



RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES CON COVID-19

Reporte de Evidencia N° 02

Abril 2021

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Fiorella Molinelli Aristondo

Presidenta Ejecutiva, EsSalud

Alfredo Barredo Moyano

Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Cristian Díaz Vélez

Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (e)

Eric Ricardo Peña Sánchez

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Moisés Alexander Apolaya Segura

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

Lourdes del Rocío Carrera Acosta

Asesores del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Rosas Ramos, Cinthia Mercedes. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), EsSalud
- Argüelles Diaz, Geraldine Ingrid. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), EsSalud
- Zelada Asenjo, Carlos Armando. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), EsSalud
- Lujan Córdova, Lorena Carolina. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), EsSalud
- Albrecht Lezama, Carlos Antonio. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), EsSalud
- Escudero Maza, Ángel Nicolás. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), EsSalud
- Garcia Gomero, David Santiago. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación IETSI, EsSalud
- Montes Alvis, José Manuel. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. IETSI, EsSalud

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

Reporte de Evidencias

Este documento no es una guía de práctica clínica. Es una respuesta rápida a una solicitud de información para los profesionales de la salud o tomadores de decisiones sobre cuáles son las recomendaciones para el manejo de una condición clínica específica o problema sanitario. Para ello, hemos definido una pregunta clínica, se ha diseñado una estrategia de búsqueda, se han seleccionado guías de práctica clínica u otros documentos clínicos, se ha evaluado la calidad de las mismas y finalmente se han resumido las recomendaciones. Luego se ha realizado una breve evaluación con expertos sobre la aplicabilidad de las recomendaciones en nuestro contexto.

Estas recomendaciones están en continua revisión y podrán ser modificadas si la situación lo requiriese, de acuerdo al surgimiento de nuevas evidencias o de nueva normatividad de ámbito nacional, emitida por el Ministerio de Salud.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones Clínicas para la Atención Domiciliaria de Pacientes con COVID-19. Lima: EsSalud; 2021”

Datos de contacto

Lourdes del Rocío Carrera Acosta

Correo electrónico: lourdes.carrera@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

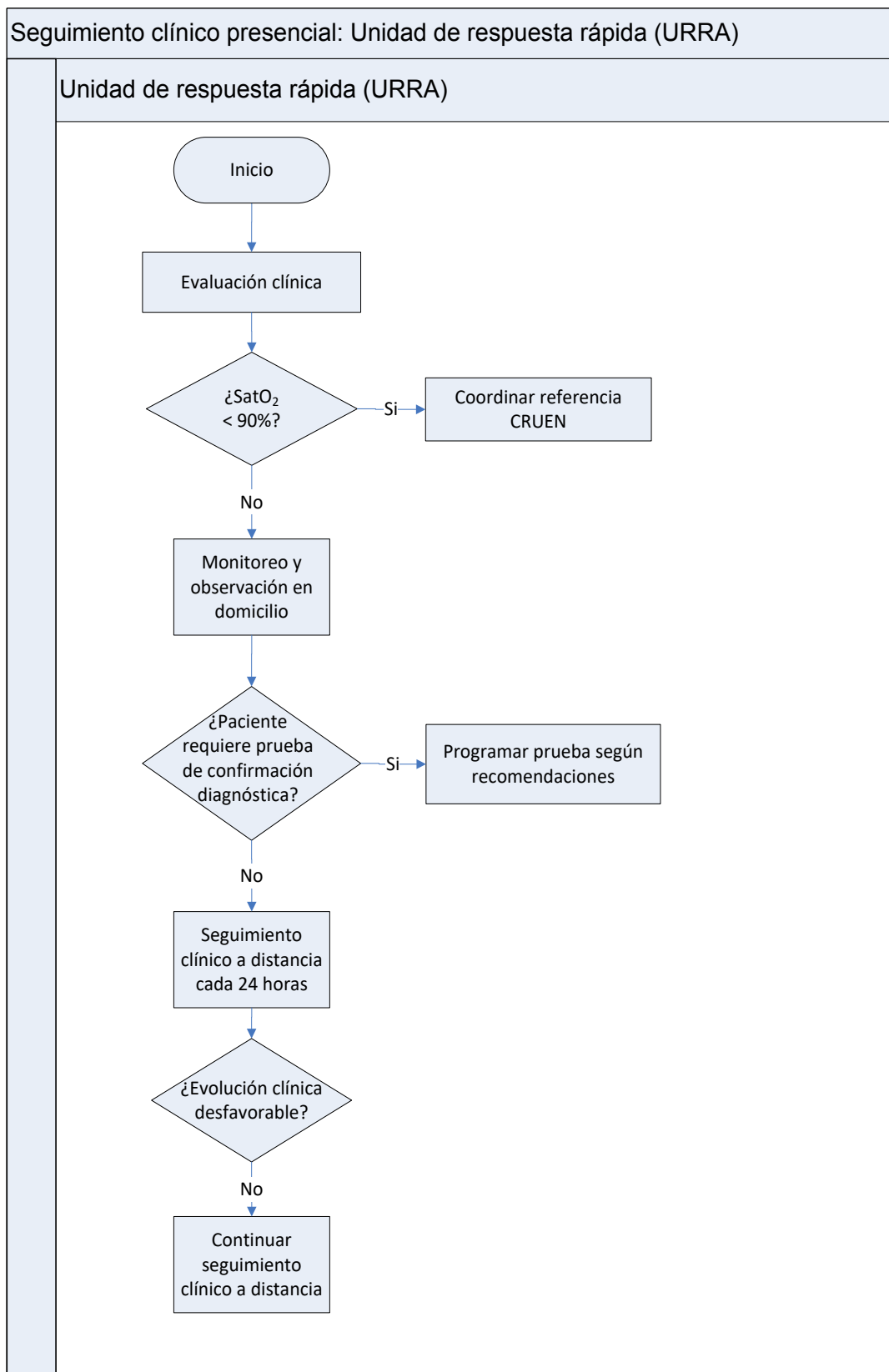
Tabla de contenido

I.	Flujogramas.....	6
II.	Generalidades	7
A.	Objetivo y población de las recomendaciones clínicas.....	7
B.	Usuarios y ámbito de las recomendaciones clínicas.....	7
III.	Métodos.....	7
A.	Búsqueda y selección de documentos.....	7
B.	Formulación de las recomendaciones clínicas.....	8
IV.	Definiciones operativas.....	9
A.	Definiciones de caso	9
B.	Clasificaciones clínicas	10
V.	Formulación de recomendaciones clínicas	11
1.	Recomendaciones para la atención domiciliaria	11
2.	Recomendaciones para la indicación de seguimiento clínico presencial	12
3.	Recomendaciones para el uso de equipo de protección personal (EPP) durante el seguimiento clínico presencial.....	12
4.	Recomendaciones para la evaluación clínica durante el seguimiento clínico presencial	12
5.	Recomendaciones para la indicación de exámenes de laboratorio	14
6.	Recomendaciones para la indicación de traslado a IPRESS	15
7.	Recomendaciones para el tratamiento de soporte	15
7.1	Oxigenoterapia.....	16
7.2	Fluidoterapia	17
7.3	Anticoagulación.....	17
8.	Recomendaciones para el tratamiento sintomático.....	17
8.1	Manejo de la fiebre	17
8.2	Manejo de la tos	18
8.2	Manejo de la disnea.....	18
8.3	Manejo de la ansiedad, delirio y agitación	19
8.4	Manejo de situación de últimos días	20
9.	Recomendaciones para el tratamiento farmacológico específico para el COVID-19	20
9.1	Corticoides	20
9.2	Hidroxiclороquina/cloroquina con o sin azitromicina.....	21
9.3	Ivermectina	21
9.4	Colchicina	21
10.	Recomendaciones para el tratamiento antibiótico asociado	21
10.1	Antibioticoterapia empírica	21

11.	Recomendaciones para el tratamiento de enfermedades preexistentes	21
11.1	IECA/ARA II	21
11.2	Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	21
VI.	Referencias.....	22
VII.	Anexos.....	24
	Anexo N° 1: Búsqueda y selección de documentos	24
	Anexo N° 2: Flujograma del proceso de búsqueda.....	25
	Anexo N° 3: Características de los documentos identificados.....	26
	Anexo N° 4. Secuencia recomendada de utilización de EPP (colocación y retiro de EPP).....	29
	Anexo N° 5: Método CAM para la valoración del síndrome confusional agudo en el adulto mayor	33

I. Flujogramas

Flujograma para la atención domiciliar de pacientes con COVID-19



II. Generalidades

A. Objetivo y población de las recomendaciones clínicas

- **Objetivos de las recomendaciones clínicas:**
 - Brindar recomendaciones clínicas sobre la visita domiciliaria de pacientes sospecha o confirmación de COVID-19.
- **Población a la cual se aplicará las recomendaciones clínicas:**
 - Pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.

B. Usuarios y ámbito de las recomendaciones clínicas

- **Usuarios de las recomendaciones clínicas:**
 - Estas recomendaciones clínicas están dirigidas al personal sanitario médico y no médico, que participa en la visita domiciliaria de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19.
- **Ámbito de las recomendaciones clínicas:**
 - El presente documento es de aplicación en todas las IPRESS de EsSalud, del ámbito nacional.

III. Métodos

A. Búsqueda y selección de documentos

El 05 de abril de 2021 se buscó protocolos de manejo, guías de práctica clínica, y documentos técnicos normativos que aborden el manejo de pacientes con COVID-19; cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés. Los detalles de la búsqueda y selección de los documentos se detallan en el **Anexo N°1**.

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron 14 documentos que abordaron el tema de interés. Posterior a ello, se procedió a evaluar y seleccionar los documentos que cumplan los siguientes criterios en su totalidad:

- El documento aborda el tema de interés
- El documento fue realizado por una institución o entidad reconocida, como entidades gubernamentales, sociedades médicas o similares
- El documento describe ampliamente el tema de interés
- El documento describe la metodología que utilizó para establecer los procedimientos a seguir

Producto de la evaluación y selección, no se identificaron documentos que cumplan con todos los criterios de selección. Sin embargo, se consideró tomar como principal fuente de información a aquellos documentos que describieron ampliamente los procedimientos a seguir para la prevención, tamizaje, diagnóstico y manejo de pacientes con COVID-19. Estos documentos se detallan en el **Anexo N° 3**.

B. Formulación de las recomendaciones clínicas

Para la formulación de recomendaciones se revisaron los lineamientos propuestos por los protocolos encontrados que describieron ampliamente el tema a tratar, los cuales fueron adaptados para el contexto de EsSalud. Además, se tomó en cuenta las revisiones realizadas por IETSI (EsSalud) sobre el tema, así como otra información científica encontrada en búsquedas no sistemáticas o recomendadas por los expertos clínicos, para temas puntuales. Producto de ello se emitieron recomendaciones y se formuló un flujograma.

IV. Definiciones operativas

A. Definiciones de caso

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú, sobre la base de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece un conjunto de definiciones de caso y definiciones básicas relacionadas con la infección por COVID-19 que pueden variar de acuerdo con el desarrollo de la epidemia en el contexto nacional. La actualización de las definiciones, se encontrará en las alertas epidemiológicas de la página siguiente:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=678

Caso sospechoso (1):

Persona que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios clínicos:

a) Paciente con síntomas de infección respiratoria aguda, que presente tos o dolor de garganta y además uno o más de los siguientes signos / síntomas:

- Malestar general
- Fiebre
- Cefalea
- Congestión nasal
- Diarrea
- Dificultad para respirar (señal de alarma)
- Pérdida del olfato (anosmia)
- Pérdida del gusto (ageusia)

b) Paciente con infección respiratoria aguda grave (IRAG: infección respiratoria aguda con fiebre o temperatura actual $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y tos; con inicio dentro de los últimos 10 días; y que requiere hospitalización).

Caso probable (1):

Quienes cumplan con cualquiera de los siguientes criterios:

a) Caso sospechoso con antecedente epidemiológico de contacto directo con un caso probable o confirmado, o epidemiológicamente relacionado a un conglomerado de casos los cuales han tenido al menos un caso confirmado dentro de ese conglomerado 14 días previos al inicio de los síntomas.

b) Caso sospechoso con imágenes de tórax que muestran hallazgos radiológicos sugestivos de COVID-19, en:

- Radiografía de tórax: opacidades nebulosas, de morfología a menudo redondeadas, con distribución pulmonar periférica e inferior.
- Tomografía computarizada de tórax: múltiples opacidades bilaterales en vidrio esmerilado, a menudo de morfología redondeada, con distribución pulmonar periférica e inferior.
- Ecografía pulmonar: líneas pleurales engrosadas, líneas B (multifocales, discretas o confluentes), patrones de consolidación con o sin broncograma aéreos.

c) Persona con inicio reciente de anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto), en ausencia de cualquier otra causa identificada.

Caso confirmado sintomático (1):

Quienes cumplan con cualquiera de los siguientes criterios:

a) Caso sospechoso o probable con confirmación de laboratorio de infección por COVID-19, mediante prueba molecular para SARS-CoV-2 positiva.

b) Caso sospechoso o probable con prueba antigénica positiva para infección por SARS-COV-2.

c) Caso sospechoso o probable con prueba serológica (ELISA, inmunofluorescencia, quimioluminiscencia y electroquimioluminiscencia) reactiva a IgM o IgM/IgG para infección por SARS-CoV-2.

Caso de infección asintomática de COVID-19 (1):

Toda persona asintomática identificada a través de la estrategia de búsqueda activa que no presenta signos ni síntomas compatibles con COVID-19, con resultado positivo de prueba molecular para SARS-CoV-2 o presenta prueba antigénica positiva o prueba serológica reactiva para infección por SARS-CoV-2.

B. Clasificaciones clínicas

Se consideró las definiciones de presentación clínica según severidad de la enfermedad de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) detallados en el documento *COVID-19 Treatment Guidelines (2020) (2)*:

Caso asintomático o presintomático: personas que dan positivo al SARS-CoV-2 mediante una prueba virológica (es decir, una prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) o una prueba de antígeno) pero que no presentan síntomas compatibles con COVID-19.

Caso Leve: personas que presentan cualquiera de los signos y síntomas de COVID-19 (fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y del olfato) pero que no tienen dificultad para respirar, disnea o radiografía de tórax anormal.

Caso Moderado: personas que muestran evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores durante la evaluación clínica o en las imágenes radiológicas y que tienen una saturación de oxígeno (SatO_2) $\geq 94\%$ a nivel del mar.

Caso Severo: personas que tienen $\text{SatO}_2 < 94\%$ a nivel del mar, una relación entre la presión parcial arterial de oxígeno y la fracción de oxígeno inspirado ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 300 mmHg, frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/min o compromiso pulmonar $> 50\%$.

Caso Crítico: personas que tienen insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción multiorgánica.

V. Formulación de recomendaciones clínicas

1. Recomendaciones para la atención domiciliaria

- **La atención domiciliaria involucra el aislamiento domiciliario, el seguimiento clínico a distancia y el seguimiento clínico presencial. Para todos los casos, se establecerá una categoría de riesgo según el triaje telefónico.**
- **El triaje telefónico comprende la valoración de 4 tamizajes: (1) signos y síntomas que amenazan la vida, (2) síntomas de COVID-19, (3) factor de riesgo de severidad (oxigenación) y (4) factores de riesgo**

Las categorías de riesgo a considerarse serán las siguientes (3):

Clasificación de categoría de riesgo	
Categoría de Riesgo Alto	SatO ₂ < 90% y/o presencia de signos y síntomas que amenazan la vida
Categoría de Riesgo Grave	SatO ₂ = 90 - 94%
Categoría de Riesgo Moderado	SatO ₂ ≥ 95 % con factores de riesgo
Categoría de Riesgo Leve	SatO ₂ ≥ 95 % sin factores de riesgo

Los factores de riesgo a considerarse serán los siguientes:

Factores de riesgo para desarrollar enfermedad severa	
1. Edad	• ≥ 65 años
2. Comorbilidades	• Cáncer • Hipertensión Arterial Refractaria • Enfermedades cardiovasculares graves • Enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis • EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) • Asma moderada o grave • Enfermedad o tratamiento inmunosupresor • Obesidad grave (IMC ≥ 40 kg/m²) • Diabetes Mellitus • Otros que establezca la Autoridad Sanitaria Nacional frente a futuras evidencias

- **Se indicará seguimiento clínico a distancia en casos de “Categoría de Riesgo Moderado” y “Categoría de Riesgo Leve”**

Se programará seguimiento clínico a distancia cada 24 horas en los casos de “Categoría de Riesgo Moderado” y cada 48 horas en los casos de “Categoría de Riesgo Leve”

Véase *Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en el contexto de la pandemia por COVID-19* (4) y *Recomendaciones clínicas para la evaluación y seguimiento remoto durante pandemia de SARS-COV-2 (COVID-19)* (5)

2. Recomendaciones para la indicación de seguimiento clínico presencial

- ***Se indicará seguimiento clínico presencial en casos de “Categoría de Riesgo Grave” o con empeoramiento de síntomas durante el seguimiento clínico a distancia***

Según los resultados de la evaluación clínica, el médico podría indicar un seguimiento clínico a distancia cada 24 a 48 horas con o sin con exámenes auxiliares, incluyendo la prueba COVID-19 si aún no se la han realizado al paciente.

Véase *Recomendaciones clínicas para la evaluación y seguimiento remoto durante pandemia de SARS-COV-2 (COVID-19)* (5)

3. Recomendaciones para el uso de equipo de protección personal (EPP) durante el seguimiento clínico presencial

- ***Se debe utilizar equipo de protección personal (EPP) al ingreso del domicilio del paciente. La elección del EPP debe realizarse en función a los procedimientos por realizarse dependiendo de su potencial para generar aerosoles.***

Véase *Recomendaciones para el uso de equipo de protección personal (EPP) por el personal de salud asistencial ante casos sospechosos, probables o confirmados de COVID-19* (6)

4. Recomendaciones para la evaluación clínica durante el seguimiento clínico presencial

- ***La evaluación clínica durante el seguimiento clínico presencial comprende la valoración de la saturación de oxígeno, la realización de un examen clínico general, el examen del tracto respiratorio inferior y la valoración neurológica.***

El seguimiento clínico presencial deberá llevarse a cabo para determinar si no existe progresión en el estado de gravedad del paciente mediante el examen clínico. Se evaluarán los siguientes parámetros (7):

- Saturación de oxígeno (SatO₂)
 - Se considerará aceptable si es > 92%
- Se realizará un examen clínico general (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, examen de piel y faneras para la determinación de signos de hipoperfusión (específicamente valorar color de piel y llenado capilar). Se prefiere evitar o considerar como opcional la valoración de mucosas para disminuir el riesgo de contaminación.
 - Criterios de estabilidad clínica:
 - Temperatura axilar < 38 °C
 - Frecuencia cardíaca < 90 latidos por minuto
 - Frecuencia respiratoria < 22 respiraciones por minuto
 - Presión arterial sistólica > 100 mmHg
 - Presión arterial diastólica > 60 mmHg
 - Piel tibia, elástica, hidratada.
 - Llenado capilar menor a 2 segundos

- Examen clínico a nivel del **tracto respiratorio inferior**: murmullo vesicular, auscultación. Se prefiere evitar o considerar como opcional la valoración del tracto respiratorio superior para disminuir riesgo de contaminación.
- Valoración neurológica: escala de coma Glasgow > 13 puntos
 - Adicionalmente se puede valorar la escala CAM (8) (**Anexo 5**) para la determinación del síntoma confusional en el adulto mayor. Siempre que el examinador se halle entrenado para su utilización.
- *En pacientes con COVID-19, utilizar la Escala de Mortalidad 4C para identificar a los pacientes con alto riesgo de mortalidad al ingreso (5)*
- *En pacientes con COVID-19, monitorizar regularmente la saturación de oxígeno (SatO₂), presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura (9)*

Escala de Mortalidad 4C (Consorcio de Caracterización Clínica de Coronavirus)	
Variable	Puntaje (0 – 21)
Edad (años)	
<50	—
50-59	+2
60-69	+4
70-79	+6
≥80	+7
Sexo	
Femenino	—
Masculino	+1
Número de comorbilidades*	
0	—
1	+1
≥2	+2
Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)	
<20	—
20-29	+1
≥30	+2
Saturación de oxígeno con aire ambiental (%)	
≥92	—
<92	+2
Escala de Coma de Glasgow	
15	—
<15	+2
Urea (mg/dl)	
<42.05	—
42.05 - 84.1	+1
>84.1	+3
Proteína C reactiva (mg/dl)	
<5	—
5-9	+1
≥10	+2

Adaptado de: Knight, S.R., et al., *Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score*. BMJ, 2020. **370**: p. m3339.

4C (Consortio de Caracterización Clínica de Coronavirus)		
Grupos de riesgo	Puntaje	Mortalidad
Bajo	0-3	1.2%
Intermedio	4-8	9.9%
Alto	9-14	31.4%
Muy alto	≥ 15	61.5%

- **En pacientes con COVID-19, considerar la utilización de la Escala CALL (comorbilidad, edad, linfocitos y DHL), para identificar de manera precoz a los pacientes con evolución clínica desfavorable y que requieran traslado a una unidad de cuidados críticos (6)**

Escala CALL (comorbilidad, edad, linfocitos y lactato)				
Parámetros	1	2	3	4
Comorbilidad	Sin comorbilidad	-	-	Con comorbilidad
Edad (Años)	≤ 60 años	-	> 60 años	-
Linfocitos	> $1.0 \times 10^9/L$	-	≤ $1.0 \times 10^9/L$	-
Deshidrogenasa láctica (DHL)	≤ 250 U/L	250–500 U/L	> 500 U/L	-

Adaptado de: Ji, D., et al., *Prediction for Progression Risk in Patients With COVID-19 Pneumonia: The CALL Score*. Clin Infect Dis, 2020. 71(6): p. 1393-1399.

Clasificación del puntaje de la Escala CALL			
Puntaje	Clasificación	Riesgo de progresión	Acción
4-6	Clase A	Bajo	Continuar monitoreo en sala general de hospitalización.
7-9	Clase B	Intermedio	Evaluación por médico emergenciólogo o intensivista*
10-13	Clase C	Alto	Evaluación inmediata por médico emergenciólogo o intensivista*

* Según dicha evaluación, el paciente podría ser trasladado a UCI o a unidad de cuidado de cuidados intermedios o sala de monitoreo continuo.

5. Recomendaciones para la indicación de exámenes de laboratorio

- **Se recomienda la indicación de exámenes de laboratorio en casos moderados de COVID-19 para determinar las características asociadas con una enfermedad grave e identificar la disfunción orgánica u otras comorbilidades que podrían complicar la terapia potencial**

Aunque se sugieren varias pruebas de laboratorio para evaluar a los pacientes con COVID-19 sospechoso o confirmado, el valor pronóstico de muchas pruebas sigue siendo incierto, la decisión de indicar estas pruebas y su periodicidad debe estar fundamentalmente dirigida por el criterio clínico y su disponibilidad (10, 11):

Exámenes de laboratorio en COVID-19	
Hemograma completo	Vigilar la presencia de anomalías en el hemograma: Linfopenia (< 800/mL), neutrofilia (>10 000/mL) o trombocitopenia (< 150 000/mL)
Gases arteriales	Valorar el compromiso oxigenatorio a través de la monitorización del PaO ₂ /FiO ₂ y valorar el compromiso ventilatorio mediante el monitoreo del CO ₂
Electrolitos	-
Glucosa	-
Urea	-
Creatinina	-
Proteína C reactiva (PCR)	-
Ferritina	-
Dímero D	Valores 3 a 4 veces el valor superior normal se asocian a alta mortalidad. Monitorizar de cerca.
Lactato deshidrogenasa (LDH)	Valores > 350 UI/L se asocian a alta mortalidad. Monitorizar de cerca.
Procalcitonina	Evitar su uso rutinario para inicio de antibioticoterapia o para definir severidad del proceso infeccioso

Adaptado de: Thompson, S., et al., *IFCC Interim Guidelines on Biochemical/Hematological Monitoring of COVID-19 Patients*. Clin Chem Lab Med, 2020. 58(12): p. 2009-2016.

6. Recomendaciones para la indicación de traslado a IPRESS

- ***Se indica traslado a una IPRESS a todo caso de “Categoría de Riesgo Alto” o crítico según la evaluación clínica.***

Según la valoración con el tamizaje de signos y síntomas que amenazan la vida en el triaje telefónico o en la evaluación médica durante el seguimiento clínico presencial, se establecerá la necesidad de traslado a una IPRESS. De darse tal indicación, se contactará a la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (CRUEN) que coordinará con el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE) para el traslado del paciente a una IPRESS. Se brindará un tratamiento de soporte hasta la que se efectivice el traslado.

7. Recomendaciones para el tratamiento de soporte

- ***A todo paciente con indicación de traslado a una IPRESS, se le debe administrar tratamiento de soporte desde el seguimiento clínico presencial hasta que se efectivice el traslado del paciente.***

En el caso de que no haya disponibilidad de hospitalización en una IPRESS o UCI para el traslado del paciente, se brindará soporte domiciliario hasta que haya posibilidad de efectivizar el traslado. El tratamiento de soporte involucra:

7.1 Oxigenoterapia

- En pacientes con COVID-19 con criterios de traslado, se debe iniciar oxigenoterapia convencional (cánula nasal simple, mascarilla simple o mascarilla con sistema venturi) cuando la saturación de oxígeno (SatO_2) sea $\leq 93\%$. (3, 12, 13)
- El objetivo de SatO_2 debe ser 94-96% para la población que no tiene problemas pulmonares crónicos; pero en pacientes con riesgo de hipercapnia (EPOC, fibrosis pulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística, enfermedades neuromusculares, deformidad del tórax, y obesidad mórbida) el objetivo de la SatO_2 debe ser 88-92% (3, 12, 13)

Dispositivos para la administración de oxígeno		
Dispositivo	Flujo de oxígeno (L/min)	Fracción inspirada de oxígeno (FiO_2)
Cánula nasal simple	1	24%
	2	28%
	3	32%
	4	36%
	5	40%
Mascarilla simple	6	40% - 50%
	7	50% - 60%
	8	60%
Mascarilla venturi	3	24%
	6	28%
	9	35%
	12	40%
	15	50%
Mascarilla de reservorio de no reinhalación	10 - 15	80% - 100%*
	* Ambas válvulas abiertas	80% - 85%
	* Una válvula abierta	85% - 90%
	* Ambas válvulas cerradas	95% - 100%

Adaptado de: World Health Organization; 2020 (WHO), *Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit. COVID-19 adaptation.* (WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020.1)

Indicación de oxigenoterapia según saturación de oxígeno		
Saturación de oxígeno (SatO_2)	Dispositivo	Fracción inspirada de oxígeno (FiO_2)
SatO_2 : 90-93%	Cánula nasal simple	<40%
	Mascarilla simple	<40%
	Mascarilla venturi	<30%
SatO_2 <90%	Cánula nasal simple	40%
	Mascarilla simple	40-60%
	Mascarilla venturi	30-50%

Adaptado de: World Health Organization; 2020 (WHO), *Clinical care for severe acute respiratory infection: toolkit. COVID-19 adaptation.* (WHO/2019-nCoV/SARI_toolkit/2020.1)

7.2 Fluidoterapia

- Usar una estrategia conservadora de administración de fluidos cuando no haya evidencia de shock circulatorio, evitando la sobrecarga hídrica ya que podría empeorar el cuadro respiratorio (14)
- Se prefiere el uso de cristaloides en lugar de coloides (14)
- No se recomienda usar gelatinas, ni dextranos, ni albumina humana (14)

7.3 Anticoagulación

- En personas con COVID-19 severo a crítico, administrar enoxaparina a dosis profilácticas (2, 15, 16)
- Con respecto al uso de anticoagulantes:
 - En pacientes con TFG ≥ 30 ml/min/1.73 m² (mediante la fórmula CKD-EPI), administrar enoxaparina 40 mg vía SC una vez al día
 - En pacientes con peso > 120 kg o IMC > 35 kg/m², administrar enoxaparina vía 40 mg SC dos veces al día
 - En caso no se disponga de enoxaparina, administrar heparina sódica 5000 UI vía SC cada 8 a 12 horas

8. Recomendaciones para el tratamiento sintomático

8.1 Manejo de la fiebre

- Usar paracetamol como antipirético de elección en pacientes con COVID-19 que presenten fiebre (10)
- Aconsejar la ingesta de líquidos regularmente (no más de 2 litros por día) en pacientes con COVID-19 que presenten fiebre para evitar la deshidratación (10)
- En pacientes con COVID-19 y fiebre que produce muchas molestias y discomfort, considerar usar antipiréticos por vía parenteral (10)

Fármacos	Dosis	Consideraciones
Paracetamol (jarabe): 120mg/5mL	10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas	
Paracetamol (tableta): 500 mg	0.5 gr o 1 gr VO cada 4 a 6 horas, máximo 4 gr por día	-
Paracetamol (ampolla): 10 mg/mL	1 gr EV (infusión de 15 minutos) cada 4 a 6 horas, máximo 4 gr por día	-
Metamizol (ampolla): 1gr/2 mL	1 gr IM o SC PRN a fiebre	Monitorear presión arterial por riesgo de hipotensión
Metamizol (gotas): 500 mg/mL	- Lactantes > 4 meses y niños hasta 4 años: 2-6 gotas - 5 a 14 años: 10-15 gotas - > 15 años: 20 gotas Según sea necesario. Dosis máxima hasta 4 dosis en 24 horas.	-

8.2 Manejo de la tos

- En pacientes con COVID-19 y tos, considerar medidas no farmacológicas como cambio de posición, si es posible, a decúbito lateral o sentado con elevación de la cabecera. Indique medidas simples como probar una cucharadita de miel (10)
- En pacientes con COVID-19 y tos persistente y que genera angustia, considera el uso de antitusígenos (10)

Fármacos	Dosis	Consideraciones
Dextrometorfano (jarabe): 15 mg/5 mL x 120 mL	5 a 10 mL cada 6 a 8 horas VO según sea necesario. Dosis máxima hasta 4 dosis en 24 horas.	Evaluar efectividad cada 20 minutos, de no obtener respuesta, considerar una nueva dosis. Evite los supresores de la tos en la bronquitis crónica y la bronquiectasia.
Codeína (jarabe): 10 - 15 mg/5 mL x 60 mL	5 a 10 mL cada 6 a 8 horas VO según sea necesario. Dosis máxima hasta 4 dosis en 24 horas.	
Codeína (tableta): 15 mg; 30 mg	15 mg a 30 mg VO cada 4 horas más PRN. Dosis máxima hasta 4 dosis en 24 horas.	
Codeína (ampolla): 30 mg/mL x 2mL	30 a 60 mg SC	

8.2 Manejo de la disnea

- En pacientes con COVID-19, considerar que la disnea a menudo causa ansiedad y esta, a su vez, contribuye a incrementar la sensación de falta de aire (10)
- Indicar las siguientes medidas de soporte para un mayor control de la disnea (10):
 - Mantener la habitación ventilada, garantizando una adecuada circulación de aire al interior (evitar uso de ventiladores por el riesgo de propagación de la infección)
 - Fomentar la realización de ejercicios de respiración profunda:
 - Los ejercicios de respiración profunda incluyen una adecuada postura, respiración con los labios fruncidos y reentrenamiento de la respiración
 - Antes de empezar, sentarse de forma cómoda y relajada manteniendo una posición vertical para aumentar la ventilación máxima y reducir la obstrucción de las vías respiratorias
 - Inhalar aire por la nariz, lenta y profundamente. Una vez que se sienta que los pulmones se han llenado de aire por completo, retener el aire por 4 segundos (procurar contar mentalmente hasta 4) y luego exhalar lentamente con los labios fruncidos (procurar contar nuevamente hasta 4). Debe percibirse que el abdomen se hunde durante la inspiración y vuelve a la normalidad durante la espiración
 - Dejar caer los hombros, inclinándose hacia adelante con los brazos apoyados en las rodillas o en una silla
 - Repetir el ejercicio tres o cuatro veces con el objetivo de recuperar una sensación de control y mejorar la fuerza muscular respiratoria
- En pacientes con COVID-19 y disnea moderada a severa a pesar de soporte oxigenatorio, considerar usar opioides (10)

Fármacos	Dosis	Consideraciones
Morfina (ampolla): 20 mg/mL o 10 mg/mL	2.5 mg a 5 mg EV o SC cada 4 horas más PRN	La morfina no tiene techo terapéutico

8.3 Manejo de la ansiedad, delirio y agitación

- En pacientes con COVID-19 que presenten ansiedad, delirio y/o agitación(10):
 - Tratar causas reversibles (hipoxia, retención urinaria, estreñimiento)
 - Explorar las preocupaciones del paciente
 - Garantizar una adecuada iluminación en la habitación
- En pacientes con COVID-19 que presenten ansiedad, considerar el uso de benzodiacepinas (10)
- En pacientes con COVID-19 que presenten delirio y/o agitación, considerar el uso de antipsicóticos (10)

Fármacos	Dosis	Consideraciones
Clonazepam (tableta): 5 mg	0.5 mg VO PRN ansiedad y/o insomnio (dosis máxima: 4 mg/día).	Evaluar efectividad en síntomas de ansiedad a los 10 minutos. De no obtener efecto, considerar administrar una segunda dosis.
Midazolam (ampolla): 1 mg/mL x 5 mL o 5 mg/mL x 10 mL	2.5–5 mg SC c/1-2h PRN, con dosis máxima 5mg.	Usar dosis bajas en pacientes de edad avanzada, frágiles o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Haloperidol (tableta): 5 o 10 mg	<u>Delirio con agitación leve - moderada:</u> 0.5 a 1.5 mg (5 – 15 gotas) VO STAT, luego PRN. Puede ser cada 8 – 12 horas si se requiere una administración programada	Iniciar con dosis bajas en ancianos, asociada a una titulación gradual y lenta.
Haloperidol (gotas orales): 2 mg/mL x 20 mL	<u>Delirio con agitación severa:</u> 0.5 a 5 mg (5 – 50 gotas) VO c/8 – 4 horas	
Haloperidol (ampolla): 5 mg/mL x 1 mL o 50 mg/mL x 1mL (uso EV o SC) 5 mg/mL x 10mL (uso IM exclusivo)	<u>Delirio con agitación leve - moderada:</u> 0.25 a 0.75 mg SC o IM STAT, luego PRN Puede ser cada 8 – 12 horas si se requiere una administración programada. <u>Delirio con agitación severa:</u> 0.5 a 5 mg SC o IM STAT, luego PRN Puede ser cada c/8 – 4 horas si se requiere una administración programada.	La vía EV puede considerarse si el paciente cuenta con acceso EV y según criterio médico por los posibles eventos cardíacos reportados con la administración EV.

8.4 Manejo de situación de últimos días

- En pacientes con COVID-19 y situación de últimos días, considerar el uso de la sedación paliativa con la combinación de benzodiacepinas y opioides (10)
- La decisión de sedación paliativa deberá ser consensuada por el equipo médico de turno y deberá consultarse a un especialista en cuidados paliativos, siempre que sea posible (10)
- Se deberá contar con el consentimiento verbal (explícito, implícito o delegado) por parte del paciente o familia y registrar el procedimiento en la historia clínica (10)
- En pacientes con COVID-19 con indicación de la sedación paliativa, usar la escala Ramsay para valorar el grado de sedación (10)

Etapa	Protocolo de sedación
Inducción	• Midazolam: 2 – 2,5 mg cada 6 horas + dosis de rescate (misma dosis) • Morfina: • SC: 2 – 2,5 mg cada 6 horas + dosis de rescate (misma dosis) • IV: 2 mg en bolo, lento cada 6 horas Consideraciones: • Debería iniciar su acción en 10 a 15 minutos (si es IV, 3 a 5 minutos) • Reevaluar a los 15 – 30 minutos, objetivo: puntaje en la escala de Ramsay ≥ 4
Reevaluación	• Cada 12 o 24 horas reevaluar y recalcular la dosis siguiente, en base a las dosis horarios y de rescate usadas
Dosis de Mantenimiento	• La dosis total tanto de Midazolam como de Morfina se colocará en 100 cc de NaCl 0.9% y se pondrá en infusión SC en 12 o 24 horas según lo evaluado. • Dosis de rescate continúa según demanda

Escala de sedación de Ramsay
Nivel 1: Agitado Nivel 2: Tranquilo, orientado, colaborador Nivel 3: Respuesta a estímulos verbales Nivel 4: Respuesta a presión glabellar Nivel 5: Respuesta a estímulos dolorosos Nivel 6: No respuesta

9. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico específico para el COVID-19

9.1 Corticoides

- En personas con COVID-19 y necesidad de ventilación mecánica, administrar corticoides (2, 14, 17, 18)
- En personas con COVID-19 severo, administrar corticoides (2, 4, 14, 15)
- En personas con COVID-19 sin necesidad de soporte oxigenatorio, no administrar corticoides (2, 4, 14, 15)
- Con respecto al uso de corticoides (2, 4, 14, 15):
 - Administrar dexametasona 6 mg vía oral o EV, 1 vez al día hasta por 10 días

- En caso no se disponga de dexametasona, considerar como regímenes alternativos:
 - Prednisona 40 mg vía oral, 1 vez al día hasta por 10 días
 - Metilprednisolona 32 mg vía EV, 1 vez al día hasta por 10 días
 - Hidrocortisona 50 mg vía EV, cada 6 horas hasta por 10 días

9.2 Hidroxicloroquina/cloroquina con o sin azitromicina

- En pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19, no administrar hidroxicloroquina con o sin azitromicina (4, 14-16)

9.3 Ivermectina

- En personas sin COVID-19, no administrar ivermectina como profilaxis de esta enfermedad fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado (4, 14-16)
- En personas con COVID-19 leve a crítico, ambulatorios u hospitalizados, no administrar ivermectina como tratamiento de esta enfermedad fuera del contexto de un ensayo clínico aleatorizado (4, 14-16)

9.4 Colchicina

- En pacientes con COVID-19, no administrar colchicina (4, 14, 16)

10. Recomendaciones para el tratamiento antibiótico asociado

10.1 Antibioticoterapia empírica

- En personas con COVID-19 y sospecha de neumonía bacteriana sobreagregada, considerar administrar antibioterapia empírica (19)
- Con respecto al uso de antibioticoterapia empírica:
 - En pacientes con sospecha clínica de neumonía adquirida en la comunidad, administrar ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas por 7 días +/- azitromicina 500 mg VO cada 24 horas por 5 días (cuando se sospecha de infección por gérmenes atípicos)

11. Recomendaciones para el tratamiento de enfermedades preexistentes

11.1 IECA/ARA II

- No se dispone de evidencia científica a la fecha que recomiende suspender el uso de IECA o ARA II en pacientes hipertensos con COVID-19 que ya usan estos medicamentos (3, 9, 16)

11.2 Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

- No se dispone de evidencia científica que sustente el incremento de la susceptibilidad de contraer COVID-19 o el desarrollo de la forma grave de la enfermedad por el uso de AINES, por lo tanto, no se recomienda suspender tratamiento con ibuprofeno o algún otro AINES (16, 20, 21)

VI. Referencias

1. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú. Directiva Sanitaria N° 122-MINSA/CDC. RM N° 905-2020-MINSA. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/01/Directiva-de-vigilancia-de-COVID-19.pdf>.
2. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Disponible en: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. [acceso 05 de abril de 2021].
3. World Health Organization. (2021). COVID-19 clinical management: living guidance, 25 January 2021. World Health Organization. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338882>.
4. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en contextos de pandemia por COVID-19. Lima: EsSalud; 2020. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/Recomendaciones_aislamiento_domiciliario_COVID_19.pdf.
5. Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, Drake TM, et al. Risk stratification of patients admitted to hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: development and validation of the 4C Mortality Score. *BMJ (Clinical research ed)*. 2020;370:m3339.
6. Ji D, Zhang D, Xu J, Chen Z, Yang T, Zhao P, et al. Prediction for Progression Risk in Patients With COVID-19 Pneumonia: The CALL Score. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2020;71(6):1393-9.
7. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica Código: AE-021-2020: Alerta Epidemiológica ante la transmisión de COVID-19 en el Perú. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_202021.pdf.
8. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta Epidemiológica Código: AE-001-2021: Incremento de positividad a pruebas diagnósticas, casos, defunciones y hospitalizados por COVID-19. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_20211.pdf.
9. Pan American Health Organization (PAHO). Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: Summary of Rapid Systematic Reviews. Rapid Review. 19 Feb 2021. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>.
10. Li T. Diagnosis and clinical management of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: an operational recommendation of Peking Union Medical College Hospital (V2.0). *Emerging microbes & infections*. 2020;9(1):582-5.
11. Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguín-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2020:101623.
12. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax*. 2017;72(Suppl 1):ii1-ii90.
13. Siemieniuk RAC, Chu DK, Kim LH, Guell-Rous MR, Alhazzani W, Soccia PM, et al. Oxygen therapy for acutely ill medical patients: a clinical practice guideline. *Bmj*. 2018;363:k4169.
14. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, Loeb M, Gong MN, Fan E, et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive care medicine*. 2020;46(5):854-87.
15. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Manejo de la Infección por SARS-COV2, 2020. Santiago:MINSA. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/>.

16. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Guía de Práctica Clínica para la atención del Cuidado Paliativo (adopción) Guía No GPC 2016 – 58. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/GPC_paliativo_completa.aspx.
17. National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce. Living Guidelines for Management and Care of People in Primary, Hospital and Critical Care with Suspected or Confirmed COVID-19 Infection [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://covid19evidence.net.au/>.
18. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH, Laverne V, Baden L, Cheng VC, Edwards KM, Gandhi R, Gallagher J, Muller WJ, O'Horo JC, Shoham S, Murad MH, Mustafa RA, Sultan S, Falck-Ytter Y. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Infectious Diseases Society of America 2021; Version 4.1.2. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>.
19. Jin Y-H, Cai L, Cheng Z-S, Cheng H, Deng T, Fan Y-P, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). Military Medical Research. 2020;7(1):4.
20. Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación. REPORTE BREVE N° 08 USO DE INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA) Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II (ARA II) E INFECCIÓN POR COVID-19. Lima: EsSalud; 2020. [acceso 05 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/covid_19/RB_08_IECAS_ARA_II_v21Mar.pdf.
21. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. Radiology. 2020:200642.

VII. Anexos

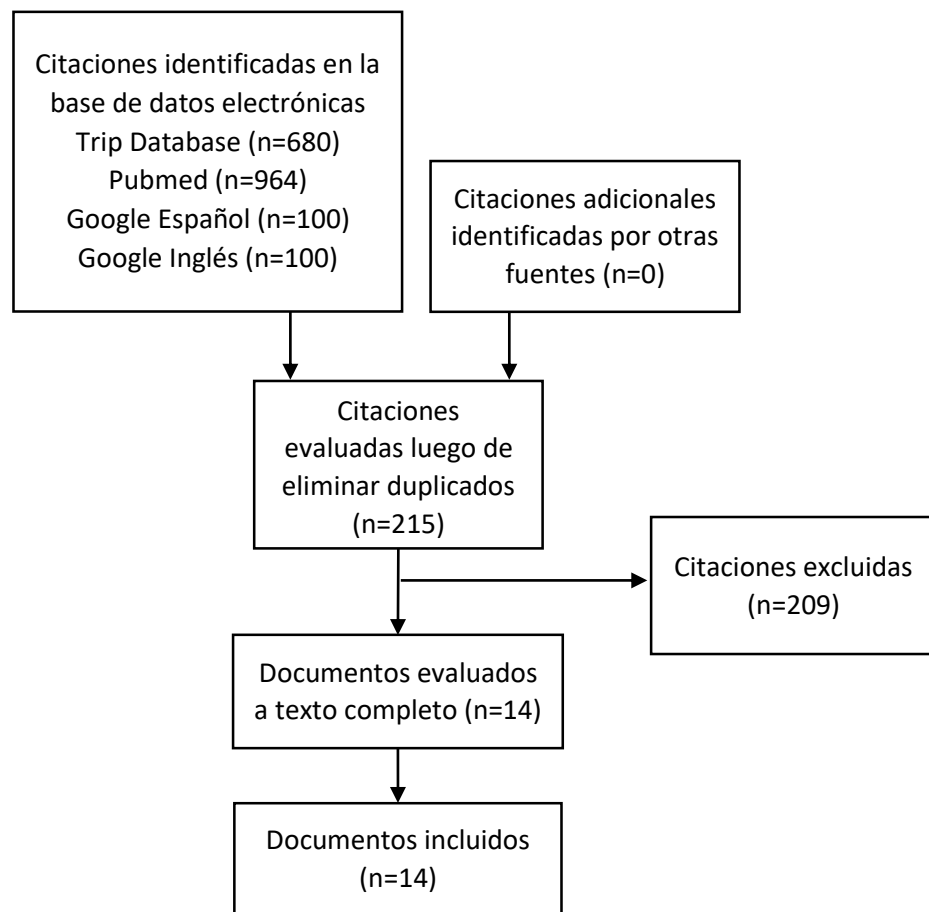
Anexo N° 1: Búsqueda y selección de documentos

Estrategia de búsqueda

El 05 de abril del 2021 se buscaron guías de práctica clínica, y documentos técnicos que aborden la evaluación de riesgo y manejo de personal de salud en el contexto de la pandemia COVID-19, cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés. A continuación, se presentan las estrategias de búsqueda utilizadas:

Buscador, repositorio, u organismo elaborador	Términos de búsqueda	Observaciones
Trip Database	COVID-19	Se utilizaron los filtros "Guidelines" y "a partir de 2020"
Pubmed	(guidelines[TIAB] OR recommendations[TIAB] OR standards[TIAB] OR protocol[TIAB] OR management[TIAB] OR "Guideline"[PT]) AND ("COVID-19"[Supplementary Concept] OR "COVID-19"[TIAB] OR "2019-nCoV disease"[TIAB] OR "2019-nCoV infection"[TIAB] OR "coronavirus disease-19"[TIAB] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[Supplementary Concept] OR SARS2[TIAB] OR SARS-CoV-2[TIAB])	Filtro aplicado desde octubre del 2020
Google Español	COVID-19 guía protocolo manejo	Se revisaron los 100 primeros resultados
Google Inglés	COVID-19 guidelines protocol management	Se revisaron los 100 primeros resultados

Anexo N° 2: Flujograma del proceso de búsqueda



Anexo N° 3: Características de los documentos identificados

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron 14 documentos que abordaron el tema de interés, de los cuales se incluyó los 13 que tuvieron información y recomendaciones específicas para el manejo domiciliario de pacientes con COVID-19:

Título	País o región	Institución o autor	Fecha de publicación
Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19	Estados Unidos	Infectious Diseases Society of America Guidelines	2021
Australian guidelines for the clinical care of people with COVID-19	Australia	National COVID-19 Taskforce Australia	2021
Novel coronavirus (COVID-19) Guidance for primary care	Escocia	Public Health Scotland	2021
Guía de práctica clínica: Manejo de la infección por SARS-CoV2	Chile	Ministerio de Salud de Chile (Minsal)	2021
COVID-19 Clinical management Living guidance	-	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2021
Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: Summary of Rapid Systematic Reviews. Rapid Review.	-	Pan American Health Organization (PAHO)	2021
Diagnosis and clinical management of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: an operational recommendation of Peking Union Medical College Hospital	China	Peking Union Medical College Hospital	2020
Criteria to release COVID-19 patients from isolation: Scientific brief	-	Organización Mundial de la Salud (OMS)	2020
The Role of Chest Imaging in Patient Management during the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement from the Fleischner Society.	-	Fleischner Society	2020
A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version)	China	Zhongnan Hospital of Wuhan University Novel Coronavirus Management and Research Team,	2020
COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community [NG163]	Reino Unido	National Institute for Health Care Excellence	2020

Título	País o región	Institución o autor	Fecha de publicación
Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19)	Estados Unidos	Centers for Disease Control (CDC)	2021
Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)	-	The Surviving Sepsis Campaign (SSC) COVID-19	2020

Documentos técnicos normativos nacionales

Título	País o región	Institución o autor	Fecha de publicación
Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19) en el Perú. Directiva Sanitaria N° 122-MINSA/CDC. RM N° 905-2020-MINSA	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2020
Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2020
AE 019-2020: Alerta epidemiológica ante riesgo de intensificación de la transmisión comunitaria de COVID-19 en el periodo post cuarentena, en el Perú	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2020
Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2020
Resolución Ministerial N° 513-2020-MINSA	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2020
AE-021-2020. Alerta epidemiológica para la aplicación de pruebas diagnósticas en casos de COVID-19 en el Perú.	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2020
AE-001-2021. Incremento de positividad a pruebas diagnósticas, casos, defunciones y hospitalizados por COVID	Perú	Ministerio de Salud del Perú (MINSA)	2021
Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación. REPORTE BREVE N° 08 USO DE INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA) Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II (ARA II) E INFECCIÓN POR COVID-19. Lima: EsSalud; 2020.	Perú	Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)	2020
Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación. REPORTE BREVE N° 13 USO DE AINES EN	Perú	Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)	2020

Título	País o región	Institución o autor	Fecha de publicación
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Lima: EsSalud; 2020.			
Recomendaciones para el uso de equipo de protección personal (EPP) por el personal de salud asistencial ante casos sospechosos, probables o confirmados de COVID-19	Perú	Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)	2020
Recomendaciones clínicas para la evaluación y seguimiento remoto durante pandemia de SARS-COV-2 (COVID-19)	Perú	Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)	2020
Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en contextos de pandemia por COVID-19	Perú	Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)	2020

Anexo N° 4. Secuencia recomendada de utilización de EPP (colocación y retiro de EPP)

Pasos para colocarse el equipo de protección personal (EPP) cuando no se realizará procedimientos generadores de aerosoles

N° Paso	Descripción de acciones
1	Retírese anillos, pulseras, relojes y/o algún otro objeto que se encuentre en sus dedos, manos o muñecas. Evite portar implementos que no vayan a ser utilizados como teléfonos celulares entre otros.
2	Diríjase a una zona destinada para colocación del EPP y verifique que el EPP esté completo y que todos los implementos sean del tamaño correcto.
3	Colóquese el protector de calzado o botas (opcional).
4	Realice higiene de manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica.
5	Colóquese el mandilón (mandil descartable). Técnica de colocación: • Tome por la parte inferior del cuello, introduzca los brazos en las mangas y dejarla resbalar hacia los hombros. • Cubra con el mandilón todo el torso desde el cuello hasta las rodillas, los brazos hasta la muñeca y dóblela alrededor de la espalda. • Átesela por detrás a la altura del cuello y la cintura.
6	Colóquese el respirador N95 o de mayor nivel (si es que no se cuenta con estos, usar mascarilla quirúrgica. No usar mascarilla de tela). • En caso se vaya a colocar un respirador N95 reusado: ▪ Utilice una toalla desechable o guantes para colocarse el respirador, luego de lo cual descarte la toalla o los guantes. ▪ Cuando no se pueda realizar esto (por falta de toalla o guantes), colocarse el respirador con las manos desnudas y lávese las manos luego de colocarse el respirador. • Técnica de colocación: ▪ Revise la integridad del respirador antes de su colocación (verifique que los componentes como correas, puente nasal y material de espuma nasal no se hayan degradado) ▪ Tome el respirador con los elásticos debajo del dorso de la mano. ▪ Coloque el respirador en su rostro, tapando nariz y boca (parte inferior del respirador debajo de su barbilla), con el clip nasal de metal sobre el puente de su nariz. ▪ Con la otra mano, coloque la banda elástica inferior alrededor del cuello y debajo de las orejas. ▪ Sujete la banda elástica superior, páselo sobre su cabeza y colóquelo en la zona más alta de la parte posterior de su cabeza. ▪ Una vez colocado el respirador, con ambas manos moldee el clip nasal de metal, partiendo del centro para que quede bien ajustado contra su nariz y cara. El respirador podría no quedarle bien ajustado si dobla el clip nasal de

N° Paso	Descripción de acciones
	metal con una sola mano. - Deslice los dedos hacia abajo en ambos lados del clip nasal de metal para hacer que quede sellado contra su nariz y cara. - Si se piensa reusar el respirador N95 y no va a utilizar escudo facial, considere usar una mascarilla quirúrgica sobre un respirador N95 para reducir la contaminación de la superficie del respirador.
7	Una vez puesto el respirador, realice la inspección de sellado mediante los siguientes pasos: - Cubra la mascarilla en su totalidad con las manos, proceda a inspirar y exhalar el aire suavemente. Si el aire escapa a través de la mascarilla y no alrededor de la cara, el sellado será correcto. De lo contrario, colóquese el respirador nuevamente y ajuste la banda flexible en el puente de la nariz. - Realice una inspiración con el respirador puesto. Si el respirador se deprime ligeramente hacia la cara el sellado será correcto. De lo contrario, colóquese el respirador nuevamente y ajuste la banda flexible en el puente de la nariz.
8	Colóquese el protector ocular (lentes o escudo facial), asegúrese que se ajusten perfectamente al rostro.
9	Colóquese el gorro descartable (opcional)
10	Colóquese los guantes descartables no estériles y extiéndalos hasta que cubran la parte del puño del mandilón descartable.

Pasos para colocarse el equipo de protección personal (EPP) cuando no se realizará procedimientos generadores de aerosoles	
Si se va a realizar un procedimiento generador de aerosoles (PGA) (ventilación con mascarilla y bolsa autoinflable, succión orofaríngea, intubación endotraqueal, traqueotomía, broncoscopia, recolección de esputo, tratamiento nebulizador, CPAP, procedimientos de resucitación que involucren intubación de emergencia o resucitación cardiopulmonar), seguir los mismos pasos de colocación de EPP con los siguientes cambios: - Colóquese un mameluco impermeable a fluidos - Agréguale al mameluco un mandilón (mandil descartable). - Use un respirador N95 o de mayor nivel - Considere usar dos pares de guantes (opcional)	

Pasos para retirarse el equipo de protección personal (EPP) cuando no se realizó procedimientos generadores de aerosoles	
N° Paso	Descripción de acciones
1	Diríjase al lugar asignado para el retiro del EPP
2	Retírese el par de guantes Técnica de retiro: • Agarre la parte exterior del guante con la mano opuesta en la que todavía tiene puesto el guante y quíteselo. • Sostenga el guante que se quitó con la mano enguantada. • Deslice los dedos de la mano sin guante por debajo del otro guante que no se ha quitado todavía a la altura de la muñeca. • Quítese el guante de manera que acabe cubriendo el primer guante • Arroje los guantes en la bolsa de desechos biocontaminados.
3	Lávese las manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica
4	Retírese el gorro si se lo colocó
5	Lávese de manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica
6	Retírese el mandilón Técnica de retiro: • Desate los cordones. • Tocando solamente el interior de la bata, quítesela y dóblela de tal manera que la parte externa quede hacia adentro. • Colóquela en la bolsa de desechos biocontaminados.
7	Lávese las manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica
8	Retírese el protector ocular Técnica de retiro: • Tómelo por la parte de la banda de la cabeza o de las piezas de las orejas. • Colóquelo en el recipiente designado para reusar materiales, o si se va a descartar, colóquelo en la bolsa de desechos biocontaminados.
9	Lávese las manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica
10	Retírese el respirador Técnica de retiro: • No tocar la parte delantera del respirador • Sujete el elástico inferior y páselo sobre su cabeza hacia adelante • Sujete el elástico superior y páselo sobre su cabeza hacia adelante • Sujetando el elástico superior aleje el respirador de su rostro (esto también aplicará para mascarillas quirúrgicas con bandas amarrables) • Si no se reusará, arrójela en el recipiente de desechos biocontaminado
11	Lávese las manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica
12	Retírese el protector de calzado si se lo colocó
13	Lávese las manos con agua y jabón o fricción con preparado de base alcohólica

Pasos para retirarse el equipo de protección personal (EPP) cuando se realizó procedimientos generadores de aerosoles	
N° Paso	Descripción de acciones
1	Diríjase al lugar asignado para el retiro del EPP
2	Retírese el primer par de guantes
3	Lávese las manos con agua y jabón o desinfección con alcohol
4	Retírese el gorro si se lo colocó
5	Lávese de manos con agua y jabón o desinfección con alcohol
6	Retírese la pechera y luego el mandilón
7	Lávese de manos con agua y jabón o desinfección con alcohol
8	Retírese el segundo par de guantes si se lo colocó
9	Lávese las manos con agua y jabón o desinfección con alcohol
10	Retírese el protector ocular
11	Lávese las manos con agua y jabón o desinfección con alcohol
12	Retírese el respirador o mascarilla
13	Lávese las manos con agua y jabón o desinfección con alcohol
14	Retírese el protector de calzado si se lo colocó
15	Lávese las manos con agua y jabón o desinfección con alcohol

Anexo N° 5: Método CAM para la valoración del síndrome confusional agudo en el adulto mayor

Método de evaluación de confusión (CAM)
Punto 1. Inicio agudo y curso fluctuante Esta característica se suele obtener de un observador (familiar o personal de enfermería) y se demuestra por respuestas positivas a las siguientes preguntas: ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental previo del paciente? ¿La conducta anormal oscila durante el día, es decir, va y viene? ¿Empeora y mejora? Punto 2. Falta de atención Esta característica se demuestra por una respuesta positiva a la siguiente pregunta: ¿Ha tenido el paciente dificultad para mantener la atención?; por ejemplo, ¿se distrae fácilmente o tiene dificultad para seguir la conversación? Punto 3. Pensamiento desorganizado Esta característica se demuestra por una respuesta positiva a la siguiente pregunta: ¿El pensamiento del paciente ha sido desorganizado o incoherente, como una conversación irrelevante, confusa o con un flujo ilógico de ideas, o con cambios impredecibles de un tema a otro? Punto 4. Nivel de conciencia alterado Esta característica se demuestra por cualquier respuesta distinta de «alerta» a la siguiente pregunta: En conjunto, ¿cómo puntuarías el nivel de conciencia de este paciente: alerta (normal), vigilante (hiperalerta), letárgico (medio dormido, despierta fácilmente), ¿estupor (difícil de despertar) o coma (incapaz de despertar)? Para el diagnóstico de delirio son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

Tomado de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo (adopción). Guía completa 2016.