de su rol como tratamiento alternativo de una NAC, no existe evidencia suficiente para recomendar su uso como tratamiento de COVID-19 (tomar en cuenta efectos adversos poco frecuentes pero graves como la prolongación del QT)
Corticoides	En pacientes con COVID-19 LEVE-MODERADA, ¿se debe sugerir el uso de corticoides sistémicos?	Existen 2 estudios randomizados evaluando corticoides en COVID-19. Los primeros resultados publicados muestran beneficios claros en los pacientes en ventilación mecánica (especialmente en distress respiratorio); y un efecto dudoso en pacientes sin ventilación mecánica, pero con requerimientos de oxígeno. Actualmente es incierto si el uso de corticoides sistémicos en pacientes leves-moderados ofrece más beneficios que riesgos y, por lo tanto, no se recomienda su uso rutinario, excepto contexto de un protocolo de investigación.

39. CDC guidelines for treatment. https://www.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/overview/
40. Rawson TM, Moore LSP, Zhu N, Ranganathan N, Skolimowska K, Gilchrist M, et al. Bacterial and fungal co-infection in individuals with coronavirus: A rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing. Clin Infect Dis. 2020. Epub 2020/05/03
41. Teepe J et al. Predicting the presence of bacterial pathogens in the airways of primary care patients with acute cough. CMAJ 2017;189(2):E50-55.
42. Graffelman AW et al. A diagnostic rule for the aetiology of lower respiratory tract infections as guidance for antimicrobial treatment. Br J Gen Pract 2004;54:20-4
43. Saldías F,Pérez C. et al. Manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Resumen del consenso nacional. Rev Med Chile 2005;133:953-967.

FÁRMACO		RECOMENDACIÓN
Corticoides	En pacientes con COVID-19 LEVE-MODERADA, ¿se debe sugerir el uso de corticoides sistémicos?	**En pacientes sin requerimientos de oxígeno no existe beneficio, e incluso podría ser perjudicial, por lo que no se recomienda su uso[44] .** En pacientes con requerimientos de oxígeno, en que el tratante opta por su uso, se sugiere indicar por vía vía oral, ya sea Dexametasona 6mg/día o prednisona 30-40mg/día VO por 7 días.
	En pacientes con alteraciones del gusto/ olfato persisten por más de 2 semanas ¿se deben indicar corticoides?	No se recomienda el uso de corticosteroides intranasales ni sistémicos. No existe evidencia de beneficio y existe la posibilidad de daño[45].
Otros	En pacientes con COVID-19 LEVE-MODERADA, ¿se debe sugerir el uso de antivirales, inmunomoduladores u otros?	CDC propone que no hay datos suficientes para que su panel recomiende a favor o en contra del uso de remdesivir para el tratamiento de pacientes con COVID-19 leve-moderado[46].
	En pacientes con COVID-19 LEVE-MODERADO, ¿se debe sugerir el uso de aspirina para evitar eventos trombóticos?	No encontramos evidencia que permita hacer una recomendación a favor o en contra. Para tomar esta decisión, se sugiere evaluar el beneficio y riesgo personal del paciente evaluado..

4. Otros temas para conversar con el paciente

- Alimentación: Se sugiere alimentación a tolerancia y rehidratación adecuada. Hay que considerar que en los casos de mayor severidad el exceso de líquido puede empeorar la oxigenación. [2]

- Ventilación: Mantener circulación de aire abriendo una ventana o puerta. Evitar los ventiladores, dado que pueden aumentar la propagación del virus [2] [449]

- Mascotas: Si bien hay evidencia emergente de que los gatos y los hurones son susceptibles a la infección por SARS-CoV-2, mientras que los perros y otros animales tienen poca o ninguna susceptibilidad, no hay evidencia que los animales de compañía tengan un rol relevante en la propagación de COVID-19. [848] La recomendación actual es aconsejar a los pacientes que limiten su contacto con sus mascotas, mientras están sintomáticos, y eviten que sus animales entren en contacto con otras personas o mascotas fuera del hogar. [854]

- Deportes: Se sugiere suspender actividad física durante 2 semanas, y una reanudación lenta de la actividad luego de una evaluación cardíaca.

44. Coronavirus disease (COVID-19)
https://app.iloveevidence.com/loves/5e6fdb9669c00e4ac072701d?question_domain=5b1dcd8ae611de7ae84e8f14&population=5e6fdab269c00e-4ac072701c&intervention=5d2c296edaeedf1d3af33332
45. Whitcroft KL, Hummel T. Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management. JAMA. 2020;323(24):2512–2514. doi:10.1001/jama.2020.8391
46. CDC guidelines for treatment. https://www.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/overview/

Parte VIII

SEGUIMIENTO CLÍNICO

El seguimiento clínico es una prestación destinada a observar la evolución de la enfermedad en el paciente, y la eventual aparición de síntomas sugerentes de complicaciones.

1. Consideraciones clínicas claves para planificar el seguimiento

- El promedio de duración de los síntomas en los cuadros leves a moderados de manejo ambulatorio es de 11,5 días.

- Los adultos mayores y los pacientes con comorbilidades pueden presentarse con pocos síntomas y luego avanzar hacia un deterioro rápido.

- Algunos pacientes presentan deterioro clínico a los 7-8 días de inicio de los síntomas.

- Algunos pacientes se presentarán con evidencia clínica de “hipoxia silenciosa”. Sus niveles de saturación de oxígeno bajan a niveles preocupantes, sin presencia de síntomas sugerentes de distress respiratorio.

- Existe evidencia anecdótica que algunos pacientes, incluso con enfermedad leve, tienen un curso prolongado con síntomas variados y cambiantes, y con periodos de recuperación alternados con recaídas[47].

- En pacientes con historia de neumonía severa, que mantienen tos persistente y disnea post-alta, se sugiere derivación a especialista broncopulmonar para seguimiento y un eventual estudio con espirometría e imágenes.

2. ¿Cómo organizar un seguimiento clínico?

Categorizar a los pacientes puede ayudar a definir cómo organizar un seguimiento más eficiente del grupo que se va a tratar de manera ambulatoria.

Para categorizar a los pacientes ambulatorios con COVID-19 leve y moderado se propone utilizar el protocolo diseñado por el equipo de TeleSalUC de la Red Ancora UC. Este protocolo categoriza a los pacientes como de riesgo alto, moderado o bajo, a través de la aplicación de criterios mayores, intermedios y menores. Estos criterios fueron establecidos como tales según la fuerza de asociación que tienen con el desarrollo de complicaciones, ya sea documentadas por la evidencia o por recomendaciones de expertos[48].

La **tabla 9** resumen los criterios definidos para la categorización de los pacientes COVID-19.

47. BMJ Opinion. Paul Garner: for 7 weeks I have been through a roller coaster of ill health, extreme emotions, and utter exhaustion. 2020
48. TelesalUC. Ancora UC. Protocolo de Seguimiento de Casos COVID-19. 2020 Versión 1.4

TABLA 9: CRITERIOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LOS PACIENTES COVID-19

FACTORES RIESGO	Epidemiológicos	Clínicos	Sociales
Criterios Mayores	- Enfermedad pulmonar crónica: EPOC, Asma o SBOR moderada a severa, LCFA - Edad > 70 años - Enfermedad cardiovascular (IAM, ICC) - Prematuro menor de 1 año	- Sat O2 <93 - Disnea de reposo o mínimos esfuerzos (hablar, comer) - Alteración del estado mental	
Criterios Intermedios	- Edad > 60 años o < 1 años - Enfermedad renal crónica - Enfermedad cerebrovascular - HTA - DM2 - Inmunosupresión (fármacos inmunosupresores, SIDA) - Cáncer activo - Patologías crónicas con alteración en neurodesarrollo (NANEAS)	- Disnea de moderados esfuerzos - FC > 125 - FR > 30 - Ruidos pulmonares (crépitos o sibilancias/ roncus) - Día 6-8 desde inicio de síntomas	- Poca capacidad de automanejo: Falta de red de apoyo, analfabeto, entre otros (ej. Adulto mayor que vive solo, padres adolescentes como cuidadores)
Criterios Menores	- Embarazo - Tabaquismo > 1 cajetilla al día - Obesidad mórbida		- 2 o más familiares COVID + intradomiciliario y malas condiciones para aislamiento (supone una mayor carga viral)

CATEGORIZACIÍN DEL RIESGO

ALTO: 1 o más criterios mayores o 2 o más criterios intermedios
MODERADO: 1 criterio intermedio o 2 o más criterios menores
BAJO: Ninguno de los factores de riesgo o sólo 1 criterio menor

Un control formal a los 7-9 días de diagnóstico es recomendable en todo paciente con el fin de definir signos de alarma. Pacientes de moderado riesgo requiere un seguimiento más cercano para evaluar síntomas de alarma

Un control formal a los 14 días es recomendable para definir si persiste síntomas o se puede emitir el certificado de alta de su cuarentena.

La Red UC CHRISTUS está evaluando una estrategia con telemedicina/ tele enfermería para formalizar el seguimiento en pacientes de mayor riesgo

3. ¿Qué síntomas de alarma deben ser vigilados en pacientes COVID-19?

- **Disnea:** OMS, basada en meta análisis de estudios observacionales, estima que entre un 31% a 40% de los pacientes presentan disnea[49]. La mediana del tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el desarrollo de la disnea es de 5 a 8 días [50]. La disnea puede ser causada por neumonía por COVID-19, sobreinfección bacteriana, o embolia pulmonar, o descompensación de alguna patología crónica (por ejemplo, insuficiencia cardíaca).
- **Cianosis:** es sugerente de insuficiencia respiratoria (hipoxemia).
- **Síntomas neurológicos:** Se ha informado confusión en 9% de los pacientes en series de casos[51]. El delirio se asocia con un mayor riesgo de mortalidad, y su aparición rápida puede indicar deterioro clínico[52].
- Compromiso de conciencia: La presencia de somnolencia o confusión mental es sugerente de hipoxemia o aumento excesivo del trabajo respiratorio.
- Dolor torácico: Reportado sólo en 2% a 5% de los pacientes en series de casos[53]. Puede ser sugerente de neumonía o embolia pulmonar.
- Hemoptisis: Reportado en aproximadamente el 0.9% de los pacientes. Puede ser un síntoma de embolia pulmonar.

Tanto el paciente que recibe cuidados en casa, como sus familiares, deben conocer estos síntomas y consultar precozmente al servicio de urgencias en caso de pesquisarlos.

La **figura 2** muestra el formato diseñado por el equipo de TelesalUC para protocolizar el seguimiento de los pacientes COVID- 19.

49. World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance. 2020 [internet publication]
50. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506.
51. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):507-13.
52. Chen T, Wu D, Chen H, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. BMJ. 2020 Mar 26;368:m1091
53. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506.

FIGURA 2: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA TELESALUC PARA PROTOCOLIZAR EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES COVID- 19

Cuestionario de evaluación clínica telefónica en el seguimiento domiciliario de casos positivos o con sospecha de infección por SARS CoV 2		
Respecto a la última vez que nos contactamos, ¿Cómo ha notado que se encuentra usted o su familiar (en caso de no poder autorreportar síntomas)?		
Mejor	*Igual*	*Peor*

Preguntas	*Sí*	*No*
Temperatura: *Fiebre alta >38° Axilar*		
Hemoptisis *(Expectoración con sangre)*		
Tos persistente que dificulte alimentación o hidratación		
Disnea grave o severa (Clases III-IV de las escala NYHA)		
- *Se fatiga al levantarse y empezar a caminar o en reposo*		
- *Duración de dificultad respiratoria no grave más allá de 10 días*		
- *Taquipnea: Habla entrecortada o dificultad para mantener la conversación*		
- *Incapacidad para realizar cualquier tipo de actividad física*		
Dolor torácico *costal que le dificulta la respiración, de nueva aparición o de empeoramiento del dolor previo*		
Fatiga física		
Estado de alerta *(si hay dificultades de contactarse con el enfermo preguntar siempre que sea posible a otra persona que esté en ese momento con el enfermo)*		
- *Se encuentra inconsciente y desorientado*		
- *Le cuesta responder con normalidad a las preguntas*		
Vómitos incoercibles *que le impiden la alimentación*		
Diarrea abundante *(> 9 deposiciones al día o entre 5 -10 durante 3 días)*		
Rechazo Alimentario		
Ausencia de orina *por más de 12 horas*		
Otros: *Cuál*		
Considerar después de los 7 días de seguimiento		
- *Ha presentado más de 7 días de fiebre >38°*		
- *Duración de la tos superior a 14 días*		
- *Han tenido algún cambio en las condiciones de aislamiento domiciliario*		

4. ¿Qué respuestas psicológicas y conductuales son esperables para los pacientes durante la crisis COVID?

- Reacciones de estrés (insomnio, ansiedad, disminución de percepción de seguridad, enojo, y mayor demanda de asistencia médica por miedo a la enfermedad)
- Conductas de riesgo (aumento personal del uso de alcohol y tabaco, alteración equilibrio trabajo / vida personal, aislamiento social, mayor conflicto familiar, y violencia).
- Una minoría de los individuos desarrollarán trastornos, como depresión, ansiedad o estrés postraumático, que requieren tratamiento formal
- Algunos pacientes con antecedentes de problemas de salud mental podrían presentar aumento de los síntomas y alteración de la funcionalidad.

5. ¿Qué ayudas puedo prestarle a un paciente para disminuir su estrés?

- Normalice las reacciones esperables al estrés. *'Veo que está estresado, esto es entendible; es normal reaccionar así frente a este tipo de situaciones'*
- Corregir mala información: derribar mitos o miedos no fundados respecto de la pandemia, averiguar qué sabe el paciente y a qué le teme.
- Limitar la exposición a medios y noticias: aconsejar elegir una fuente confiable de información y usarla solo por unos momentos al día para mantenerse informado.
- Discutir con el paciente estrategias de manejo:
  - Estar preparado para la crisis (plan personal / familiar para enfrentar la pandemia).
  - Tomar las medidas preventivas necesarias.
  - Mantener un horario saludable de sueño, comidas regulares y ejercicio físico.
  - Limitar / suspender el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.
  - Hablar con sus seres queridos, compartir las preocupaciones y temores con ellos.
  - Implementar estrategias de manejo del estrés: relajación muscular, ejercicios de respiración, *mindfulness*
  - Involucrarse en actividades de ocio y hobbies

Recomendamos no utilizar benzodiacepinas de manera rutinaria en los pacientes que están sufriendo estrés durante la pandemia[54]. Las medidas de ayuda mencionadas debieran ser suficientes para la mayoría de los pacientes.

Si la decisión del tratante es prescribirlas, utilice benzodiacepinas de baja potencia y vida media corta (Ej. Clotiazepam), por un máximo de 7 días [55].

6. ¿Cómo ayudo a un paciente con alto riesgo en salud mental?

Los pacientes con trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivos, pacientes con trastornos somatomorfos, y pacientes que han estado expuestos a trauma son especialmente vulnerables y requieren mayor atención[56].

Se sugiere derivar oportunamente a:

- **Atención especializada de salud mental de emergencia**: paciente con reacciones emocionales severas (crisis de angustia),

54. Apa G, J.; Rossetter, S; DeRhodes, B; et al. Benzodiazepines for PTSD. A Systematic Review and Meta-Analysis. J Psychiatr Pract. 2015 Jul;21(4):281-303. doi: 10.1097/PRA.0000000000000091.
55. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. Drugs. 1994;48(1):25-40. doi:10.2165/00003495-199448010-00004
56. Center for the Study of Traumatic Stress. Taking care of patients during the coronavirus outbreak: a guide for psychiatrists. 2020 [internet publication].

que desarrolla una descompensación o empeoramiento de un trastorno mental de base, o que utiliza sustancias para manejar el estrés.

- **Urgencia psiquiátrica**: pacientes con ideación suicida, ideas de auto daño o de daño a terceros.

7. ¿Cómo ayudar a un paciente frente a una situación traumática?[57]

Los síntomas de stress agudo ocurren en personas sin otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico o mental que sobrepasa sus mecanismos de protección psíquica. Aparecen a los pocos minutos de la exposición a la situación traumática e incluyen:

- estado inicial de "aturdimiento" y focalización de la atención
- incapacidad para comprender estímulos y desorientación.
- este estado puede ser seguido por un alejamiento de la situación presente (disociación), o por agitación e hiperactividad (reacción de fuga).
- puede estar acompañado de síntomas ansiosos intensos.
- los síntomas desaparecen en 2 o 3 días (a menudo en horas). Puede haber amnesia parcial o completa del episodio.

En el paciente con una respuesta de estrés agudo se sugiere la aproximación **ABCDE**[58], que ayudará a moderar los síntomas y dirigir la atención hacia la solución de los problemas inminentes.

- Escucha **A**ctiva: ppermite acoger la preocupación y empatizar con la vivencia de la crisis.
- Entrenamiento de la respiración (**B**reathing): ayude al paciente a centrar por unos minutos su atención en la respiración y respirar calmadamente, u otra estrategia de relajación.
- **C**ategorización de las necesidades: ayudar al paciente a organizar y priorizar sus necesidades inmediatas (contacto con familiares, información, protección financiera, etc.).
- **D**erivación: activar las redes necesarias según corresponda.
- **E**ducación: normalizar la reacción de estrés frente al trauma.

No indique benzodiacepinas en pacientes en que sospecha trastorno por estrés agudo, ya que interfieren en la integración de la experiencia y aumentan el riesgo de estrés post-traumático.

8. Consideraciones especiales para facilitar la comunicación con su paciente en una atención en formato telemedicina

La atención por telemedicina es un recurso especialmente útil y asequible para la atención de pacientes COVID-19, su contención emocional, y la evaluación de problemas de salud mental en este contexto.

Evidencia anterior a esta crisis da cuenta que la atención por telemedicina es efectiva y aceptable para problemas frecuentes de salud mental[59], sin embargo, posee desafíos particulares; toma un poco más de tiempo y requiere esfuerzo adicional.

Algunas recomendaciones y recordatorios útiles antes de emprender esta actividad:

57. Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Management of psychological trauma in primary care. Revista médica de Chile, 144(5), 643-655. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013
58. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. 2007;70(4):283-369. doi:10.1521/psyc.2007.70.4.283
59. Hyler, S., Gangure, D., & Batchelder, S. (2005). Can Telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments? A Review and Meta-Analysis of Comparison Studies. CNS Spectrums, 10(5), 403-415. doi:10.1017/S109285290002277X

- Al igual que lo que ocurre en una atención habitual en una consulta, "*menos es más*" en términos de información y tópicos a abarcar.

- Procure mirar la cámara, y NO A LOS OJOS DEL PACIENTE. Esto requiere práctica y un esfuerzo de atención adicional.

- Utilice vestimenta de colores neutros, y evite ropa con líneas o diseños que sobrecarguen la imagen. Sitúese a una distancia adecuada de la cámara, de modo que usted no ocupe más de un tercio del espacio total de la pantalla.

- Procure proyectar su voz y los gestos, algo más que lo que lo haría en persona (aproximadamente un 15% más)

Estas recomendaciones sencillas debieran facilitar la comunicación entre usted y el paciente, y permitir una adecuada escucha activa. Considere, sin embargo, que la comunicación a través de medios digitales es un ámbito nuevo tanto para usted como para los pacientes, y por lo tanto, un área en donde se requiere práctica y aprendizaje continuo. Si es posible, video grabe alguna de sus consultas para que pueda fortalecer y mejorar algunos aspectos centrales[60] .

60. Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health (April 2018), The American Psychiatric Association and The American Telemedicine Association.

Parte IX

¿ QUÉ RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS INCLUYE LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE UN PACIENTE COVID-19

COVID-19 ha impuesto desafíos clínicos y administrativos. Es responsabilidad del médico tratante:

1. Generar una orden médica para la toma de PCR para su paciente
2. Notificar a la autoridad sanitaria cada nuevo caso (sospechoso, confirmado y probable) de la enfermedad
3. Gestionar una licencia médica, en caso de que la situación laboral del paciente así lo requiera.

1. ¿Cómo pedir una PCR para COVID-19 en la Red de Salud UC CHRISTUS?

El examen requiere una orden médica simple que indique:

- Test solicitado: PCR COVID-19
- Nombre y RUT del paciente
- Nombre, RUT, y firma del médico solicitante.

Actualmente nuestros laboratorios reciben órdenes en papel, órdenes emitidas a distancia (atenciones por telemedicina), e incluso fotografías de ellas.

Todas las tomas de muestras de la Red de Salud UC CHRISTUS cuentan con personal capacitado y reactivos para la toma de PCR. Adicionalmente, las muestras pueden ser tomadas en el domicilio del paciente (sólo algunas comunas), y en espacios demarcados en los estacionamientos del Centro Médico San Joaquín y de Clínica San Carlos de Apoquindo (agendamiento previo vía página web)

2. ¿Cuándo y cómo debo notificar COVID-19?

COVID-19 es una enfermedad de notificación inmediata, lo que significa que este procedimiento se realiza frente a la sospecha del caso (sin esperar confirmación)[61].

La notificación la realiza el médico a la SEREMI de Salud correspondiente a través del registro en el sitio web de EPIVIGILA, **https://epivigila.minsal.cl/**. La notificación requiere la obtención de un usuario y una clave en la misma página web.

No realizar esta notificación expone al tratante a sanciones de carácter pecuniario, pero aún más importante, limita la posibilidad que el sistema de salud cuantifique de manera adecuada el impacto de la pandemia en el país, y tome las medidas pertinentes.

La notificación se realiza para casos sospechosos, casos probables y casos confirmados de COVID-19.

3. ¿Qué debe hacer un médico de la Red de Salud UC CHRISTUS en epivigila, una vez que conoce el resultado de la PCR de su paciente?[62]

Los médicos UC CHRISTUS, en su rol de NOTIFICADORES:

- Pueden cambiar la clasificación final del caso y cambiarlo a CONFIRMADO (PCR +) o a PROBABLE (PCR indeterminada con síntomas o contacto estrecho sintomático)
- No pueden DESCARTAR ni VALIDAR. Esa tarea corresponde al delegado epidemiológico de cada dependencia de la red.

61. Subsecretaria de redes asistenciales. División de Atención Primaria (2016). Vigilancia Epidemiológica. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/5_VIGILANCIA-EPIDEMIOL%C3%93GICA-EN-APS.pdf
62. Red Salud UC CHRISTUS. Instructivo para médicos para la notificación casos de COVID-19 en sistema EPIVIGILA 24-junio-2020

Los delegados epidemiológicos de la Red UC CHRISTUS tienen como responsabilidad:

- Cerrar los casos de pacientes sospechosos: según resultado de PCR y antecedentes del paciente. Esto implica confirmar o descartar el caso.
- Validar las notificaciones:
  - Pacientes confirmados: verificar PCR positiva y validar.
  - Pacientes descartados: verificar PCR negativa y validar.
  - Pacientes probables:
    - sintomatología clínica + contacto estrecho con paciente confirmado COVID-19
    - pacientes con resultado indeterminado + sintomatología COVID-19

Para la actualización del resultado de la PCR es importante considerar:

- Si el examen fue tomado en los laboratorios UC CHRISTUS, esta labor puede ser realizada por el médico notificador o por el delegado epidemiológico.
- Si el examen fue realizado en un laboratorio extra-UC, esta labor solo puede ser realizada por el médico tratante, quien debe informar el resultado del examen al delegado epidemiológico para que éste cierre el caso.

La **tabla 10** presenta a los delegados epidemiológicos de la Red UC CHRISTUS, y su correo de contacto. Si el paciente fue atendido bajo el formato de telemedicina, se sugiere registrar como lugar de atención el centro médico donde habitualmente atiende el tratante.

TABLA 10: : DELEGADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA RED UC CHRISTUS

COMUNA	DEPENDENCIA	CENTRO EPIVIGILA	DELEGADO EPIDEMIOLÓGICO
Santiago	Hospital Clínico UC	Hospital Clínico Red de Salud UC CHRISTUS	EU Gabriela de la Cerda gcerda@ucCHRISTUS.cl
	Clínica UC	Clínica UC Red de Salud UC CHRISTUS	EU Gabriela de la Cerda gcerda@ucCHRISTUS.cl
	CECA	Centro del Cáncer Red de Salud UC CHRISTUS	EU Lilian Macaya lmacaya@ucCHRISTUS.cl EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl
	CEM	Centro de Especialidades Médicas Red de Salud UC-CHRISTUS	EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl
	Centro Médico Lira	Centro Médico Lira Red de Salud UC CHRISTUS	EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl

COMUNA	DEPENDENCIA	CENTRO EPIVIGILA	DELEGADO EPIDEMIOLÓGICO
Las Condes	Clínica UC San Carlos de Apoquindo	Clínica UC San Carlos de Apoquindo Red de Salud UC-CHRISTUS	EU Doris Videla dvidela@ucCHRISTUS.cl
	Centro Médico San Jorge	Centro Médico San Jorge Red de Salud UC-CHRISTUS	EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl
	Centro Médico Alcántara	Centro Médico Alcántara Red de Salud UC-CHRISTUS	EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl
Ñuñoa	Centro Médico Irarrázaval	Centro Médico Irarrázaval Red de Salud UC CHRISTUS	EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl
Macul	Centro Médico San Joaquín	Centro Médico San Joaquín Red de Salud UC-CHRISTUS	EU Inés Toledo itoledo@ucCHRISTUS.cl EU Viviana Venturelli vventurelli@ucCHRISTUS.cl
Puente Alto	ANCORA Madre Teresa de Calcuta	Centro Médico Familiar Madre Teresa de Calcuta Red de Salud UC CHRISTUS	EU Soledad Martínez smartineza@med.puc.cl
	ANCORA San Alberto Hurtado	Centro Médico Familiar San Alberto Hurtado Red de Salud UC CHRISTUS	EU Pamela Venegas pavenegas@med.puc.cl
La Pintana	ANCORA Juan Pablo II	Centro Médico Familiar Juan Pablo II Red de Salud UC CHRISTUS	EU Cristina Calabacero ccalabacero@med.puc.cl

4. ¿Qué licencia debe emitir el médico tratante en contexto de una atención por COVID-19?

La normativa actual para emitir licencias médicas ha sufrido modificaciones importantes y es muy probable que vuelvan a ocurrir. La **tabla 11** resume las responsabilidades vigentes:

TABLA 11: :NORMATIVA VIGENTE LICENCIAS MÉDICAS COVID-19 [63 64]

SITUACIÓN	QUIÉN EMITE	COMENTARIOS
Caso confirmado	Médico a cargo	- Duración licencia: 14 días desde el inicio de los síntomas, lo que sea necesario de acuerdo con el estado de salud, los cuidados requeridos y la evolución clínica del caso - Código: U07.1 Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus SARS-Cov2". - Fuente: Ordinario 891 b.
Contactos estrechos	Son determinados por la Autoridad Sanitaria Regional, quien además emite las licencias	- Duración licencia: 14 días desde el contacto con una persona con COVID-19 en su periodo sintomático o desde la fecha de salida de un país que tiene un brote activo de COVID-19. - Código: "Z29.0 Aislamiento" y "Z20.8 Contacto con y sin Exposición a otras Enfermedades Transmisibles" (CIE-10) - Fuente: Ordinario 940 1
Caso sospechoso	Médico a cargo	- Duración licencia: 4 días para toma de PCR. Esto genera una complicación ya que la mayor parte de los laboratorios tarda más que eso en entregar los resultados. - Código: CIE-10 U07.2 (COVID-19, virus no identificado). - Fuente: Ord. B10 N° 1411 de 11.05.2020
Caso probable	Médico a cargo	Debe manejarse de manera similar a un caso confirmado, y cumplir cuarentena de 14 días, incluso si PCR es negativa. - Duración licencia: 14 días desde el inicio de los síntomas. - Código: U07.1 Enfermedad respiratoria aguda debido al nuevo coronavirus SARS-Cov2. - Fuente: Resolución 424

63. MINSAL Chile. Plan de acción contra coronavirus. https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/
64. Mutual de seguridad. Regulación COVID-19 en relación a la Ley 16.744
https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/bc88a84c-ec8a-4252-866c-2cf11b4f761e/regulacion-COVID-en-relacion-ley-16744-v1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=n9mKMNn

Parte X

¿ QUÉ ASPECTOS CONSIDERAR PARA PLANIFICAR EL ALTA CLÍNICA DE UN PACIENTE COVID-19 EN UN CONTEXTO AMBULATORIO?

MINSAL ha definido criterios para considerar a un paciente COVID-19 sin riesgo de contagio. La **figura 3** presenta estos criterios, los que sirven de base para planificar el alta médica[65].

FIGURA 3:

Fuente: Tomado de MINSAL https://www.minsal.cl/criterios-para-determinar-a-un-paciente-COVID-19-sin-riesgo-de-contagio/

65. Consejo Asesor COVID-19, Ministerio de Salud de Chile. Criterios para determinar a un paciente COVID-19 sin riesgo de contagio. Santiago, Chile. 14 de abril, 2020. Disponible en https://www.minsal.cl/criterios-para-determinar-a-un-paciente-COVID-19-sin-riesgo-de-contagio/

1. ¿Existe un criterio clínico para extender las medidas de aislamiento en un paciente que persiste con síntomas?

Desde el punto de vista normativo el Ministerio de Salud ha dispuesto que "*el tiempo de cuarentena puede extenderse si el paciente no se ha recuperado totalmente de la enfermedad*"[66], disposición que apela al criterio clínico.

No encontramos evidencia que informe el criterio clínico en cuanto a la correlación de síntomas residuales con infectividad. Los criterios serológicos, por su parte, tienen importantes limitaciones, las que serán analizadas a continuación.

2. ¿Se debe solicitar PCR para certificar el alta a un paciente, y/o discontinuar sus medidas de aislamiento?

Evidencia reciente da cuenta que pesquisar una prueba positiva para RNA de SARS-CoV-2 en pacientes que ya se han recuperado es un hallazgo frecuente en las semanas que siguen a la recuperación de COVID-19, y no constituye un elemento para suponer una reinfección o reactivación de la enfermedad. Los pacientes con re-detección de PCR (+) no tienen riesgo de contagiar a otros individuos[67].

Se sugiere no realizar aun nueva prueba de PCR durante los primeros meses post alta, considerando que podría resultar positivo sin que esto tenga implicancias para el paciente ni su entorno, y conducir a conductas injustificadas, tales como aislamiento y/o la entrega de licencias médicas.

3. ¿Qué sabemos de la inmunidad post COVID-19?

La mayoría de los pacientes convalecientes por COVID-19 tienen anticuerpos detectables y respuestas inmunes celulares[68]. La literatura sugiere que la infección ofrecería protección contra la reinfección, sin embargo, todavía no hay buenos datos confirmatorios[69]. La Organización Mundial de la Salud no recomienda el uso de test de anticuerpos y antígenos fuera de los entornos de investigación, ya que aún no se han validado[70].

Si un paciente insiste en querer realizarse un test serológico, nuestros laboratorio ofrecen el test 2814 ANTICUERPOS ANTI - SARS-CoV-2 (COVID 19) (Detección por Inmunoensayo principalmente de Anticuerpos IgG)

https://agenda.saluduc.cl/Sinfex/docs/view/4685af7628984896ad3d8fce3bacc64e

Con respecto a la emisión de "certificados de inmunidad", a la fecha no hay evidencia suficiente que justifique su uso[71]. Es importante considerar que las personas que suponen que "son inmunes a una segunda infección" pueden ignorar los consejos de la autoridad sanitaria; y eventualmente aumentar los riesgos de transmisión continua.

En resumen, se sugiere NO solicitar exámenes serológicos o PCR para asegurar que el paciente es de bajo riesgo de contagio y disminuir sus medidas de aislamiento.

4. ¿Cómo orientar a un paciente que desea ser donante de plasma convaleciente?

Actualmente hay insuficiente evidencia para recomendar o no recomendar el uso de plasmas convaleciente en pacientes con

66. Resolución Minsal Núm. 403 exenta.- Santiago, 28 de mayo de 2020
67. Rada G, Acuña MP, Quiñelén E, Kraemer P, Celedón N, Nahuelhal P, Dabanch J, Burdiles P. COVID-19 patients testing positive again for SARS-CoV-2 RNA after being cured: a systematic review and meta-analysis. OSF (Preprint), 2020
68. Ni L, Ye F, Cheng ML, et al. Detection of SARS-CoV-2-specific humoral and cellular immunity in COVID-19 convalescent individuals. Immunity. 2020 May 3 [Epub ahead of print].
69. Kirkcaldy RD, King BA, Brooks JT. COVID-19 and post infection immunity: limited evidence, many remaining questions. JAMA. 2020 May 11 [Epub ahead of print].
70. World Health Organization. Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19. 2020 [internet publication].
71. World Health Organization. Immunity passports in the context of COVID-19. 2020. [internet publication]

COVID-19[72], y la recomendación de uso se limita sólo a un contexto de ensayo clínico[73]. Si un paciente convaleciente manifiesta su deseo de donar su plasma es importante una selección adecuada basado en el estudio de su IgG [74].

Los laboratorios de la Red de Salud UC-CHRISTUS procesan este estudio; 2810 ANTICUERPOS IgG ANTI-SARS-CoV-2 por INMUNOENSAYO (sólo en contexto de investigación).

https://agenda.saluduc.cl/Sinfex/docsview/504c8000e-673476abd6bd483370b403d

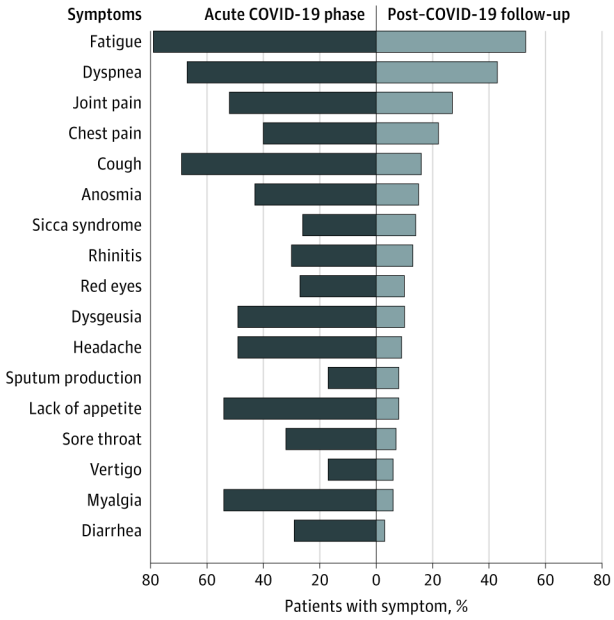
5. ¿Qué son los síntomas residuales post COVID-19?

Conforme avanza la pandemia, reportes de pacientes dan cuenta de la presencia de síntomas residuales luego de haber cursado COVID-19. Esta condición ha sido especialmente documentada entre quienes cursaron una neumonía y requirieron hospitalización, pero también se presentan entre quienes no cumplieron criterios de ingreso hospitalario.

Un reciente estudio realizado en pacientes hospitalizados por COVID-19, reporta que el 87.4% de ellos persiste con síntomas a los 60 días de seguimiento. Síntomas comunes fueron fatiga (53.1%), disnea (43.4%), dolor articular (27.3%) y dolor torácico (21.7%). La frecuencia de otros síntomas se presenta en la **figura 4**[75] .

El concepto “COVID largo” se ha acuñado recientemente para describir una enfermedad en personas ya recuperadas por COVID-19, pero que aún informan de la presencia de síntomas. El Royal College of General Practitioners ha sugerido la necesidad de estar preparados para acoger las necesidades de estos pacientes, tanto físicas como emocionales, y apoyarlos en la aceptación y ajuste a esas consecuencias. La evidencia con relación al tema aún está en desarrollo[76].

FIGURA 4: FRECUENCIA DE SÍNTOMAS RESIDUALES POST COVID-19 EN PACIENTES QUE HAN REQUERIDO HOSPITALIZACIÓN



Fuente: Tomado de Carfì A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. Published online July 09, 2020. doi:10.1001/jama.2020.12603

75. Carfì A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. Published online July 09, 2020. doi:10.1001/jama.2020.12603
76. Mahase Elisabeth. COVID-19: What do we know about “long COVID”? BMJ 2020; 370: m2815

Parte XI

GRUPOS ESPECIALES

1. Embarazadas

Las características clínicas de COVID 19 en mujeres embarazadas son similares a las reportadas para pacientes no embarazadas. El 78% de las mujeres embarazadas tienen síntomas leves a moderados[77].

Es importante tener en cuenta que los síntomas como fiebre, disnea, síntomas gastrointestinales y fatiga pueden superponerse con los síntomas debido a adaptaciones fisiológicas del embarazo o eventos adversos del embarazo[78].

A los profesionales que realizarán atenciones en este grupo se les sugiere profundizar revisando la guía de práctica clínica COVID y Embarazo del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en

https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/clinical-guidance/practice-advisory/COVID-19-algorithm.

2. Recién Nacidos (RN)

Distintas ramas de las Sociedades Chilenas de Pediatría e Infectología han recomendado, a partir de la evidencia disponible, que la alimentación con leche materna sigue siendo lo más adecuado para un recién nacido, en el contexto de una madre que cursa COVID-19 en un contexto ambulatorio.

Para el caso de una diada con ambos contagiados, la recomendación es mantener aislamiento en dupla, alimentación al pecho, y seguimiento telefónico para pesquisar signos de alarma en la madre y en el RN.

Para el caso de una díada, madre positiva y RN no contagiado, las recomendaciones incluyen además:

1. mantener la cuna del RN a 1.8 metros de distancia de la madre y otros familiares positivos

2. promover el uso de mascarilla quirúrgica en adultos y hermanos mayores, y lavado de manos estricto.

3. Lactancia materna:

   - Madre COVID-19 asintomática o sintomática leve: pecho materno directo a libre demanda.

   - Madre COVID-19 moderado: Alimentar con leche materna extraída. Lavar y desinfectar extractores, mamaderas y chupetes, antes y después de su uso.

A los profesionales que realizarán atenciones en este grupo etario se les sugiere profundizar revisando el documento *Recomendaciones para la prevención y manejo del recién nacido pandemia COVID-19 (versión 3.0)* [79]

3. Población Infantil[80]

La población infantil diagnosticada con COVID-19 tiene criterios de evaluación y manejo bastante similares a los de la población adulta. Las estrategias de testeo, los criterios clínicos para estudiar y el tipo de muestra recomendado, son las mismas para niños y adultos.

El manejo farmacológico de este grupo incluye Paracetamol en dosis terapéuticas habituales (15 mg/kg/día, hasta 4 tomas diarias), hidratación, observación y las medidas de aislamiento y seguimiento ya discutidas para población adulta.

Los niños suelen evolucionar de manera favorable, y un porcentaje muy menor de ellos

77. Kasraeian M, Zare M, Vafaei H, et al. COVID-19 pneumonia and pregnancy; a systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020 May 19:1-8.
78. World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance. 2020 [internet publication].
79. Ramas de Neonatología, Pediatría, Infectología, Nutrición, y Comité de Lactancia Sociedad Chilena de Pediatría; Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología Recomendaciones para la prevención y manejo del recién nacido pandemia COVID-19 (versión 3.0). 2 Abril 2020. https://sochipe.cl/v3/COVID/27.pdf
80. CDC (29 Mayo 2020). Information for Pediatric Healthcare Providers. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html

presentará cuadros severos que requieran apoyo ventilatorio invasivo. Los datos son aún insuficientes para estimar los factores de riesgo que se asocian a presentaciones más severas, y la mayoría de las publicaciones los ha extrapolado desde población adulta. Con los pocos datos con los que se cuenta se estima que los menores de 12 meses podrían tener un mayor riesgo de hacer una enfermedad más severa que sus pares de más edad; y que el riesgo de complicaciones se exacerba en niños con patologías de base; enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica e inmunosupresión.

Recientemente reportes emanados de Europa y Estados Unidos han sugerido que COVID-19 podría asociarse con la aparición de un Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, caracterizado por la aparición de una clínica muy similar a una Enfermedad de Kawasaki de curso severo[81]. Si bien esta complicación sería muy infrecuente, y su asociación con COVID-19 está recién en estudio, se sugiere estar atento a eventuales signos que sugieran su aparición en niños que cursan una enfermedad de evolución más tórpida.

A los profesionales que realizarán atenciones en este grupo etario se les sugiere profundizar revisando la Infografía *Resumen de asistencia en atención primaria pediátrica de COVID-19 de Asociación Española de Pediatría*[82].

4. Portadores de Enfermedades Crónicas

La prevalencia de multimorbilidad crónica en adultos chilenos es de 74,6% , lo que en un contexto de pandemia supone un desafío adicional, definir si el paciente está compensado y si es necesario ajustar sus tratamientos de base.

La **tabla 12** resume algunas recomendaciones específicas para los pacientes COVID-19 leve a moderado, en el contexto ambulatorio, con relación a sus patologías de base. Estas se suman a las recomendaciones habituales de prevención del contagio, en caso de que aún no ocurra.

A los profesionales que realizarán atenciones en este grupo se les sugiere profundizar revisando las referencias respectivas.

5. Personas con limitación de tratamiento

Definir los esfuerzos terapéuticos que se ofrecerán a un paciente requiere tener especial consideración con su situación clínica basal, edad y pronóstico de recuperación. En el caso de pacientes con un estado basal de importante deterioro y en el caso de pacientes terminales, se sugiere una aproximación respetuosa de su dignidad, evitando intervenciones desproporcionadas que los aleje de una muerte acompañado de los suyos.

Esta adecuación requiere promover el uso de medidas paliativas, que incluya apoyo clínico y terapéutico; y que eventualmente considere aporte de oxígeno, sedación, control del dolor, e hidratación.

Si la situación de base del paciente COVID-19 compromete severamente su pronóstico de recuperación, se sugiere que el médico tratante discuta con él y/o con su familia los límites diagnósticos y terapéuticos que los regularán, y que tracen un plan de cuidados proporcionado. (Ej. decisión no hospitalizar,

81. NIH (11 Junio 2020). COVID-19 Treatment guidelines. Special Considerations in Children https://www.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/overview/children/
82. Asociación Española de Pediatría. (21 MAYO 2020). Infografía resumen de asistencia en atención primaria pediátrica de la COVID-19 v2.pdf https://www.aeped.es/sites/default/files/COVID19_manejo_pediatrico_ap_v2.pdf
83. Margozzini P, Pizarro Ibáñez A, de Arcas Orellana M, Anriquez Jiménez S, Lorna J, Passi Solar A. Chronic multimorbidity in chilean adults: analysis of the national health survey, ENS 2009-2010. Medwave 2016;16(Suppl 6):e6634 doi: 10.5867/medwave.2016.6634

y contactar a Equipo de Paliativos Red Salud UC CHRISTUS para proveer apoyo especializado de fin de vida en caso de necesidad)

A los profesionales que realizarán atenciones en este grupo se les sugiere profundizar revisando los documentos *Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemias*[84] y las *Recomendaciones de la Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile para el manejo de pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID-19* [85]

TABLA 12: RECOMENDACIÓN PARA EL MANEJO DEL TRATAMIENTO DE BASE PARA PACIENTE CON COVID-19 LEVE A MODERADO

CONDICIÓN DE BASE	RECOMENDACIÓN EN UN PACIENTE CON COVID-19 LEVE A MODERADO
HTA	iECA y ARAII: - no hay evidencia que respalde la asociación entre su uso y mortalidad por COVID-19. - Se recomienda mantener tratamiento según lo prescrito[86 87].
DM	Recomendaciones de un panel de expertos sugieren: - pacientes no contagiados: intensifiquen su control metabólico, al igual que su control de lípidos y presión arterial. -en pacientes con COVID-19: se sugiere un control glicémico continuo y confiable, y la mantención de sus tratamientos de base[88]. Los pacientes con DM parecen tener mayor riesgo de hiperglucemia con cetonas, incluidos los pacientes con diabetes tipo 2 y aquellos con diabetes recién diagnosticada. Por este motivo se sugiere: - pacientes que toman inhibidores de SGLT2: aconsejar su suspensión si no se sienten bien, para reducir el riesgo de desarrollar cetoacidosis diabética[89]. - pacientes que reciben Metformina: podrían requerir suspensión temporal en pacientes COVID-19 con riesgo aumentado de deshidratación[90].
EPOC	La Iniciativa Global para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD) propone[91] - que los pacientes mantengan su tratamiento habitual. - que no hay evidencia que sustente suspender el uso de corticosteroides (inhalados u orales) en pacientes con EPOC - que los pacientes no inicien antibióticos de rescate ni profilácticos, para prevenir COVID-19
ASMA	NIH sugiere[92]: - que los pacientes mantengan su tratamiento habitual, incluidos los corticosteroides inhalados y orales, y la terapia biológica. - informar a los pacientes que COVID-19 puede presentar síntomas similares a un ataque de asma (por ejemplo, tos, disnea); sin embargo, los síntomas adicionales (fiebre, fatiga, cambios en el gusto y el olfato) pueden orientar a COVID-19.

85. Sánchez I. Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemias. 6 abril 2020. Rector Pontificia Universidad Católica de Chile. Mesa Social COVID-19. https://www.uc.cl/site/efs/files/10575/lineamientos-eticos-en-la-atencion-de-pacientes-en-una-situacion-de-_pandemia.pdf
84. Recomendaciones de la Sociedad Médica de Cuidados Paliativos de Chile para el manejo de pacientes con enfermedades limitantes de la vida y COVID-19. http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-Sociedad-Me%C3%ACdica-de-Cuidados-Paliativos.pdf
86. American Heart Association, Heart Failure Society of America, American College of Cardiology. Patients taking ACE-i and ARBs who contract COVID-19 should continue treatment, unless otherwise advised by their physician. Mar 2020 [internet publication].
87. Mehta N, Kalra A, Nowacki AS, et al. Association of use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers with testing positive for coronavirus disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiol. 2020 May 5 [Epub ahead of print].
88. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020 Apr 23 [Epub ahead of print].
89. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020 Apr 23 [Epub ahead of print].
90. Diabetes and Primary Care. At a glance fact sheet: COVID-19 and diabetes. Apr 2020 [internet publication].
91. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). GOLD COVID-19 guidance. 2020 [internet publication].
92. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: severe asthma. Apr 2020 [internet publication].

Parte XII

MATERIAL PARA APOYO A PACIENTES COVID-19

Documentos MINSAL:

- MINSAL CHILE. INDICACIONES PARA PERSONAS EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO POR COVID-19.
https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/2020.03.13_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf
- MINSAL CHILE. GUÍA PRÁCTICA DE BIENESTAR EMOCIONAL. CUARENTENA EN TIEMPOS DE COVID-19
https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_guia-practica-cuarenTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19_final.pdf

Documentos de apoyo para profesionales de la salud Red de Salud UC CHRISTUS:

- https://intranet.ucchristus.cl/sites/BiblioDoc/COVID19/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2Fsites%2FBiblioDoc%2FCOVID19%2FAmbulatorio&FolderCTID=0x0120006AF9849CA7C2A84BAA2596CDA71D94D4&View=%7BF6B5DE76%2D87D4%2D4229%2D97BB%2DA457BD916FE5%7D

Documentos de apoyo para pacientes Red de Salud UC CHRISTUS:

- https://intranet.ucchristus.cl/sites/BiblioDoc/Educacin%20pacientes%20y%20familiares/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2Fsites%2FBiblioDoc%2FEducacin%20pacientes%20y%20familiares%2FEMERGENCIA%20COVID%2D19&FolderCTID=0x01200055E1A8B34A9CC3438E1B56B8BB5815BD&View=%7BF5DF9F45%2D7440%2D4647%2DBA5E%2D0FA46516C231%7D

ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA