

**MINISTERIO
DE SALUD****RESOLUCIÓN No. 684-B**
(De 18 de agosto de 2021)

Que aprueba la Guía de Tratamiento de Pacientes con COVID-19 para su utilización en el primer nivel de atención del Sistema de Salud panameño.

EL MINISTRO DE SALUD
En uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de Panamá en su Artículo 109, señala que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, por la cual se aprueba el Código Sanitario, regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la policía sanitaria y la medicina preventiva, curativa y las disposiciones de este Código se aplican de preferencia a toda otra disposición legal en materia de salud pública y obliga a personas naturales o jurídicas y entidades públicas o privadas, nacionales o extranjeras existentes o que en el futuro existan, transitoria o frecuentemente, en el territorio de la República.

Que el Decreto de Gabinete No.1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado.

Que de conformidad con el Decreto No. 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, le corresponde como parte de sus funciones generales, mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que el Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014, determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación, investigación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial, y se señalan los procedimientos para su realización.

Que la Resolución de Gabinete No. 11 de 13 de marzo de 2020, declara el Estado de Emergencia Nacional como consecuencia de los efectos generados por la enfermedad infecciosa Covid-19 causada por el Coronavirus y la inminencia de la ocurrencia de nuevos daños, producto de las actuales condiciones de esta pandemia.

Que de conformidad con la excerta legal antes señalada, le corresponde al Ministerio de Salud tomar las medidas necesarias para dar respuesta institucional a la gran cantidad de población afectada por el La COVID-19 ya sea no vacunada y vacunada.

Que como Órgano de la función ejecutiva, al Ministerio de Salud le corresponde la determinación y conducción de la política de salud del gobierno en el país. Es necesario que exista un documento que ofrezca información consensuada y adaptada a la realidad nacional sobre esta nueva enfermedad transmisible, de manera tal que el personal de atención de las instituciones de salud del país cuente



Resolución No. 084-B de 10 de agosto de 2021.

con un instrumento normado para un tratamiento estándar en todas las instalaciones del sistema de salud público y privado.

Que la presente Guía de Tratamiento de Pacientes con COVID-19 para su utilización en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud panameño, cuya revisión fue concluida en el año 2021, es producto del trabajo realizado por un equipo técnico de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, en asociación con Médicos Especialistas de Hospital Santo Tomás, y del Centro Integral para la Atención Provisional de pacientes moderados COVID-19 (FIGALI).

Que en atención a todo lo antes señalado y en función de poder priorizar la atención de las personas afectadas, deben tomarse las medidas administrativas que permitan un adecuado y oportuno tratamiento.

En consecuencia,

RESUELVE:

Artículo Primero: Aprobar la Guía de Tratamiento de Pacientes con COVID-19 para el Primer Nivel de Atención, a ser implementada en todas las instalaciones de salud del país, que se reproduce en el Anexo 1 y forma parte integral de la presente Resolución.

Artículo Segundo: Poner a disposición de todos los trabajadores de las instalaciones del sector público y privado de salud, que ofrezcan atención en el primer nivel de atención, el Protocolo aprobado en esta Resolución.

Artículo Tercero: La presente Resolución empezará a regir al día siguiente de su promulgación.

FUNDAMENTO LEGAL: Constitución Política de la República, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo No.1617 de 21 de octubre de 2014 y Resolución de Gabinete No. 11 de 13 de marzo de 2020.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



DR. LUIS FRANCISCO SUCRE M.
Ministro de Salud



LFSM/MLCP/CN/RM/GSM/YM

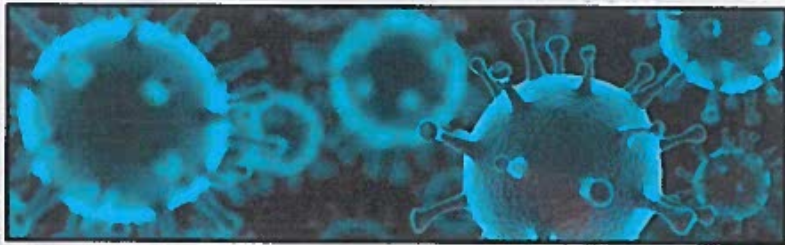
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL



SECRETARIA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD



GUÍA PARA TRATAMIENTO COVID-19



PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

VERSION 4

DICIEMBRE, 2021



AUTORIDADES NACIONALES

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Luis Francisco Sucre M.
MINISTRO DE SALUD

Dra. Ivette Berrio
VICEMINISTRA DE SALUD

Dr. José B. Baruco Villarreal
SECRETARIO GENERAL

Dra. Melva L Cruz P.
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Enrique Lau Cortés
DIRECTOR GENERAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Alex González Hidalgo
DIRECTOR NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL



EQUIPO TÉCNICO DE ACTUALIZACIÓN

Dra. Caroline Niles

JEFA DE DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN

Dra. Geneva González

JEFA DE LA SECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dra. Yamileth Rivera

JEFA DE LA SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Dr. Edwin Aizpurúa

JEFE DE LA SECCIÓN DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

Dra. Raquel Gutierrez de Mock

JEFA DE LA SECCIÓN DE ADULTOS

Dra. Juana Herrera

JEFA DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL

Licdo. Felipe de Jesús Ríos

JEFE DE LA SECCIÓN DE SISTEMA PENITENCIARIO

Dra. Lourdes García

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

COLABORADORES

Dra. Yadira de Moltó

Dra. Sharomay Osma

Dra. Tatiana Carles

Dr. Diego Arcia

Dr. Gabriel Bucayan

Dr. Andy Peña



Contenido

AUTORIDADES NACIONALES.....2

MINISTERIO DE SALUD2

CAJA DE SEGURO SOCIAL2

EQUIPO TÉCNICO DE ACTUALIZACIÓN.....3

COLABORADORES3

INTRODUCCIÓN.....8

OBJETIVO.....9

ALCANCE.....9

CONTENIDO10

Agente Etiológico10

Modo De Transmisión10

Cuadro Clínico11

Síntomas y signos.....11

Fases de la enfermedad12

Diagnóstico14

Tipos de contacto.....14

Tipos de pruebas diagnósticas de laboratorio.....14

Factores de Riesgo a Producir Mayores Complicaciones.....15

Tabla N°1. Factores de riesgo para COVID-19 que aumentan el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad15

Manejo Ambulatorio del Paciente Asintomático o con Síntomas Leves.....18

Recomendaciones para evitar contagios por COVID-1918

Medidas a seguir en casa19

Recomendaciones generales al paciente21

Recomendaciones de manejo y autocuidado en pacientes con padecimientos crónicos y COVID-1921

Tratamiento de la COVID-19.....26

Kit Ambulatorio Solidario COVID-1926

Tratamiento de la COVID-19 en Instalaciones de Salud del Primer Nivel de Atención.....27

Tratamiento de la COVID -19 en Hotel- Hospital y Albergues.....27

Anexos.....30

Anexo N° 1: Cuadro de seguimiento telefónico30

Anexo N°2: Metodología de evaluación de la evidencia31



Anexo N°3: Anticuerpos Monoclonales: Bamlanivimab, Casirivimab + Imdevimab y Sotrovima 32

Anexo N°4: Corticoides..... 34

Anexo N°5: Hidroxicloroquina 35

Anexo N°6: Heparina de bajo peso molecular (Hbpm) 36

Anexo N°7: Ácido Acetilsalicílico 37

 Anexo N°8: Azitromicina 37

 Anexo N°9: Ivermectina 38

 Anexo N°10: Lopinavir-ritonavir 39

 Anexo N°11: Remdesivir 40

 Anexo N°12: Favipiravir 42

 Anexo N°13: Plasma Convaleciente 43

 Anexo N°14: Terapia Supresora del Ácido Gástrico 45

 Anexo N°15: Baricitinib 46

 Anexo N°16: Tocilizumab..... 48

 Anexo N°17: Molnupiravir 49

 Anexo N°18: Suplementos (vitaminas C, D y Zinc)..... 49

Referencias 50

REFERENCIAS WEBGRAFÍAS 51



INTRODUCCIÓN

Desde enero del 2020 cuando se declara nuestro país en alerta por la pandemia producida por el SARS-COV-2 el Ministerio de Salud en conjunto con la Caja de Seguro Social y Sociedades Médicas confeccionan protocolos y guías de manejo institucional y comunitario.

Desde el 2020 a la fecha, se han construido diferentes documentos adecuándose periódicamente a medida que se han introducido alternativas de manejo, de bioseguridad, de la respuesta a la trazabilidad y de manera reciente, la vacunación, para evitar complicaciones y disminuir de alguna manera, las hospitalizaciones del COVID-19.

Hasta el 24 de diciembre del año 2021 Panamá ha reportado un Rt de 1.28 y una tasa de letalidad 1.5%, se han colocado un total de 6, 223,675 vacunas (primeras y segundas dosis) de las farmacéuticas Pfizer y Astra Zeneca. Ha habido, mayor afluencia de personas en la calles y espacios públicos; poco a poco se retorna a la normalidad fomentando el autocuidado y los cambios de conducta de la ciudadanía, por lo que se hace necesario una actualización dirigida a las intervenciones de la red primaria.



OBJETIVO

Estandarizar la atención del primer nivel de atención mediante la Guía de Manejo Terapéutico de la COVID -19 lo que permitirá fortalecer las capacidades locales, regionales y en el nivel central en pro de la planificación estratégica, de insumos, medicamentos entre otros.

ALCANCE

Para que funcione apropiadamente esta intervención de atención primaria, se hace necesario que los que participan en la misma tengan claridad de la forma en que funciona. Esta guía comprende: la atención primaria domiciliaria, hoteles-hospital, albergues, áreas de aislamiento para privados de libertad e instituciones de salud públicas tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social.

Es importante reconocer las limitantes a nivel mundial que producto de la pandemia se tienen en cuanto a la adquisición de insumos y medicamentos por lo que estará sujeto a la disponibilidad de estos en el país, tratando siempre de mantener constantes los mismos.



CONTENIDO

Agente Etiológico

El COVID-19 (CoronaVirus Disease-2019) es causado por el SARS-CoV-2, un betacoronavirus probablemente originario de los murciélagos, que pasó al hombre a través de algún animal intermediario, hasta ahora desconocido.

Actualmente se transmite de persona a persona y puede permanecer viable por horas en diversas superficies. Su nombre se debe a una serie de espículas (proteína S1), que le dan una apariencia de corona.

Modo De Transmisión

Esta es una enfermedad infectocontagiosa que se trasmite por pequeñas gotitas o aerosoles que se producen al toser, estornudar, cantar, hablar, gritar, entre otras. Dichas gotitas portadoras del virus al entrar en contacto con las mucosas (nasal, oral, ocular, entre otras) hacen que el virus, mediante la espícula, penetre en la célula e inicie su reproducción.

Las personas pueden ser infectadas con SARS-CoV-2 por contacto de superficies; sin embargo, los datos epidemiológicos y estudios de transmisión, reportan que ésta no es la principal ruta, y que sigue siendo los aerosoles el principal modo de transmisión por lo que el uso de jabón o detergente y no desinfectante puede ser utilizado (Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2021).

En cuanto a la transmisión vertical madre hijo, aún no hay evidencia científica que confirme este mecanismo. De igual forma no se ha podido documentar la transmisión a través de la leche materna, como tampoco a través del semen o fluidos vaginales.

La transmisión fecal-oral es posible, pero esta vía todavía está en estudio aún.



Cuadro Clínico

La OPS/OMS (2020) describe entre los síntomas y signos de presentación inicial: fiebre (83%-99%), tos (59%-82%), fatiga (44%-70%), disminución del apetito (40%-84%), disnea (31%-40%) y mialgias (11%-35%). Entre los síntomas inespecíficos se encuentran: dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, diarrea, náuseas y vómitos. Se ha observado además pérdida de la sensibilidad olfativa (anosmia) o gustativa (ageusia) que preceden al inicio de los síntomas respiratorios (OPS/OMS, 2020).

Síntomas y signos

En Panamá los signos y síntomas de presentación inicial han sido:

<p>Síntomas y signos iniciales</p>	<p>Fiebre (54.9%) Tos (48.6%) Dolor de garganta (28.5%) Rinorrea (22.2%) Cefalea (18.1%) Asintomáticos (15.9%) Dificultad respiratoria (15.4%) Anosmia (5.3%) Diarrea (4.9%) Ageusia (4.2%) Astenia (2.9%) Malestar general (2.4%)</p>
<p>Durante la pandemia se ha presentado, además</p>	<p>Escalofríos Disfagia Rash cutáneo Taquipnea Taquicardia Deshidratación Náuseas Vómitos Dolor abdominal Dolor torácico Síntomas neurológicos (mareos, alteración del nivel de conciencia, neuralgia, ataxia, epilepsia), manifestaciones cutáneas</p>



Fases de la enfermedad

El COVID-19 es una enfermedad que cursa con un mínimo de tres (3) fases, con fisiopatología, cuadro clínico y tratamiento diferentes:

Primera Fase o de Replicación Viral o Infección precoz

Inicia desde el contagio y se caracteriza por la replicación viral, los pacientes cursan asintomáticos, o con síntomas previamente descritos. En esta fase deberán usarse medicamentos que fortalezcan o mejoren nuestro sistema inmune y evitar fármacos que produzcan inmunosupresión, excepto en los casos que por algún padecimiento crónico requieran de dicho tratamiento. La mayoría de los pacientes solo presentan esta fase; sin embargo, entre el séptimo y décimo día hay mayor probabilidad de desarrollar complicaciones, por lo que se recomienda un seguimiento estricto por parte del personal de salud y auto monitoreo por parte del paciente.

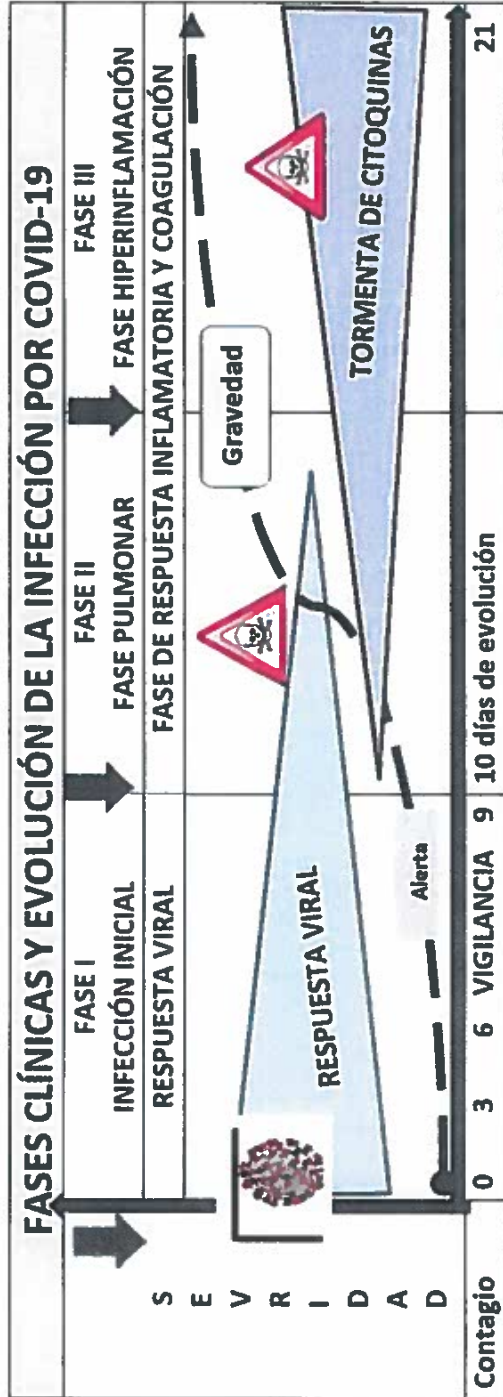
Segunda Fase o Fase Pulmonar

Se inicia con la afección pulmonar, con infiltrados pulmonares, elevación de los marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva, ferritina, dímero D y troponina, procalcitonina e interleucina 6; además de síntomas respiratorios como tos y disnea, estado de hipercoagulabilidad e hipoxemia detectada por los gases arteriales o desaturación a través del oxímetro de pulso.

Tercera Fase o Respuesta Inflamatoria (Tormenta de Citoquinas)

Se caracteriza por una respuesta inflamatoria generalizada y severa con afección de múltiples órganos, elevación de citoquinas proinflamatorias en sangre, hipoxemia severa, hipotensión, taquicardia, tromboembolia, entre otros.





E V O L U C I Ó N		AUTOCUIDADOS (LA SALUD ES UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA)	
SÍNTOMAS CLÍNICOS Puede cursar asintomático 30%	<p>Signos y Síntomas*:</p> <p>Puede haber hipoxemia sin disnea. La disnea es un síntoma tardío.</p> <p>El empeoramiento de algunos signos o síntomas es de alarma o alerta.</p> <p>La disnea y la confusión mental son de gravedad.</p>		
SIGNOS CLÍNICOS	<p>La frecuencia respiratoria aumentada puede ser precedida de hipoxemia (silente) por lo tanto la oximetría de pulso es cardinal en la detección temprana de progreso de la gravedad y por ende de mortalidad.</p>		
MANEJO BÁSICO	<p>Epidemiológico:</p> <p>Clinico de Covid y de las enfermedades crónicas o comorbilidades.</p> <p>Más de una comorbilidad descompensada es de alta alerta</p>		



Diagnóstico

Para el diagnóstico considerar el tiempo de exposición, el tipo de exposición y la metodología de laboratorio a aplicar para detectar al virus.

Se deben definir los siguientes conceptos antes de explicar el esquema diagnóstico:

Tipos de contacto

- a. *Contacto estrecho* (familiar, social o laboral): se define como la persona que experimentó una de las siguientes exposiciones con un caso positivo confirmado:
 - Contacto cara a cara sin Equipo de Protección Personal (EPP), con un caso confirmado a menos de 2 metros y durante más de 15 minutos.
 - Contacto físico directo sin EPP con un caso confirmado.
 - Cuidado directo sin EPP de un paciente con COVID-19.
 - Antecedente de estar en un sitio cerrado con un caso confirmado, durante más de 15 minutos sin EPP (ejemplo: comedor, cárcel, asilo, hogar, entre otros).
- b. *Contacto no estrecho*: se define como la persona que no experimentó ninguna de las exposiciones anteriores definidas en el contacto estrecho.
- c. *Caso sospechoso*: paciente con síntomas sugestivos de COVID-19, que ha tenido contacto estrecho o no con un caso confirmado de COVID-19.

Tipos de pruebas diagnósticas de laboratorio

Si se realiza *prueba de antígeno por inmunofluorescencia*, en pacientes asintomáticos, si el resultado es negativo se considera negativo. Si el paciente es sintomático y el resultado es negativo se debe hacer hisopado por RT-PCR.



Por la baja sensibilidad y especificidad que tiene la **prueba de antígeno por inmunocromatografía**, todo el que resulte negativo, sintomático o asintomático, se debe hacer hisopado por RT-PCR.

Factores de Riesgo a Producir Mayores Complicaciones

Sobre los factores de riesgo por comorbilidades debe ser consultado y aportado por los clínicos. Adjuntamos link en las referencias bibliográficas de estudio realizado en Reino Unido en n=20,000 casos (BMJ Best Practice, 2021); y su resumen en español (BMJ Best Practice, 2021).

Los factores de riesgo a producir mayores complicaciones que se mencionarán a continuación no obedecen a un orden específico por prioridad:

Tabla N°1. Factores de riesgo para COVID-19 que aumentan el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad.

Factores de riesgo establecidos	Posibles factores de riesgo
Mayores de 60 años	Asma (moderada a grave)
Cáncer	Enfermedad cerebrovascular
Enfermedad renal crónica	Fibrosis quística
Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	Hipertensión arterial
Estado inmunodeprimido por trasplante de órgano sólido	Estado inmunodeprimido por trasplante de células hematopoyéticas, VIH, uso de corticoides u otros agentes inmunosupresores, inmunodeficiencias, otras
Obesidad (índice de masa corporal $\geq 30\text{kg/m}^2$)	Enfermedad hepática
Enfermedad cardiovascular grave	Condiciones neurológicas, como la demencia
Insuficiencia cardíaca	Sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25 pero $< 30\text{ kg/m}^2$)
Arteriopatía coronaria	
Cardiomiopatías	Fibrosis pulmonar
Embarazo	



Fumadores	Talasemia
Anemia drepanocítica	Cualquier otra patología certificada por el clínico tratante
Diabetes mellitus tipo 2	

Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention Actualizado al 2/11/2020)

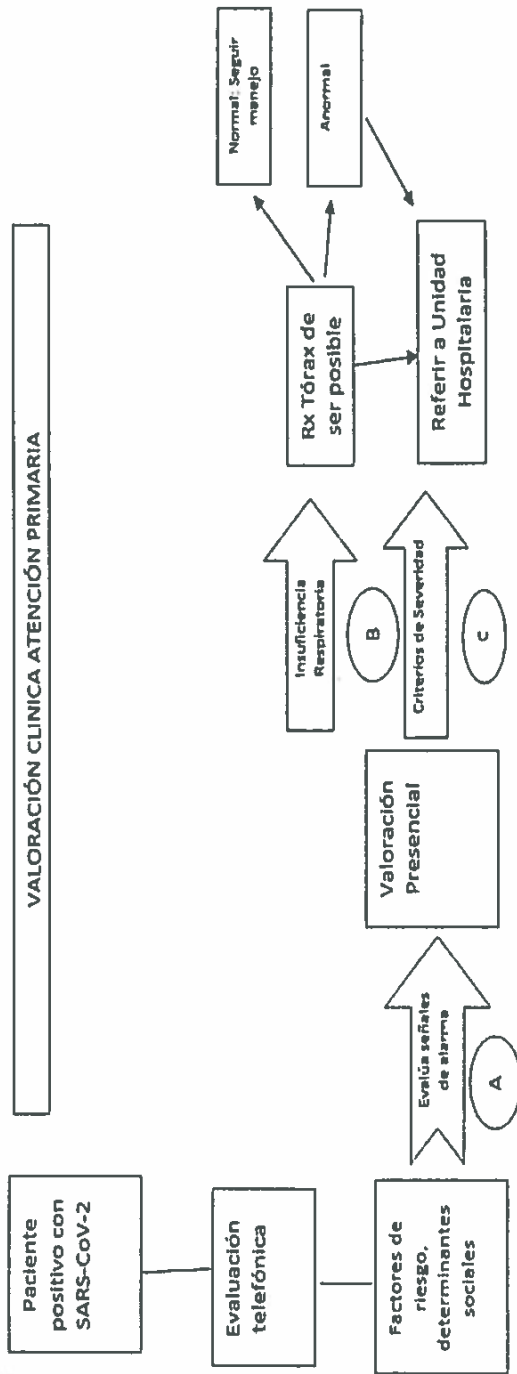
Aunque el paciente tenga un solo factor de riesgo, se le debe ofrecer ser trasladado a un albergue u *hotel hospital*. En caso de que el paciente se rehúse a recibir este beneficio, se debe documentar la recomendación y la decisión del paciente.

En el caso de que el paciente no acepte ir a un albergue u hotel- hospital, el personal médico de la instalación de salud de referencia, tendrá la responsabilidad de continuar brindando un seguimiento oportuno al caso, de acuerdo con el Plan de Trazabilidad Nacional.

Posibles Secuelas: neuropsiquiátricas, hemorragias, fenómenos trombóticos como eventos cerebrovasculares, isquemia cardiaca o miocarditis, muerte súbita, tromboembolismos, trombosis venosa profunda, infertilidad en los hombres (consultar Guía post COVID-19).



Cuadro N° Valoración del paciente en primer nivel de atención



VALORACIÓN CLÍNICA ATENCIÓN PRIMARIA

A	<p>Síntomas de alarma para valoración clínica presencial: Dificultad respiratoria de cualquier grado, fiebre persistente, dolor torácico, afectación del estado general, vómitos o diarrea, afectación del estado emocional, criterios de descompensación de enfermedad crónica de base.</p>
B	<p>Temperatura >38° C más de 5-7 días o reaparición de fiebre tras un episodio afebril, taquipnea, taquicardia, disnea en incremento, saturación < 95% por oxímetro de pulso Criterios de severidad: frecuencia respiratoria >25x' saturación de oxígeno < 95%, frecuencia cardiaca >125 lpm, hipotensión, disnea intensa, signos de compromiso respiratorio, alteración del estado de alerta, descompensación importante de su enfermedad de base</p>
C	<p>Saturación de O2 < 90% qsofa: 2-3 puntos Criterios de UCI (transferencia)</p>



Fuente: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5437>

Manejo Ambulatorio del Paciente Asintomático o con Síntomas Leves

Se plantea un manejo sintomático principalmente para los casos leves que generalmente acuden a las instalaciones de salud de primer nivel de atención. También son detectados en el seguimiento telefónico o en las visitas domiciliarias de los Equipos Unificados de Trazabilidad (EUT). La evaluación telefónica (ver anexo No.1) es una opción para pacientes asintomáticos o con síntomas leves.

La categorización del riesgo de los pacientes permite definir el seguimiento de quienes durante la evolución de la enfermedad desarrollen complicaciones.

De esta forma se detectarán los síntomas de alarma o empeoramiento que sean decisivos para realizar una atención presencial. Debido a que las complicaciones pueden aparecer en los 7 primeros días tras el inicio de la enfermedad, se recomienda realizar una revisión telefónica en 24 horas, 48 y 96 horas 7 y 14 días tras el inicio de los síntomas.

Una vez detectado el caso, se lleva a cabo la trazabilidad y el aislamiento del positivo, ya sea en los domicilios de los pacientes, en hoteles-hospital y albergues para personas con comorbilidades o en riesgo psicosocial además puede hacerse en espacios adaptados para el aislamiento y seguimiento de casos, como se ha dado en las cárceles.

Recomendaciones para evitar contagios por COVID-19

Las personas deben mantenerse dentro de la *burbuja del hogar*, entendiéndose como los miembros que conviven y pernoctan diariamente bajo el mismo techo.

Si alguno debe salir de su burbuja e interrelacionarse con otros individuos ajenos a ésta, se recomienda lo siguiente:

- **Uso de mascarillas:**
 - Todo el tiempo mientras permanezca fuera de la burbuja del hogar.
 - Las mascarillas deben retirarse sin tocar la parte externa.



- Mascarilla no reutilizable: debe desecharla en un recipiente de basura y lavarse las manos.
- Mascarilla de tela: debe ser lavada con agua y jabón. Posteriormente dejarla secar al sol o al aire libre, no se debe compartir su uso con otras personas.
- Lavado de manos frecuente con agua y jabón, uso de gel alcoholado o alcohol del 70% al 95%.
- Distanciamiento social y físico mínimo de dos (2) metros con las otras personas.
- De no ser necesario, evite permanecer en espacios cerrados o con poca ventilación. Si la persona se ve obligada a estar en estos sitios, deberá usar mascarilla, pantalla facial y evitar hablar durante el tiempo que permanezca en estos espacios.
- Evitar lugares muy concurridos o conglomerado de personas.
- Al retornar al hogar es recomendable higienizarse y cambiar su prenda de vestir y seguir las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud.

Los cuidadores de niños con COVID-19 leve deben vigilar los signos y síntomas de deterioro clínico que requieren una reevaluación urgente, tales como: disnea, taquipnea o respiración superficial (en lactantes, gemidos e incapacidad para mamar), cianosis de los labios o la cara, dolor u opresión torácica, confusión de aparición reciente, incapacidad para despertarse o ausencia de interacción cuando están despiertos o incapacidad para beber o retener líquidos.

Se puede considerar la posibilidad de utilizar plataformas alternativas, como la atención a domicilio, telefónica, por telemedicina o soluciones comunitarias que ayuden a efectuar el seguimiento (Ministerio de Salud, 2020).

Medidas a seguir en casa



Pacientes sin Vacuna

Los pacientes con COVID-19 leve o asintomáticos que van a ser manejados en casa deben cumplir con las siguientes medidas:

- Aislamiento por 14 días.
- Contar preferiblemente con una habitación con buena ventilación para él solo, de ser posible con baño y servicio sanitario.
- Evitar que el paciente positivo se movilice a otras áreas de la casa.
- No compartir cubiertos para comer (de ser posible utilizar cubiertos desechables), ni artículos de higiene personal.
- En caso de vivir solo, se recomienda ofrecer al paciente la opción de ser trasladado a un albergue u hotel hospital; o en su defecto, si decide permanecer en su casa, debe contar con una persona que le asista.
- Está totalmente prohibido que el paciente positivo y sus contactos intradomiciliarios, salgan de su hogar, hasta tanto no se le dé de alta.
(Ministerio de Sanidad de España, 2020)

El personal de salud debe:

- Entregar al paciente la guía escrita de auto cuidado.
- Notificar al Equipo Unificado de Trazabilidad (EUT) para que coordine que el paciente positivo y los contactos estrechos que viven con él, reciban las bolsas de comida correspondientes para su alimentación. Este equipo multidisciplinario realizará también docencia en cuanto a las medidas de prevención a la familia afectada; así como evaluación clínica de los pacientes positivos e hisopado de contactos estrechos, si así se requiere.
- De no poder cumplir con las medidas descritas anteriormente, al paciente se le debe ofrecer la opción de trasladarlo a un *hotel-hospital*. El personal de salud a cargo debe coordinar el traslado.



El aislamiento y alta clínica del paciente estarán sujetos a las disposiciones para cada grupo de riesgo (enfermedades crónicas, privados de libertad, entre otros). (Ministerio de Sanidad de España, 2020)

2. Paciente Vacunado

Recomendaciones generales al paciente

- Reposo relativo y evitar ejercicios extenuantes.
 - Hidratación oral adecuada.
 - Alimentación balanceada.
 - Sueño mínimo de 8 horas
 - No automedicarse
 - Evitar los tóxicos (tabaco, alcohol y cafeína)
 - Apoyo del estado emocional



Los pacientes con factores de riesgo de enfermedad grave deben ser objeto de un estrecho seguimiento, dado que su estado puede deteriorarse.

Recomendaciones de manejo y autocuidado en pacientes con padecimientos crónicos y COVID-19

Control estricto de padecimientos crónicos

Verificar en todo paciente COVID-19 positivo si padece de alguna enfermedad crónica.

A lo largo de la pandemia, se tiene evidencia que los pacientes COVID positivos con comorbilidades tales como: hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedad renal crónica, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), falla cardíaca, neuropatías, enfermedad coronaria, cirrosis, hematologías malignas, VIH, cáncer, trasplantes de órganos sólidos, anemia falciforme, asma, inmunosuprimidos, fumadores y otros, tienen mayor riesgo a presentar complicaciones.

Los padecimientos crónicos de los pacientes deben mantenerse en control estricto y se debe velar porque tengan un abastecimiento adecuado de los medicamentos de uso prolongado que requieran; así como el equipo necesario para el auto monitoreo. (Ministerio de Sanidad de España, 2020)

Recomendaciones para tener en cuenta con el paciente COVID-19 con hipertensión arterial

- Garantizar que el paciente cuente con los medicamentos de control, que cubran mínimo el período de la cuarentena.
- El Equipo de Trazabilidad debe realizar monitoreo telefónico todos los días y visitas para evaluación clínica presencial, mínimo dos a tres veces a la semana.
 - Recomendar al paciente mantener alimentación balanceada baja en sodio y evitando grasas saturadas.
- Ofrecer al paciente un contacto telefónico para poder reportar algún malestar o situación clínica de importancia, en caso de ser necesario. (Ministerio de Sanidad de España, 2020).



Recomendaciones para tener en cuenta con el paciente COVID-19 con Diabetes

- Garantizar que el paciente COVID-19 positivo con diabetes, cuente con los medicamentos orales o inyectables de control (incluir jeringuillas de ser necesario), que cubran mínimo el período de la cuarentena.
- El Equipo de Trazabilidad debe realizar monitoreo telefónico todos los días y visitas para evaluación clínica presencial, mínimo dos a tres veces a la semana.
- Recomendar al paciente mantener alimentación balanceada, controlando las porciones de carbohidratos y evitando grasas saturadas.

- Ofrecer al paciente un contacto telefónico para poder reportar algún malestar o situación clínica de importancia, en caso de ser necesario.
- Procurar que el paciente con diabetes se realice el auto monitoreo. (Ministerio de Sanidad de España, 2020).

Recomendaciones para las pacientes embarazadas

Las pacientes embarazadas tienen un riesgo mayor de establecer un cuadro de dificultad respiratoria más rápidamente que la población no embarazada, por lo que:

- El Equipo de Trazabilidad debe realizar monitoreo telefónico todos los días y visitas para evaluación clínica presencial, mínimo dos a tres veces a la semana con énfasis sobre movimientos fetales o señales de alarma
- Recomendar al paciente mantener alimentación balanceada, controlando las porciones de carbohidratos y evitando grasas saturadas.
- Ofrecer al paciente un contacto telefónico para poder reportar algún malestar o situación clínica de importancia, en caso de ser necesario.
- Procurar que el paciente se realice el auto monitoreo. Recordando que el rango limite en éstas es de 95%. (Ministerio de Sanidad de España, 2020).



Recomendaciones durante la lactancia

La lactancia materna ofrece protección al lactante, a los niños/as pequeños frente a las infecciones respiratorias y gastrointestinales.

Los factores protectores que la madre produce en respuesta a la exposición a los virus y bacterias de su entorno (Inmunoglobulinas, células y otros factores), son transferidos a través de la leche materna, por lo que le permite defenderse, de manera más eficiente, contra estas infecciones.

Hasta la fecha, no se ha detectado el SARS-CoV-2 activo en leche materna, y no se ha reportado ningún contagio madre e hijo. Las características del virus, similares a la de otros virus respiratorios, indican que es poco probable que el virus se transmita a través de la leche (Chen 2020; CDC 2020; SDC 2020; OMS 2020, RCOG 2020; UNICEF 2020).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe continuar promoviendo la lactancia materna, aun cuando la madre sea COVID-19 positivo por lo que recomendamos lo siguiente:

- Una madre presunta o confirmada por COVID-19 debe seguir amamantado, ya que existen datos científicos que indican la alta calidad de la leche humana, siempre que mantenga las medidas de bioseguridad.
- Durante el amamantamiento la madre deberá aplicar las medidas de higiene adecuadas, que incluye el uso de mascarilla, para reducir la posibilidad de transmitir al lactante, las gotitas respiratorias con el virus de la COVID-19.
- Se recomienda a las madres lactantes presuntas o confirmadas por COVID-19, aplicar las siguientes medidas de higiene:



- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o limpiárselas con gel alcoholado (si no cuenta, en el momento, con la disponibilidad de agua y jabón), especialmente antes y después de tocar al bebé.
- Utilizar una mascarilla mientras amamanta al bebé y siempre que esté en contacto con él, no tocar la mascarilla por la parte frontal, quitársela desde atrás. Cambiarse la mascarilla cuando se humedezca, desecharla inmediatamente, no reutilizar.
- En caso de utilizar mascarilla de tela, esta no debe compartirse con otras personas y debe lavarse y desinfectarse diariamente luego de su uso.
- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo desechable al estornudar y toser, desecharlo inmediatamente y lavarse las manos con agua y jabón.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies.
- Si una madre tose o estornuda encima de su pecho, debe lavarse suavemente con agua tibia y jabón mínimo 20 segundos antes de amamantar.
- La madre no debe comer durante el amamantamiento y/o la extracción de la leche.
- La madre no debe utilizar el celular u otro dispositivo durante el acto del amamantamiento y/o la extracción de la leche.



Manejo terapéutico de primer nivel de atención para casos COVID-19 tanto asintomáticos como sintomáticos

El manejo terapéutico de primer nivel de atención puede darse en el domicilio (ambulatorio entregado por los Equipos Unificados de Trazabilidad o en las instalaciones de salud), en los hoteles-hospital y albergues; para cada una de

estas estrategias existe una guía de los medicamentos a utilizar, los cuales se presentan en este documento.

El kit de medicamentos también debe utilizarse en las áreas de aislamiento para privados de libertad.

Importante tener en cuenta que:

- Si al momento del interrogatorio durante la historia clínica, el paciente refiere alergia a alguno de los componentes de este kit de medicamentos no debe ser incluido.
- No se recomienda el uso de antibióticos al menos que haya sospecha de una infección bacteriana sobreagregada. (Ministerio de Sanidad de España, 2020).
- No se recomienda el uso de hidroxiclороquina e ivermectina por su bajo nivel de evidencia. Ver anexo 5 y última referencia bibliográfica

Tratamiento de la COVID-19

Kit Ambulatorio Solidario COVID-19 Manejo Domiciliario

1. Oxímetro de pulso.
2. Mascarillas.
3. Gel alcoholado.
4. Acetaminofén 500mg para tratar la fiebre y el dolor. Tomar una tableta cada 6 horas por 5 días.
5. Antihistamínico. Tomar una tableta cada día por 7 días.
6. Antitusivo.



7. El uso del ácido acetil salicílico, probióticos y del omeprazol será bajo prescripción médica de presentar comorbilidades que lo requieran. (Ministerio de Sanidad de España, 2020)

Tratamiento de la COVID-19 en Instalaciones de Salud del Primer Nivel de Atención

1. Acetaminofén 500mg para tratar la fiebre y el dolor.
2. Antihistamínico.
3. Antitusivo

Al finalizar la consulta, proporcionar al paciente COVID-19 Oxímetro de pulso, mascarillas y gel alcoholado.

El uso del ácido acetil salicílico, probióticos y del omeprazol será bajo prescripción médica de presentar comorbilidades que lo requieran. (Ministerio de Sanidad de España, 2020).

Tratamiento de la COVID -19 en Hotel- Hospital y Albergues

Se aplicará a todo paciente COVID-19 positivo mayor de 18 años, con o sin comorbilidades con firma de consentimiento informado. Se aplicará a pacientes de 15 a 17 años con firma de consentimiento informado del tutor legal responsable. (Ministerio de Sanidad de España, 2020).



Evaluación Clínica del Paciente

ASINTOMÁTICO	ESTABLE	NO ESTABLE
Sin síntomas	Cefalea	Disnea
	Anosmia o disgeusia	Tos exacerbada
	Mialgia	Signos de deshidratación
	Fiebre	Saturación < de 94% Embarazadas < de 95%
	Tos esporádica	Taquicardia (> 100 lpm) Taquipnea (> 24 rpm) Hipotensión Diaforesis
	Saturación > a 94% Embarazadas > de 95%	Dolor torácico
	Diarrea sin signos de deshidratación	Cianosis
	PA, FC, FR normales	Desorientación súbita
		Vómitos en proyectil
		Convulsión
		Síncope
		Pulso arritmogénico

A su ingreso, se le debe indicar administrar el siguiente tratamiento:

1. Anticoagulante:

- Heparina SC de bajo peso molecular (HBPM), de 40 80mg según peso corporal; administrar por 7 días a pacientes con factores de riesgo/comorbilidades.
- Acido Acetil Salicílico 75-100mg. Una tableta cada día. Para pacientes sin factores de riesgo con comorbilidades, excepto hipersensibilidad al fármaco, úlceras del tracto gastro intestinal, trastornos hemáticos. No se debe indicar si ya está recibiendo HBPM.

2. Corticoide (Dexametasona 8 mg I.M. ó metilprednisolona 40mg I.M). Solo dosis inicial si se identifica un cuadro clínico moderado que amerita traslado a instalación de segundo o tercer nivel.



El uso del ácido acetil salicílico, probióticos y del omeprazol será bajo prescripción médica de presentar comorbilidades que lo requieran. Se debe proporcionar un Oxímetro de pulso a todos los pacientes. (Fundación FEMEBA, 2021).

Indicaciones para el Traslado desde un Hotel a Hospital

1. Identificación de paciente no estable

- Empeoramiento del cuadro clínico de acuerdo con el seguimiento diario, disnea, confusión mental entre otros.
- Pacientes con saturación de oxígeno 94% o menos y embarazadas menos de 95%, en pacientes con EPOC menos de 88%. (Fundación FEMEBA, 2021).

2. A los pacientes de traslado se les debe:

- ✓ Suministrar oxígeno por bajo concentrador de oxígeno
- ✓ Aplicar primera dosis de corticoide disponible
- ✓ Aplicar anticoagulación con Heparina de bajo peso molecular (Fundación FEMEBA, 2021).



Anexos

Anexo N° 1: Cuadro de seguimiento telefónico

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA TELEFÓNICA EN EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DEL PACIENTE CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2

Respecto a la última vez que lo contactamos: ¿cómo se encuentra hoy?

Mejor	Igual	Peor
PREGUNTA	SI	NO
Temperatura ~ Fiebre ~ >39 C ~ Mas de 3 días?		
Disnea : ~ Siente "falta de aire" o fatiga en algún momento? ~ Tiene dificultad para realizar alguna actividad física? ~ Su actividad normal le produce fatiga, palpitaciones?, dolor en el pecho? ~ Tos intensa de mas de 5 días?		
Dolor torácico: ~ A la inspiración profunda? ~ Dolor costal que le dificulta respirar?		
Estado de alerta: ~ Está desorientado confuso? (Preguntar a la persona enferma o a su cuidador/a)		
Síntomas gastrointestinales : Vómitos: le impiden alimentarse. Diarreas: 5-10 deposiciones/ más de 3 días		
Empeoramiento del estado emocional Determinantes sociales : ~ Situación económica, ~ condición laboral, ~ status migratorio ~ Otros		



Anexo N°2: Metodología de evaluación de la evidencia

OMS/OPS	NIH																		
<p>Las recomendaciones son basadas en la evidencia disponible y su calidad es evaluada mediante la metodología GRADE</p> <table border="1" data-bbox="462 954 787 1814"> <thead> <tr> <th></th> <th>GRADE Alto-moderada certeza</th> <th>GRADE baja certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Efecto beneficioso</td> <td style="background-color: #4CAF50;"></td> <td style="background-color: #C8E6C9;"></td> </tr> <tr> <td>Efecto no significativo</td> <td style="background-color: #FFEB3B;"></td> <td style="background-color: #FFF9C4;"></td> </tr> <tr> <td>Efecto peligroso</td> <td style="background-color: #F44336;"></td> <td style="background-color: #FFCDD2;"></td> </tr> <tr> <td>Efecto incierto</td> <td style="background-color: #9E9E9E;"></td> <td style="background-color: #E0E0E0;"></td> </tr> <tr> <td>No hay evidencia o efecto no estimado</td> <td style="background-color: #424242;"></td> <td style="background-color: #424242;"></td> </tr> </tbody> </table>		GRADE Alto-moderada certeza	GRADE baja certeza	Efecto beneficioso			Efecto no significativo			Efecto peligroso			Efecto incierto			No hay evidencia o efecto no estimado			<p>Calificación de las recomendaciones: A = Fuerte; B = Moderada; C = Opcional</p> <p>Calificación de la evidencia: I = Uno o más ensayos aleatorios sin limitaciones importantes; IIa = Otros ensayos aleatorios o análisis de subgrupos de ensayos aleatorios; IIb = Ensayos no aleatorios o estudios observacionales de cohortes; III = Opinión de expertos</p>
	GRADE Alto-moderada certeza	GRADE baja certeza																	
Efecto beneficioso																			
Efecto no significativo																			
Efecto peligroso																			
Efecto incierto																			
No hay evidencia o efecto no estimado																			



Anexo N°3: Anticuerpos Monoclonales: Bamlanivimab, Casirivimab + Imdevimab y Sotrovima

OMS/OPS 5 DE AGOSTO 2021	NIH (Actualizado al 4 de agosto de 2021)
<p>Bamlanivimab</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados de cinco ECCA sugieren que bamlanivimab probablemente reduce las hospitalizaciones en pacientes con COVID-19 y probablemente reduce las infecciones sintomáticas en las personas expuestas. ▪ No se sabe si afecta la mortalidad o los requisitos de ventilación mecánica. <p>Casirivimab más Imdevimab</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados de 3 ECCA muestran que, en pacientes con enfermedad severa o crítica, REGEN-COV probablemente no reduzca la mortalidad, los requerimientos de ventilación invasiva o mejore la resolución de síntomas. ▪ Sin embargo, un análisis de subgrupo mostró un efecto diferencial en pacientes con anticuerpos negativos. En este subgrupo REGEN-COV probablemente reduzca la mortalidad, los requerimientos de ventilación mecánica e incremente la resolución de síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los anticuerpos monoclonales combinados anti-SARS-CoV-2 (bamlanivimab más etesevimab y casirivimab más imdevimab) y un soloanticuerpo monoclonal (sotrovimab) han demostrado reducir el riesgo de hospitalización y muerte en el ámbito ambulatorio en aquellos con COVID-19 con síntomas leve a moderado y ciertos factores de riesgo para la progresión de la enfermedad. ▪ Se recomienda no utilizar bamlanivimab más etesevimab (AIII)=(fuerte/expertos), por el aumento en la proporción de las variantes de interés Gamma (P.1) y Beta (B.1.351), que han reducido la susceptibilidad tanto al bamlanivimab como al etesevimab. (Casirivimab más imdevimab y sotrovimab permanecen activos contra estas variantes). ▪ El Panel recomienda el uso de uno de los siguientes anticuerpos monoclonales anti-SARS-CoV-2 para tratar pacientes ambulatorios con COVID-19 leve a moderado que tienen un alto riesgo de progresión clínica, según lo definido por los criterios EUA y la declaración del Panel sobre los EUA: Casirivimab más imdevimab; Sotrovimab.



<ul style="list-style-type: none"> • En paciente con enfermedad leve de reciente comienzo, REGEN-COV probablemente reduce las hospitalizaciones y mejora el tiempo de resolución de los síntomas sin aumentar el riesgo de RAM graves, y en personas expuestas a SARS-COV2 REGEN-COV podría reducir las infecciones sintomáticas. • La certeza en la evidencia resultó moderada por información indirecta e imprecisión. <p>Sotrovimab</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de un ECCA muestran que, en pacientes con enfermedad leve de reciente comienzo, sotrovimab probablemente reduce las hospitalizaciones y mejora el tiempo la resolución de los síntomas sin aumentar el riesgo de eventos adversos severos. La certeza en la evidencia resultó moderada por imprecisión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tratamiento debe iniciarse lo antes posible después de que el paciente reciba un resultado positivo en una prueba de antígeno o una prueba de amplificación de ácido nucleico y dentro de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas. ▪ La recepción de una vacuna COVID-19 debe posponerse durante al menos 90 días en aquellos que han recibido anticuerpos monoclonales anti-SARS-CoV-2. Esta es una medida de precaución, ya que el tratamiento con anticuerpos puede interferir con las respuestas inmunitarias inducidas por la vacuna. ▪ En personas que se vacunan y luego desarrollan COVID-19, la recepción previa de una vacuna no debería afectar las decisiones de tratamiento, incluido el uso y el momento del tratamiento con anticuerpos monoclonales.
--	---



Anexo N°4: Corticoides

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quince ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) muestra que la administración de dosis bajas y moderadas probablemente reducen la mortalidad en pacientes con infección grave por COVID-19. ▪ Dosis utilizada en el estudio RECOVERY fue dexametasona 6 mg diarios por vía oral o intravenosa durante 10 días. ▪ Los resultados se mantuvieron uniformes tras agregar al análisis estudios en los que pacientes con SDRA de otras etiologías recibieron corticosteroides o manejo estándar de forma aleatoria. ▪ Esquemas con dosis más altas (por ejemplo, dexametasona 12 mg por día) podrían resultar más efectivos, pero se necesita más evidencia para confirmar estos resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Panel no recomienda el uso de dexametasona u otros glucocorticoides sistémicos para tratar a pacientes ambulatorios con COVID-19 leve a moderado que no requieran hospitalización ni suplementos oxígeno (AIII). =fuerte/ expertos • Falta de datos de seguridad y eficacia sobre el uso de estos agentes, y los glucocorticoides sistémicos pueden causar daño en estos pacientes. • Pacientes que reciben dexametasona u otro corticosteroide para otras indicaciones deben continuar la terapia para sus afecciones subyacentes según las indicaciones de sus proveedores de atención médica (AIII). =fuerte/ expertos • En RECOV • ERY, se demostró que la dexametasona reduce la mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19 que requirió oxígeno suplementario. • No se observó ningún beneficio de la dexametasona en pacientes hospitalizados que no recibieron soporte de oxígeno.



Anexo N°5: Hidroxicloroquina

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La hidroxicloroquina o la cloroquina probablemente no reducen la mortalidad, la ventilación mecánica invasiva ni mejoran significativamente el tiempo hasta la resolución de los síntomas con certeza moderada. • De manera profiláctica en personas expuestas al COVID-19, es posible que no reduzca significativamente el riesgo de infección. Sin embargo, la certeza de la evidencia es baja debido al riesgo de sesgo y la imprecisión. • HCQ / CQ también puede estar asociado con un pequeño aumento de eventos adversos graves. • El conjunto de evidencia sobre hidroxicloroquina, interferón beta 1-a y Lopinavir-ritonavir, incluidos los resultados preliminares de los estudios RECOVERY y SOLIDARITY, no muestra beneficios en la reducción de la mortalidad, necesidad de ventilación mecánica invasiva o el plazo necesario para la mejoría clínica. • Incluso la evidencia sobre hidroxicloroquina sugiere que su utilización probablemente genere un incremento en la mortalidad. • Seis estudios que evaluaron la hidroxicloroquina en personas expuestas a la COVID-19 mostraron una tendencia hacia una reducción en el riesgo de infección, pero esta no resulta estadísticamente significativa. • Se necesita más información procedente de estudios con un diseño adecuado para confirmar o descartar estos hallazgos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (RECOVERY), la hidroxicloroquina no redujo la mortalidad a los 28 días en comparación con el tratamiento habitual estándar de atención. ▪ Los pacientes aleatorizados para hidroxicloroquina tuvieron una mediana de estancia hospitalaria más larga de estancia hospitalaria más larga que los que recibieron la atención estándar. ▪ Pacientes que no estaban sometidos a ventilación mecánica invasiva en el momento de la aleatorización, que recibieron hidroxicloroquina tenían más probabilidades de necesitar intubación o morir durante la hospitalización vs los que recibieron el tratamiento estándar. ▪ En el ensayo Solidarity, el brazo de hidroxicloroquina se interrumpió por inutilidad. ▪ De forma similar, PETAL, un estudio aleatorio, controlado con placebo ciego, se interrumpió antes de tiempo por inutilidad. ▪ Estudios retrospectivos de observación no muestran pruebas de un beneficio de la hidroxicloroquina con o sin azitromicina en pacientes hospitalizados con COVID-19. • Dada la falta de beneficio observada en los ensayos clínicos aleatorios, el Panel recomienda no utilizar hidroxicloroquina o cloroquina y/o azitromicina para tratar la COVID-19 en pacientes hospitalizados (AI)=fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes.



Anexo N°6: Heparina de bajo peso molecular (Hbpm)

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En relación con el esquema trombo profiláctico, los resultados de siete estudios aleatorizados y controlados que compararon dosis intermedias(p. ej., enoxaparina 1 mg/kg por día) o dosis completas (p. ej., enoxaparina 1 mg/kg cada 12 h por día) frente a dosis profilácticas (p. ej., enoxaparina 40 mg por día) mostraron ausencia de diferencias en mortalidad con moderada certeza. ▪ Los anticoagulantes en dosis intermedia o completa pueden disminuirlos eventos tromboembólicos venosos, pero aumentar el sangrado en comparación con la dosis profiláctica. ▪ Las complicaciones tromboembólicas en pacientes con COVID-19 son frecuentes. Al igual que en pacientes hospitalizados por afecciones médicas graves, las directrices de práctica clínica vigentes indican que los pacientes hospitalizados por COVID-19 sean tratados con medidas trombo profilácticas. 	<p>Los anticoagulantes y la terapia antiplaquetaria no deben iniciarse en el ámbito ambulatorio para la prevención de la tromboembolia venosa o la trombosis arterial, amenos que el paciente tenga otras indicaciones para el tratamiento o esté participando en un ensayo clínico (AIII)=fuerte/ expertos.</p>



Anexo N°7: Ácido Acetilsalicílico

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La aspirina probablemente no reduce la mortalidad, ni la ventilación mecánica y probablemente no aumenta la resolución o mejoría de los síntomas. ▪ Los resultados de dos estudios aleatorizados informaron que la indicación de aspirina probablemente tampoco se asocia a reducción en la mortalidad, la ventilación mecánica o la mejoría en la velocidad de resolución de los síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los anticoagulantes y la terapia antiplaquetaria no deben iniciarse en el ámbito ambulatorio para la prevención de la tromboembolia venosa o la trombosis arterial, a menos que el paciente tenga otras indicaciones para el tratamiento o esté participando en un ensayo clínico (AIII)=fuerte/expertos

Anexo N°8: Azitromicina

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La azitromicina probablemente no reduce la mortalidad o la ventilación mecánica y no mejora el tiempo hasta la resolución de los síntomas. ▪ El cuerpo de evidencia identificado sobre azitromicina y doxiciclina muestra ausencia de beneficios en pacientes con COVID-19 leve a moderado, o severo a crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Panel de Directrices de Tratamiento de la COVID-19 desaconseja el uso de cloroquina o hidroxiclороquina y/o azitromicina para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes hospitalizados (AI) = (fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes) y en pacientes no hospitalizados (AIIa)=fuerte/Otros ECCA o subgrupos de ECCA aleatorios.



Anexo N°9: Ivermectina

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 32 ECCA que evaluaron ivermectina en pacientes con COVID-19, solotrece de estos estudios reportaron sobre desenlaces clínicamente importantes. ▪ Los resultados combinados de estos estudios sugieren una reducción en la mortalidad con ivermectina, sin embargo, la certeza en la evidencia resultó muy baja por limitaciones metodológicas y un número pequeño de eventos. ▪ Estudios calificados como con bajo riesgo de sesgo, señalan que la ivermectina podría no reducir significativamente la mortalidad ni los requerimientos de ventilación mecánica invasiva, y probablemente no se asocia a una mejoría en la velocidad de resolución de los síntomas. ▪ Sin embargo, la ivermectina podría reducir las hospitalizaciones en pacientes con enfermedad leve. ▪ Se necesita más información procedente de estudios con un diseño adecuado para confirmar o descartar estas conclusiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay evidencia suficiente para que el Panel de Directrices de Tratamiento de COVID-19 pueda recomendar o no el uso de la ivermectina para el tratamiento de la COVID-19. ▪ Se requiere resultados de ensayos clínicos con potencia adecuada, bien diseñados y realizados para proporcionar una orientación más específica y basada en la evidencia sobre el papel de la ivermectina en el tratamiento de la COVID-19.



Anexo N°10: Lopinavir-ritonavir

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lopinavir-ritonavir probablemente no reduce la mortalidad con certeza moderada. ▪ Es posible que lopinavir-ritonavir no esté asociado con un aumento significativo de eventos adversos graves. Sin embargo, la certeza es baja debido al riesgo de sesgo e imprecisión. ▪ El conjunto de evidencia sobre Lopinavir-ritonavir, incluidos los resultados preliminares de los estudios RECOVERY y SOLIDARITY, no muestra beneficios en la reducción de la mortalidad, necesidad de ventilación mecánica invasiva o el plazo necesario para la mejoría clínica. ▪ Se necesita más información procedente de estudios con un diseño adecuado para confirmar o descartar estos hallazgos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Panel desaconseja el uso de lopinavir/ritonavir y otros inhibidores de la proteasa del VIH para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes hospitalizados (AI)=fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes. • Recomienda no utilizar lopinavir/ritonavir y otros inhibidores de la proteasa del VIH para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes no hospitalizados (AIII) =fuerte/ expertos



Anexo N°11: Remdesivir

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remdesivir puede reducir levemente la mortalidad y mejorar el tiempo hasta la resolución de los síntomas sin aumentar significativamente el riesgo de eventos adversos graves. Sin embargo, la certeza es baja debido al riesgo de sesgo e imprecisión. ▪ En SOLIDARITY de la OMS, remdesivir no tuvo un efecto clínicamente relevante sobre la mortalidad global, la necesidad de ventilación mecánica invasiva o el tiempo de estadía hospitalaria. ▪ Tras combinar dichos resultados con otros cuatro ECCA, se observó que el remdesivir podría reducir la mortalidad, la necesidad de ventilación mecánica invasiva y mejorar el tiempo hasta la resolución de los síntomas. Sin embargo, la certeza en la evidencia es baja ▪ Se necesita más información procedente de estudios con un diseño adecuado para confirmar o descartar estos hallazgos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remdesivir es actualmente el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de COVID-19. ▪ Es recomendado para su uso en pacientes hospitalizados que requieren oxígeno suplementario. ▪ Los ensayos clínicos que evaluaron la seguridad y eficacia de remdesivir interrumpieron este tratamiento en el momento del alta. ▪ El Panel recomienda no continuar con remdesivir, en pacientes hospitalizados con COVID-19 que sean lo suficientemente estables para la descarga y que no requieran oxígeno suplementario (Alta)=fuerte/ Otros ECCA o subgrupos de ECCA aleatorios. ▪ En algunos casos, se considera que los pacientes adultos están lo suficientemente estables como para ser dados de alta del entorno hospitalario a pesar de que todavía requieren oxígeno suplementario. No hay evidencia suficiente para recomendar ya sea a favor o en contra del uso continuado de remdesivir después del alta hospitalaria en pacientes que requieren oxígeno suplementario. ▪ Dado que el remdesivir solo se puede administrar por infusión intravenosa, puede haber problemas logísticos al proporcionar remdesivir a los pacientes ambulatorios. Si se proporciona remdesivir, solo debe administrados en entornos de atención médica que pueden brindar un nivel de atención similar al de un hospital para pacientes hospitalizados.



- Estas las personas deben recibir monitoreo de oximetría y un seguimiento cercano a través de telesalud, enfermeras visitantes servicios o visitas clínicas en persona.
- En casos raros, los pacientes con COVID-19 que requieren oxígeno suplementario e ingreso hospitalario pueden necesitar ser dados de alta del servicio de urgencias debido a la escasez de recursos (es decir, una cama de hospital o el personal disponible). No hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra del uso rutinario de remdesivir.



Anexo N°12: Favipiravir

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none">▪ Es posible que el favipiravir no reduzca la mortalidad ni los requisitos de ventilación mecánica y probablemente no mejore el tiempo transcurrido hasta la resolución de los síntomas.▪ Catorce ECCA evaluaron favipiravir en comparación con la prestación de cuidados estándares u otras intervenciones. Sus resultados sugieren que favipiravir podría no reducir la mortalidad ni los requerimientos de ventilación invasiva mecánica, y probablemente no mejore el tiempo a la resolución de los síntomas.▪ Se necesita más información para confirmar o descartar estas conclusiones.	<ul style="list-style-type: none">▪ No hay diferencias en los resultados clínicos o la frecuencia de los EA.



Anexo N°13: Plasma Convaleciente

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 12 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados de 21 ECCA que evaluaron el uso de plasma de convalecientes en pacientes con COVID-19, incluido el estudio RECOVERY que incorpora 11.558 pacientes, mostraron ausencia de reducción de la mortalidad, ausencia de reducción en los requerimientos de ventilación mecánica invasiva y ausencia de mejoría en el tiempo a la resolución de síntomas con moderada certeza. ▪ El plasma de convalecientes probablemente se asocia a un aumento en los eventos adversos graves con moderada certeza. ▪ No se observó un efecto diferencial entre aquellos pacientes tratados rápidamente (menos de 4 días desde el inicio de los síntomas) y aquellos con enfermedad más avanzada al iniciar dicho tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Panel de Directrices de Tratamiento de la COVID-19 desaconseja el uso de plasma convaleciente de COVID-19 de baja titulación para el tratamiento de la COVID-19 (AIIb). Recomendación fuerte/ No ECCA o cohortes. -El plasma de convalecencia de COVID-19 de baja titulación ya no está autorizado a través de una EUA. ▪ Para pacientes hospitalizados con COVID-19 que no tienen inmunidad alterada - El Panel recomienda no utilizar el plasma de convalecencia de COVID-19 para el tratamiento de COVID-19 en pacientes con ventilación mecánica (AI) = recomendación fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes. -El Panel recomienda no utilizar el plasma de convalecencia de COVID-19 de alto título para el tratamiento de la COVID-19 en pacientes hospitalizados que no requieren ventilación mecánica, excepto en un ensayo clínico (AI). Recomendación fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes. ▪ Para los pacientes hospitalizados con COVID-19 que tienen una inmunidad deteriorada - No hay evidencia suficiente para que el Panel recomiende a favor o en contra del uso de plasma convaleciente de COVID-19 de alto título para el tratamiento de COVID-19. - Los datos observacionales, incluidos los datos de informes de casos, series de casos y un estudio retrospectivo de casos retrospectivo de casos y controles sugieren un beneficio del plasma convaleciente de COVID-19 en pacientes con inmunodeficiencias humorales primarias y secundarias. - Varios informes de casos indican que los pacientes con inmunidad humoral deteriorada pueden



experimentar la replicación vírica del SRAS-CoV-2 y, por lo tanto, pueden correr el riesgo de desarrollar resistencia vírica a los anticuerpos del SRAS-CoV-2 tras el tratamiento con plasma de convalecencia COVID-19.

- El plasma convaleciente de títulos altos está autorizado por la EUA para el tratamiento de pacientes hospitalizados con COVID-19 e inmunidad deteriorada.

▪ **Para pacientes no hospitalizados con COVID-19**

- No hay evidencia suficiente para que el Panel recomiende o no el uso de plasma convaleciente de COVID-19 de alta titulación para el tratamiento de COVID-19 en pacientes que no están hospitalizados, excepto en un ensayo clínico.

- El plasma convaleciente no está autorizado para pacientes no hospitalizados con COVID-19 bajo la EUA.

Se necesitan resultados de ensayos clínicos aleatorios adicionales, bien diseñados y

- bien realizados, para proporcionar una información más específica basada en la evidencia sobre el papel del plasma convaleciente de COVID-19.



Anexo N°14: Terapia Supresora del Ácido Gástrico

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 8 de julio de 2021)
<ul style="list-style-type: none">▪ Omeprazol: sin información en la actualización envivo.▪ Famotidina: Hasta el momento, la evidencia sobre los efectos de la famotidina es de muy baja certeza. Se necesita más información procedente de estudios con un diseño adecuado para evaluar su eficacia y seguridad.	<ul style="list-style-type: none">▪ Los pacientes con COVID-19 que están recibiendo una terapia supresora de ácidos para una enfermedad subyacente no deben suspender estos medicamentos a menos que su estado clínico justifique (AIII) =recomendación fuerte / expertos.▪ El Panel recomienda no utilizar famotidina para el tratamiento de la COVID-19, excepto en un ensayo clínico (AIII) =recomendación fuerte / expertos.▪ Los estudios observacionales que han evaluado la relación entre el uso de la terapia supresora de ácidos y la adquisición de la gravedad de la enfermedad por el SARS-CoV-2 o el COVID-19 han producido resultados mixtos.▪ Un estudio de cohortes en Corea del Sur observó que el uso actual de IBP no se asociaba con una mayor probabilidad de dar positivo en la prueba del SARS-CoV-2, pero sí con un mayor riesgo de enfermedad grave.



Anexo N°15: Baricitinib

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 8 de julio de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados de dos ECCA muestran que, en pacientes con enfermedad moderada a grave, baricitinib probablemente reduce la mortalidad y mejora el tiempo la resolución de los síntomas. La certeza en la evidencia resultó moderada por riesgo de sesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Panel del NIH no recomienda el uso de inhibidores de JAK distintos a baricitinib para el tratamiento de COVID-19, excepto en un ensayo clínico (AIII) =recomendación fuerte / expertos. ▪ Las recomendaciones del Panel para el uso de baricitinib se basan en datos del Ensayo de tratamiento adaptativo COVID-19 2 (ACTT-2), un ensayo multinacional, aleatorizado y controlado con placebo sobre el uso de baricitinib en pacientes hospitalizados con neumonía por COVID-19. Los participantes (n = 1033) fueron asignados al azar 1: 1 a 4 mg de baricitinib oral o placebo, por hasta 14 días, en combinación con remdesivir intravenoso (IV), por hasta 10 días. Los participantes que recibieron baricitinib tuvieron un tiempo de recuperación clínica más corto que los que recibieron placebo (tiempo medio de recuperación de 7 frente a 8 días, respectivamente). Este efecto del tratamiento fue más pronunciado entre aquellos que requirieron oxígeno de alto flujo o ventilación no invasiva, pero no recibieron ventilación mecánica invasiva. La diferencia de mortalidad entre los grupos de tratamiento no fue estadísticamente significativa. ▪ Las recomendaciones del Panel para el uso de baricitinib se basan en datos sobre el beneficio de los corticosteroides y el impacto clínico incierto de la modesta diferencia en el tiempo de recuperación entre los pacientes tratados con placebo y los tratados con baricitinib en el ensayo ACTT-2. El Panel también consideró el uso poco frecuente de corticosteroides en el ensayo



ACTT-2, dado que se excluyó a los pacientes que recibían corticosteroides para el tratamiento de COVID-19 al ingresar al estudio.

- El 19 de noviembre de 2020, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) emitió una Autorización de uso de emergencia (EUA) para el uso de baricitinib en combinación con remdesivir en adultos hospitalizados y niños de ≥ 2 años con COVID-19 que requieren oxígeno suplementario, ventilación mecánica invasiva u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)



Anexo N°16: Tocilizumab

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 4 de agosto de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los resultados de veinticinco ECCA muestran que tocilizumab reduce la mortalidad y los requerimientos de ventilación invasiva sin un incremento importante en efectos adversos graves en pacientes con enfermedad grave o crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes que requieren oxígeno suplementario mediante un dispositivo de alto flujo o ventilación noinvasiva Utilice una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> - Dexametasona (A1) = recomendación fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes. - Dexametason más remdesivir (BIII)=recomendación moderada / expertos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para pacientes recientemente hospitalizados con necesidades de oxígeno en rápido aumento e inflamación sistémica: <ul style="list-style-type: none"> - Añadir <u>baricitinib o tocilizumab</u> a una de las dos opciones anteriores (BIIa) = recomendación moderada / Otros ECCA o subgrupos de ECCA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva u oxigenación de membrana extracorpórea Oxigenación de membrana extracorpórea Para la mayoría de los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> - Dexametasona (A1)=recomendación fuerte/ ECCA sin limitaciones importantes. ▪ Para los pacientes que están dentro de las 24 horas del ingreso en la UCI: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Dexametasona más tocilizumab</u> (BIIa) = recomendación moderada / Otros ECCA o subgrupos deECCA



Anexo N°17: Molnupiravir

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 8 de julio de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay certeza sobre los posibles beneficios y riesgos de uso. Se necesita más investigación. ▪ No se muestra información sobre mortalidad, ventilación mecánica, mejoría o resolución de síntomas u hospitalización. Muy baja certeza sobre los eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se describe en la Guía de Tratamiento para la COVID-19 del NIH.

Anexo N°18: Suplementos (vitaminas C, D y Zinc)

OMS/OPS 5 DE AGOSTO DE 2021	NIH (Actualizado al 8 de julio de 2021)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay certeza sobre los posibles beneficios y riesgos de uso. Se necesita más investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No hay pruebas suficientes para que el Panel de directrices de tratamiento de COVID-19 del NIH recomiende está a favor o en contra del uso de vitamina C, vitamina D y zinc para el tratamiento de COVID-19. ▪ El Panel recomienda no usar suplementos de zinc por encima de la cantidad diaria recomendada para la prevención de COVID-19, excepto en un ensayo clínico (BIII) =recomendación moderada / expertos.



Referencias

BMJ Best Practice. (16 de diciembre de 2021). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Obtenido de <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/pdf/3000201/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>

BMJ Best Practice. (29 de noviembre de 2021). *Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19)*. Obtenido de <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201>

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (5 de abril de 2021). *Science Brief: SARS-CoV-2 and Surface (Fomite) Transmission for Indoor Community Environments*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/surface-transmission.html>

COVID-19, M. C. (27 de mayo de 2020). Orientaciones Provisionales.

Fundación FEMEBA. (6 de agosto de 2021). *Actualización viva en curso de opciones terapéuticas COVID-19: resumen de la evidencia*. Obtenido de <https://femeba.e-mips.com.ar/blog/farmacologia-7/post/actualizacion-viva-en-curso-de-opciones-terapeuticas-covid-19-resumen-de-la-evidencia-revision-rapida-5-8-49330>

Ministerio de Salud. (2020). *Casos de Coronavirus COVID-19 en Panamá*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/planesprotocolos-y-guias-covid-19-0>

Ministerio de Sanidad de España. (2020). *Manejo en atención primaria y domiciliaria de la COVID-19*. Obtenido de <https://www.mscbs.gob.es/>

OPS/OMS. (julio de 2020). *Algoritmo de manejo de pacientes con sospecha de infección por COVID-19 en el primer nivel de atención y en zonas remotas de la Región de las Américas*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52501/OPSIMSEIHCOVID-19200012_spa.pdf?sequence=6

Directrices para la profilaxis, el manejo de pacientes, con covid19 leve-moderado . América Latina. Página 17.

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD



REFERENCIAS WEBGRAFÍAS

1. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/pdf/3000201/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>.
2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/surface-transmission.html>
3. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168>
4. [World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance. 2020 \[internet publication\]](#)
5. <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/planesprotocolos-y-guias-COVID-19->
6. <https://www.unicef.org/es/coronavirus/lactancia-materna-segura-durante-la-pandemia-covid19>
7. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf
8. [Actualización viva en curso de las posibles opciones terapéuticas del COVID-19: resumen de la evidencia. Revisión rápida \(linkedin.com\)](#)

