



**RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA EL MANEJO
DOMICILIARIO DE PACIENTES CON SOSPECHA O
CONFIRMACIÓN DE INFECCIÓN POR
COVID-19**

Marzo 2020

IETSI | INSTITUTO DE
EsSalud | EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN

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

Patricia Pimentel Álvarez

Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Fabián Fiestas Saldarriaga

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Víctor Javier Suárez Moreno

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro

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

Raúl Timaná Ruiz

Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Rosas Ramos Cinthia, PADOMI, Gerencia Oferta Flexible, EsSalud
- Albrecht Lezama Carlos, PADOMI, Gerencia Oferta Flexible, EsSalud
- Reynoso Gutiérrez Guillermo, Gerencia Oferta Flexible, EsSalud
- García Gomero David, Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación IETSI, EsSalud
- Raúl Timaná Ruiz, Asesor de la Dirección y encargado del área de Guías de Práctica Clínica del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación IETSI, EsSalud.

Revisores

Goicochea Lugo, Sergio. 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.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19. Lima: EsSalud; 2020”

Datos de contacto

Timaná Ruiz Raúl Alonso

Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe – rtimanan@gmail.com

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

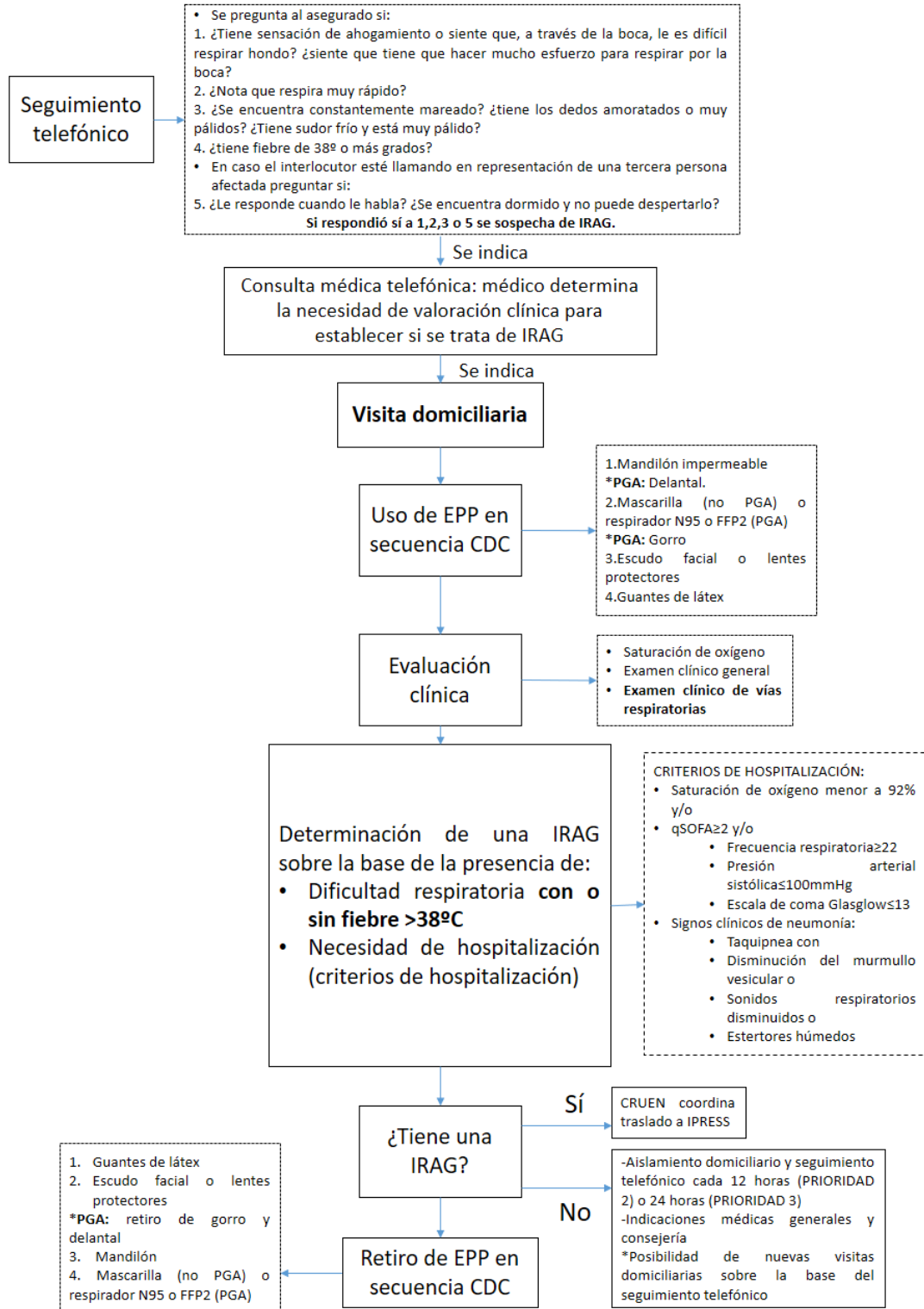
Tabla de contenido

I.	Flujogramas	5
II.	Generalidades	6
	Objetivo y población del lineamiento clínico	6
	Usuarios y ámbito del lineamiento clínico	6
III.	Métodos	6
	a. Búsqueda y selección de protocolos, guías de práctica clínica y documentos técnicos previos	6
	b. Formulación de los lineamientos clínicos.	7
IV.	Desarrollo de los lineamientos clínicos	7
V.	Referencias	14
VI.	Anexos Metodológicos	15

RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DE PACIENTES CON SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE INFECCIÓN POR COVID-19

I. Flujogramas

Flujograma para el manejo domiciliario de pacientes con síntomas de infección por COVID-19



II. Generalidades

Objetivo y población

- **Objetivos:**
 - Brindar lineamientos sobre la visita domiciliar de pacientes sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- **Población a la cual se aplicará el documento:**
 - Pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.

Usuarios y ámbito

- **Usuarios:**
 - Estos lineamientos están dirigidos al personal sanitario médico y no médico, que participa en la visita domiciliar de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- **Ámbito:**
 - El presente documento es de aplicación en todas las IPRESS de EsSalud, del ámbito nacional.

III. Métodos

a. Búsqueda y selección de protocolos, guías de práctica clínica y documentos técnicos previos

El 18 de marzo de 2020 se buscaron protocolos de manejo, guías de práctica clínica, y documentos técnicos que aborden los procedimientos a seguir para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por la nueva variante de coronavirus (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 10 documentos que abordaron el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19. Posterior a ello, se procedió a evaluar y seleccionar los documentos que cumplan los siguientes criterios en su totalidad:

- El documento aborda los procedimientos a seguir para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- El documento fue realizado por una institución o entidad reconocida, como entidades gubernamentales, sociedades médicas o relacionadas.
- El documento describe ampliamente los procedimientos a realizar para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- 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 realizar

la visita domiciliaria de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19. Estos protocolos son:

1. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. World Health Organization. Updated February 4, 2020.(1)
2. Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. Gobierno de España, Ministerio de Salud. Versión del 9 de marzo de 2020.(2)
3. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Centers for Disease Control and Prevention. Updated January 31, 2020. (3)

b. Formulación de las recomendaciones clínicas.

Para la formulación de las recomendaciones clínicas se revisaron los lineamientos propuestos por los protocolos encontrados que describieron ampliamente los procedimientos a realizar para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19, los cuales fueron contrastados con el Documento Técnico de Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19 del Ministerio de Salud de Perú (aprobado mediante **Resolución Ministerial 084-2020**(4), y fueron adaptados para el contexto de EsSalud. Producto del ello se identificaron los procedimientos principales para el manejo domiciliario de COVID-19 y se emitieron lineamientos en base a la concordancia entre los lineamientos de los documentos encontrados y se formuló un flujograma.

IV. Desarrollo de las recomendaciones clínicas

a. Definiciones

Definiciones de caso(4)

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

Definición de infección respiratoria aguda grave (IRAG)

Para la definición de IRAG se tomó como base al documento Técnico de Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19(4); sin embargo, se adaptaron ciertas consideraciones al escenario clínico de una visita domiciliaria y la necesidad de enfatizar la **valoración clínica** por encima de la valoración laboratorial o radiológica. Estos criterios se describen a continuación:

- ✓ Dificultad respiratoria descrita por el paciente y confirmada por la valoración clínica del médico.
- ✓ con o sin fiebre, con una temperatura superior a 38°C
- ✓ y necesidad de hospitalización definida por:
 1. Saturación de oxígeno menor a 92% o
 2. qSOFA \geq 2 o

- a. Frecuencia respiratoria ≥ 22 por minuto
 - b. Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg
 - c. Escala de coma Glasgow ≤ 13
3. Signos clínicos de neumonía (5):
- i. Taquipnea con
 - ii. Disminución del murmullo vesicular o
 - iii. Sonidos respiratorios debilitados
 - iv. Estertores húmedos

b. Criterios para considerar el manejo domiciliario y visita domiciliaria

Criterios para considerar el manejo domiciliario

El manejo domiciliario involucra el aislamiento domiciliario, el seguimiento telefónico y la visita domiciliaria (2), para todos los casos, se establecerá la necesidad de una visita domiciliaria a partir del seguimiento telefónico. Se considerará para el manejo domiciliario a los siguientes grupos de pacientes:

✓ **IRA leve con factores de riesgo** para desarrollar enfermedad grave.

Se define como PRIORIDAD 2. Véase *Lineamientos para el seguimiento telefónico remoto del asegurado durante la pandemia SARS-COV-2*.

- Los factores de riesgo a considerarse serán los siguientes (6):
 - Edad mayor a 60 años
 - Enfermedades crónicas:
 - Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, alteraciones del ritmo y la frecuencia cardíaca,
 - Enfermedades pulmonares: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), asma, bronquiectasias,
 - Enfermedad renal crónica: Insuficiencia renal crónica terminal, glomerulopatías.
 - Enfermedades metabólicas: diabetes
 - Gestación
 - Alteración del sistema inmunitario: inmunodeficiencias primarias, inmunodeficiencias secundarias (uso crónico de corticoides, VIH)
- El manejo domiciliario para este contexto abordará los siguientes aspectos:
 - Aislamiento domiciliario por 14 días
 - Seguimiento telefónico cada 12 horas
 - **Visita domiciliaria determinada** por el seguimiento telefónico, se indica en caso de sospecha de IRAG

✓ **IRA leve sin factores de riesgo**

Se define como PRIORIDAD 3. Véase *Lineamientos para el seguimiento telefónico remoto del asegurado durante la pandemia SARS-COV-2*.

- El manejo domiciliario para este contexto abordará los siguientes aspectos:

- Aislamiento domiciliario por 14 días
- Seguimiento telefónico cada 24 horas
- **Visita domiciliaria determinada** por el seguimiento telefónico se indica en sospecha de IRAG

Estos corresponderán a **casos sospechosos de COVID-19** con síntomas leves y sin criterios de ingreso hospitalario o **casos probables o confirmados de COVID-19 que han precisado hospitalización o a Centro de Atención y Aislamiento - Villa Panamericana** y que han recibido el alta hospitalaria pero aún requieren atención sanitaria y medidas de aislamiento.

Criterios para la indicación de visita domiciliaria

Estos criterios se establecen a partir de un cuestionario telefónico. Véase *Lineamientos para el seguimiento telefónico remoto del asegurado durante la pandemia SARS-COV-2*. La sospecha de IRAG determina la necesidad de una visita domiciliaria. El cuestionario llevado a cabo por un operador telefónico (7) se describe a continuación:

- **Se pregunta al asegurado si:**
 1. ¿Tiene sensación de ahogamiento o siente que, a través de la boca, le es difícil respirar hondo? ¿siente que tiene que hacer mucho esfuerzo para respirar por la boca?
 2. ¿Nota que respira muy rápido?
 3. ¿Se encuentra constantemente mareado? ¿tiene los dedos amoratados o muy pálidos? ¿Tiene sudor frío y está muy pálido?
 4. ¿tiene fiebre de 38º o más grados?
- **En caso el interlocutor esté llamando en representación de una tercera persona afectada preguntar si:**
 5. ¿Le responde cuando le habla? ¿Se encuentra dormido y no puede despertarlo?

En el caso de que la respuesta sea positiva a las preguntas 1,2,3 o 5, el operador telefónico establecerá **la sospecha de IRAG** y transferirá la llamada a un médico para una **consulta médica telefónica**. El médico repetirá las preguntas y sobre la base de su valoración puede indicar un traslado inmediato a IPRESS o a **Centro de Atención y Aislamiento - Villa Panamericana, visita domiciliaria (ante la sospecha de IRAG que necesita ser confirmada por la evaluación clínica)** o descarte de PRIORIDAD 1 (manejo como PRIORIDAD 2 o 3).

c. Pautas para la visita domiciliaria

En el presente documento se protocoliza la visita domiciliaria como parte del manejo domiciliario a un paciente con sospecha o confirmación de infección por COVID-19. Los otros apartados que involucran el manejo domiciliario se revisan en otros documentos:

- Las pautas para el **aislamiento domiciliario** se proporcionarán a través de la comunicación con la central telefónica de EsSalud y se revisan en el documento: *Lineamientos para el aislamiento domiciliario en pacientes con síntomas de infección por COVID-19*.
- Las pautas para el **seguimiento telefónico**, son abordados en: *Lineamientos para el seguimiento telefónico remoto del asegurado durante la pandemia SARS-COV-2*. En el presente lineamiento, se describen los aspectos relacionados con la visita domiciliaria.

c.1. Uso del equipo protección personal (EPP) para el personal de salud en el lugar de aislamiento domiciliario

Es importante precisar que el **lugar de aislamiento domiciliario** constituirá la habitación del caso sospechoso o confirmado. En el contexto de que no exista la disposición de una habitación individual para fines del aislamiento, se considerará a todo el domicilio como lugar de aislamiento. Las consideraciones del lugar de aislamiento se revisan en su lineamiento correspondiente. A la vez, el equipo de protección personal (EPP), depende del tipo de procedimientos que se vayan a realizar durante la visita domiciliaria, ello se especifica a continuación:

-En caso de paciente con síntomas de infección por COVID-19 sin procedimientos generadores de aerosoles (no PGA)

El EPP antes de entrar en contacto con un caso de COVID-19 sospechoso o confirmado deben ser los adecuados para prevenir enfermedades transmitidas por gotas o contacto: mandilón descartable, guantes de látex que cubran el puño del mandilón, escudo facial o lentes protectores y una **mascarilla quirúrgica** (8), siempre que no se vayan a realizar procedimientos generadores de aerosoles (PGA) donde se indica un respirador. Se debe indicar que todo paciente en aislamiento y cuidador deberán portar una mascarilla quirúrgica antes de su contacto con el personal de salud(3).

-En caso de paciente con síntomas de infección por COVID-19 sin procedimientos generadores de aerosoles (PGA)

Los procedimientos con generación de aerosoles (PGA) deben ser evitados en el contexto de la atención domiciliaria; sin embargo, si estos se realizan debe notificarse inmediatamente. Estos procedimientos incluyen intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación, broncoscopia, colocación de sonda nasogástrica, nebulizaciones, aspiraciones de secreciones. La recolección de muestras nasofaríngeas u orofaríngeas no se considera un procedimiento generador de aerosol. La indicación en este contexto es la **utilización de un respirador N95 o FFP2** (8) en remplazo de la mascarilla quirúrgica y con los otros implementos que conforman el EPP (mandilón descartable, guantes de látex, escudo facial o lentes protectores). Se debe precisar que el respirador N95 tendrá una especial importancia, si el caso sospechoso o confirmado de infección por COVID-19 o los cohabitantes domiciliarios tienen antecedente o sospecha de infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

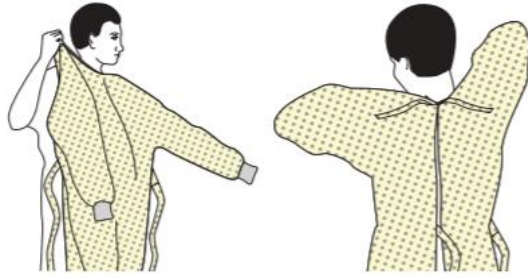
c.2. Secuencia recomendada de utilización de EPP (colocación y retiro de EPP)

La CDC recomienda seguir las siguientes secuencias de colocación y retiro de EPP para prevenir la auto contaminación (9). Las imágenes fueron adaptadas de *Sequence for putting and remove on personal protective equipment (PPE)*. (10)

i. Ingreso al lugar de aislamiento

Antes de ingresar al lugar de aislamiento, se realizará el lavado de manos con jabón, luego de ello, se sugiere realizar la siguiente secuencia de colocación del EPP para prevenir la auto-contaminación:

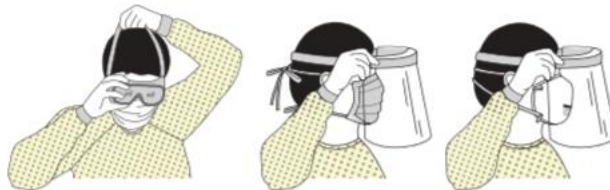
1. Colocación de mandil descartable: que cubra todo el torso, desde el cuello hasta las rodillas, la totalidad de los brazos hasta las muñecas. Este mandilón debe cerrar por la espalda.



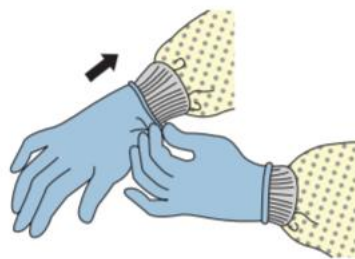
2. Colocación de mascarilla quirúrgica o respirador (N95 o FFP2): asegurar las tiras o las bandas elásticas en la cabeza y el cuello. Ajustar la banda flexible de la nariz y el inferior de la mascarilla al mentón.



3. Lentes o protectores faciales: colocar sobre la cara y ajustar



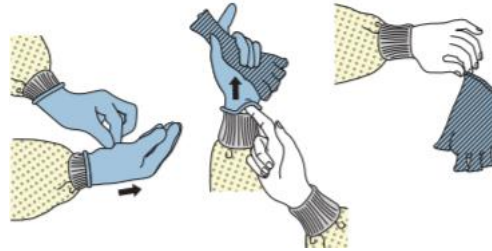
4. Colocación de guantes de látex: debe cubrir hasta el puño del mandilón.



- ii. **Al abandonar el lugar de aislamiento**, se sugiere realizar la siguiente secuencia de retiro del EPP para prevenir la auto-contaminación:

Abandonar la sala de aislamiento y ubicarse en la antesala para el retiro del EPP en el orden señalado:

- a. Retirarse los guantes: recordar que los guantes están contaminados, si las manos se contaminan durante el retiro, lavar las manos o utilizar solución hidroalcohólica.



1. Utilizando una mano con guante, coger una sección del guante en el área palmar, a partir de ello retirar el primer guante y descartar en una bolsa roja o negra de desechos.
 2. El segundo guante se retira deslizando los dedos libres por debajo del guante que se halla colocado, en la zona palmar de la muñeca. De este modo se retira el segundo guante.
 3. Se descarta el segundo guante en una bolsa roja destinada al desecho del EPP que se trasladará como material biocontaminado a la IPRESS.
- b. Retirarse los lentes protectores o el escudo facial: recordar que la región frontal de los lentes protectores o el escudo facial se hallan contaminados. En el caso de que se entre en contacto con las zonas contaminadas, lavarse inmediatamente las manos o utilizar solución hidroalcohólica.



- ✓ El escudo facial o los lentes protectores deben ser retirados desde las bandas posteriores que se hallan sujetas en la cabeza. En el caso de que estos sean reutilizables, colocar en una bolsa plástica con cierre hermético para su esterilización en IPRESS en caso contrario, descartar en bolsa de desecho de EPP.
- c. Retirarse el mandilón descartable: la cara frontal del mandilón y las mangas se hallan contaminadas. En el caso de que se entre en contacto con las zonas contaminadas, lavarse inmediatamente las manos o utilizar solución hidroalcohólica.



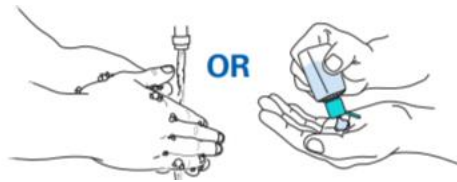
1. Desajustar las tiras posteriores del mandilón teniendo cuidado con que las mangas no entren en contacto con otra superficie del cuerpo.
2. Retirar la bata del cuello y los hombros, tocando solo la parte interior de la bata
3. Voltar la bata al revés
4. Doblar o enrollar en un paquete y desechar en la bolsa de desecho de EPP

d. Retirarse la mascarilla quirúrgica o el respirador: La cara frontal de la mascarilla o el respirador se hallan contaminados. En el caso de que se entre en contacto con las zonas contaminadas, lavarse inmediatamente las manos o utilizar solución hidroalcohólica.



1. Sujetar los lazos inferiores o elásticos de la máscara/respirador, luego los que están en la parte superior, y retirarse sin tocar el frente
2. Desechar en la bolsa de desecho de EPP.

e. Realizar la higiene de manos con solución alcohólica o con agua y jabón inmediatamente después de haberse removido todo el EPP.



f. Cerrar la bolsa roja de desecho de EPP y rotular como contaminado. Llevar a la IPRESS como material biocontaminado.

g. Realizar la higiene de manos con solución alcohólica o con agua y jabón inmediatamente después de haber desechado la bolsa de EPP.

h. Luego de ello colocarse una nueva mascarilla quirúrgica.

c.3. Evaluación clínica durante la visita domiciliaria

La evaluación 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 (1):

- ✓ Saturación de oxígeno
 - Se considerará aceptable si es mayor a 92 % (11)
- ✓ 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 (12)
 - Frecuencia cardíaca < 90 latidos por minuto (12)
 - Frecuencia respiratoria < 22 por minuto (12)
 - Presión arterial sistólica > 100 mm Hg (12)
 - Presión arterial diastólica > 60 mm Hg
 - 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.

- ✓ Escala de coma Glasgow >13 puntos (12)
 - Adicionalmente se puede valorar la escala CAM (**Anexo 2**) para la determinación del síntoma confusional en el adulto mayor. Siempre que el examinador se halle entrenado para su utilización.

Según la evaluación clínica, el médico podría definir la necesidad de traslado y aislamiento hospitalario sobre la base de la **presencia de IRAG** (dificultad respiratoria con o sin fiebre mayor a 38 ° C y necesidad de hospitalización sobre la base de la presencia de criterios clínicos de hospitalización. Entre los criterios clínicos de hospitalización, se pueden destacar a la presencia de:

1. Saturación de oxígeno menor a 92% o
2. qSOFA≥2 o
 - b. Frecuencia respiratoria≥22 por minuto
 - c. Presión arterial sistólica≤100mmHg
 - d. Escala de coma Glasglow≤13 puntos
3. Signos clínicos de neumonía (5):
 - i. Taquipnea (frecuencia respiratoria >20) con
 - ii. Disminución del murmullo vesicular o
 - iii. Sonidos respiratorios debilitados o
 - iv. Estertores húmedos

c.4. Indicaciones médicas generales durante la visita domiciliaria

- a) **Referencia del domicilio a una IPRESS o a Centro de Atención y Aislamiento - Villa Panamericana:** la visita domiciliaria se centrará en definir la necesidad de aislamiento hospitalario, determinado por la presencia de una IRAG. De darse tal indicación, se coordinará con CRUEN para el traslado a una IPREES.
- b) **Oxigenoterapia:** En el caso de la necesidad de traslado inmediato, **se puede administrar oxigenoterapia hasta el traslado** si la saturación es menor a 92%, se puede iniciar oxigenoterapia empírica con cánula binasal (CBN) y humidificador con un flujo de 1 a 4 litros por minuto, hasta tener una saturación mayor a 92%. En el caso de que no se alcance la saturación objetivo, se puede iniciar la utilización de una mascarilla de Venturi con tasas de flujo de oxígeno de entre 6 y 10 litros por minuto (13). Se debe tener consideración especial en los pacientes con hipoxemia e hipercapnia crónica (EPOC, EPID), en los cuales, se recomienda oxigenoterapia solo si la saturación es menor a 88%, con una saturación objetivo de entre 88 y 92% para no inhibir el estímulo ventilatorio (14). Se recomienda la utilización de flujos bajos de oxígeno 1-2 litros por minuto por CBN (14).
- c) **Continuación del seguimiento telefónico:** según los resultados de la evaluación clínica, el médico podría indicar un seguimiento telefónico más estricto con un intervalo de 12 horas, el cual, a la vez, podría determinar visitas domiciliarias posteriores. Por otra parte, de no requerirse un seguimiento más estrecho, se continuará la vigilancia telefónica con un intervalo de tiempo de 12 horas para los pacientes con factores de riesgo y de 24 horas para los pacientes con factores de riesgo (7).
- d) **Recomendaciones de higiene respiratoria:** se indicará a la persona enferma que deberá continuar en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos desechables o el codo flexionado, lavándose las manos inmediatamente después (2).

Manejo domiciliario de la Infección Respiratoria Aguda Leve

- e) Las recomendaciones del manejo sintomático se circunscriben al control de la fiebre con medios físicos o antipiréticos a elección del personal de salud asignado al cuidado del paciente (15).
- f) **Antibioticoterapia:** según la guía china *A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia* publicada en el 2020 (5), se debe evitar el uso ciego o inapropiado de medicamentos antibacterianos, especialmente la combinación de medicamentos antibacterianos de amplio espectro. La mejora de la vigilancia bacteriológica debe realizarse y administrarse de inmediato medicamentos antibacterianos apropiados cuando se produce una infección bacteriana secundaria.
- g) **Uso de AINES:** la *European Medicines Agency* (EMA) refiere que no existe evidencia suficiente para desaconsejar el uso de Antiinflamatorios No Esteroides (AINE) o paracetamol, durante el curso de la infección y que incluso su indicación puede llegar a ser necesaria durante las fases iniciales de la enfermedad (16).
 - i. Como primera elección se sugiere la indicación de paracetamol con una dosis de 20mg/kg/dosis cada 6-8/h para niños y de 1g/dosis cada 6-8h con una dosis máxima de 4g al día.
- a) **Uso de corticoides orales:** la OMS y la CDC recomiendan que los glucocorticoides no se usen en pacientes con neumonía por COVID-19 a menos que haya otras indicaciones (por ejemplo, exacerbación de la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica**) (17). En ese contexto, se podría indicar como corticoide oral:
 - i. Prednisona de 20mg: 40 a 60 mg una vez al día durante 5 a 14 días.
- b) **Otros agentes farmacológicos:** ciertos agentes farmacológicos (hidroxicloroquina, ritonavir) se han descrito en series de casos o se están utilizando anecdóticamente en base a evidencia in vitro o extrapolada. Es importante reconocer que no hay datos controlados que respalden el uso de ninguno de estos agentes, y se desconoce su eficacia para COVID-19 (18). Por tal motivo, hasta la fecha (marzo del 2020), no se considera la utilización protocolar de algún agente farmacológico adicional, por lo cual, su utilización podría darse en el escenario de ensayos clínicos controlados.

Consejería a los contactos domiciliarios y cuidadores (1)

- a) Limitar el número de personas que lo cuiden; idealmente, asignarle una persona que goce de buena salud y no tenga enfermedades de riesgo o esté embarazada. No permitir visitas.
- b) Otras indicaciones se pueden encontrar en el documento: *Recomendaciones para el aislamiento domiciliario en pacientes con síntomas de infección por COVID-19*.

c.5. Detención del aislamiento (criterios de alta) (1,2)

Para detener el aislamiento en **un caso de IRA no grave con o sin factores de riesgo (PRIORIDAD 2 O 3)**, se considerará la resolución absoluta de síntomas del paciente y que sus contactos domiciliarios se hallen asintomáticos, con un tiempo de aislamiento mínimo de 14 días desde la aparición de los síntomas. La detención del aislamiento solo puede ser indicada por el profesional de la salud responsable del seguimiento telefónico al paciente con síntomas de infección por COVID-19 previa consejería respecto a la especial atención y notificación inmediata de la aparición de síntomas en los contactos domiciliarios del caso.

c.6. Recomendaciones para el manejo de cadáveres

En términos teóricos, todo paciente al cual se le indica una visita domiciliaria, no ha sido tributario para su traslado inmediato a una IPRESS según su valoración telefónica previa. Incidentalmente, en circunstancias de una progresión rápida de la enfermedad o de que las limitaciones del seguimiento telefónico para la valoración de los pacientes sintomáticos no hayan permitido la toma oportuna de decisiones, puede darse el caso desafortunado de que el evaluador de la visita domiciliaria o del personal responsable del traslado encuentre al paciente fallecido. En ese contexto las recomendaciones se basaran en la Directiva Sanitaria N°087-2020-DIGESA/MINSA. Directiva sanitaria para el manejo de cadáveres por COVID-19.

V. Referencias

1. World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Updated February 4, 2020. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts) (Accessed on February 14, 2020).
2. Gobierno de España, Ministerio de Salud. Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. Versión del 9 de marzo de 2020.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for persons who may have 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) to prevent spread in homes and residential communities. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-prevent-spread.html#First_heading (Accessed on February 06, 2020).
4. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico de atención y manejo clínico de casos de COVID-19. Escenario de transmisión focalizada 2020.
5. 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). *Mil Med Res.* 06 de 2020;7(1):4.
6. Management of Patients with Confirmed 2019-nCoV | CDC [Internet]. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
7. Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias. Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2 (COVID-19). 1 ed. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias,; 2020.
8. World Health Organization. (2020). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 27 February 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Protecting Healthcare Personnel | HAI | CDC [Internet]. 2019 [citado 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/ppe.html>
10. Center of Disease Control and Prevention (2020). Sequence for putting and remove on personal protective equipment (PPE). Disponible en: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf>.
11. Jubran A, Tobin MJ. Reliability of pulse oximetry in titrating supplemental oxygen therapy in ventilator-dependent patients. *Chest.* junio de 1990;97(6):1420-5.
12. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 23 de febrero de 2016;315(8):762-74.

13. Blake DF, Shih EM, Mateos P, Brown LH. The efficacy of oxygen wafting using different delivery devices, flow rates and device positioning. *Australas Emerg Nurs J AENJ*. agosto de 2014;17(3):119-25.
14. Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, Hanania NA, Criner G, van der Molen T, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med*. 2 de agosto de 2011;155(3):179-91.
15. COVID-19: guidance on residential care provision - GOV.UK [Internet]. [citado 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-residential-care-supported-living-and-home-care-guidance/covid-19-guidance-on-residential-care-provision>
16. FRANCISCO EM. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19 [Internet]. European Medicines Agency. 2020 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>
17. Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet* 2020; 395:473.
18. Cortegiani A, Ingoglia G, Ippolito M, et al. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *J Crit Care* 2020.

VI. Anexos Metodológicos

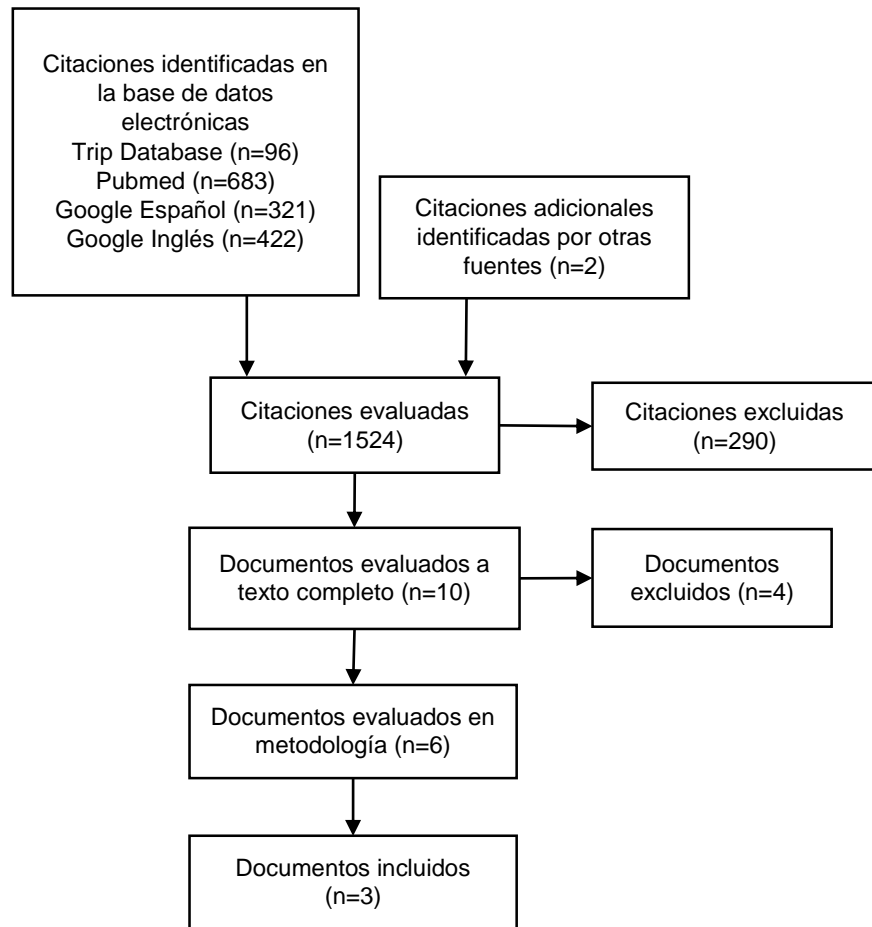
Anexo N° 1: Búsqueda y selección de protocolos, guías de práctica clínica, y documentos técnicos

Estrategia de búsqueda

El 18 de marzo de 2020 se buscaron protocolos de manejo, guías de práctica clínica, y documentos técnicos que aborden los procedimientos a seguir para el manejo domiciliario de pacientes con sospecha o confirmación de infección por la nueva variante de coronavirus (COVID-19), cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés. A continuación, se presentan las estrategias de búsqueda utilizadas:

Buscador o base de datos	Términos de búsqueda
Trip Database	"Coronavirus" "COVID 19" "COVID-19""homecare"
Pubmed	((((((((2019 novel coronavirus infection[Title/Abstract]) OR 2019 novel coronavirus infection[MeSH Terms]) OR COVID19[Title/Abstract]) OR COVID19[MeSH Terms]) OR coronavirus disease 2019[Title/Abstract]) OR coronavirus disease 2019[MeSH Terms]) OR coronavirus disease-19[Title/Abstract]) OR coronavirus disease-19[MeSH Terms]) OR 2019-nCoV disease[Title/Abstract]) OR 2019-nCoV disease[MeSH Terms]) OR 2019 novel coronavirus disease[Title/Abstract]) OR 2019 novel coronavirus disease[MeSH Terms]) OR 2019-nCoV infection[Title/Abstract]) OR 2019-nCoV infection[MeSH Terms]
NICE	"COVID-19" "COVID19" "2019 novel coronavirus infection" "2019-nCoV infection"
Google Español	"infección por coronavirus" "COVID19"
Google Inglés	"COVID19" "COVID-2019" "2019 novel coronavirus infection" "coronavirus disease-19"

Flujograma del proceso de selección de protocolos y guías



Documentos evaluados a texto completo

Título	Año	Entidad autora y/o país de autores
Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) [Internet].. Available from: https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)	2020	Organización Mundial de la Salud
Gobierno de España, Ministerio de Salud. Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. Versión del 9 de marzo de 2020.	2020	Ministerio de Salud de España
Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Updated January	2020	Centro de Control de Enfermedades

31, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html		
Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for persons who may have 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) to prevent spread in homes and residential communities. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-prevent-spread.html#First_heading	2020	Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos
COVID-19: guidance on residential care provision - GOV.UK [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-residential-care-supported-living-and-home-care-guidance/covid-19-guidance-on-residential-care-provision	2020	Ministerio de Salud, Reino Unido
World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Updated February 4, 2020. https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts	2020	Organización Mundial de la Salud

Documentos incluidos

Solo se encontraron documentos técnicos y protocolos.

Título	Año	Aplicabilidad y contextualización (GLIA2)
World Health Organization. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Updated February 4, 2020. https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts	2020	Se acepta con cambios
Gobierno de España, Ministerio de Salud. Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. Versión del 9 de marzo de 2020.	2020	Se acepta con cambios
Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not	2020	Se acepta con cambios

Requiring Hospitalization for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Updated January 31, 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html		
--	--	--

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 realizar el manejo domiciliario de pacientes con infección por COVID-19. Estos protocolos son:

1. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. World Health Organization. Updated February 4, 2020.(1)
2. Manejo domiciliario de casos en investigación, probables o confirmados de COVID-19. Gobierno de España, Ministerio de Salud. Versión del 9 de marzo de 2020.(2)
3. Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Centers for Disease Control and Prevention. Updated January 31, 2020. (3)

Anexo N°2. Método CAM para la valoración del Síndrome Confusional Agudo en el Adulto Mayor.

Método de evaluación de confusión (CAM) (5)
<p>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?</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>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)?</p> <p>Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.</p>

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.