

La pandemia del Covid-19 llegó a todos los lugares como antes nunca había sucedido, evidenciando las debilidades de los Sistemas de Salud del mundo, ocasionando miles de muertes sin prácticamente poder hacer mayor cosa para evitarlo, por lo cual se generó la activación de planes y estrategias que propendieran por el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas. Siendo una situación sanitaria compleja, se requirió establecer medidas de control, pruebas para el diagnóstico, manejo terapéutico y de rehabilitación que orientaran las decisiones individuales y colectivas a nivel poblacional.

Dada las circunstancias, un equipo interdisciplinar de la Secretaría Distrital de Salud conformado por especialistas en Medicina Interna, Infectología, Gineco-obstetricia, Urgencia, Fisioterapia, Enfermería, Salubrista público y Epidemiólogo, llevó a cabo una revisión del tema con el fin de recopilar lo descrito en la evidencia y detallar de manera sistemática y sucinta las recomendaciones y aplicaciones actuales que, desde el quehacer disciplinar en un trabajo en conjunto, se necesita para el abordaje exitoso de esta enfermedad y sus secuelas.

Recomendaciones y plan de manejo para paciente confirmado y sospechoso de Covid-19

Humberto Mendoza Charris

Humberto Mendoza Charris

Recomendaciones y **plan de manejo** para paciente confirmado y sospechoso **Covid-19**

Escanee el código QR para conocer
más títulos publicados por Ediciones
Universidad Simón Bolívar



ISBN 978-628-7533-31-8



EDICIONES
**UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR**



ALCALDÍA DE
BARRANQUILLA

Soy **BARRANQUILLA**

**UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR**

BARRANQUILLA Y CÚCUTA - COLOMBIA | VICELEADENIA DE EDUCACIÓN



50
AÑOS
1962-2012

Recomendaciones
y ***plan de manejo***
para paciente confirmado
y sospechoso
Covid-19

RECOMENDACIONES Y PLAN DE MANEJO PARA PACIENTE CONFIRMADO Y SOSPECHOSO COVID-19

Humberto Mendoza Charris

Grupo de expertos:

Alberto Polo Barranco
*MD. ESP. Medicina interna
Diabetólogo*

Iván Zuluaga de León
MD. ESP. Infectología

José Guerrero de la Cruz
MD. General

Jairo Buendía Mendoza
*MD. Ginecobotetra y perinatólogo
ESP. Epidemiología*

Carmen Valega Márquez
*Enfermera
ESP. Salud familiar*

Yisel Pinillos-Patiño
*Fisioterapeuta
ESP. rehabilitación cardiopulmonar y vascular
MSc. Salud pública*

Ligia Oviedo Castaño
Jefe Oficina Salud Pública del Distrito de Barranquilla

Colaboradores:

Yarley Castro Castañeda
*Magíster y Especialista en Mercadeo
Diseñadora Gráfica - Universidad Simón Bolívar*

Carlos González Rubio Altamar
*Médico - Esp. Epidemiología
Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Santa Marta*

Laura González Rubio Caballero
*Fisioterapeuta
Joven Investigador Minciencias 2021
Universidad Simón Bolívar*

Proceso de arbitraje doble ciego

Recepción: Marzo de 2022
Evaluación de propuesta de obra: Mayo de 2022
Evaluación de contenidos: Julio de 2022
Correcciones de autor: Septiembre de 2022
Aprobación: Noviembre de 2022

Humberto Mendoza Charris

Recomendaciones
y **plan de manejo**
para paciente confirmado
y sospechoso
Covid-19

Mendoza Charris, Humberto

Recomendaciones y plan de manejo para paciente confirmado y sospechoso COVID- 19 / Humberto Mendoza Charris; Grupo de expertos Alberto Polo Barranco [y otros 6]; colaboradores Yarley Castro Castañeda, Carlos González Rubio Altamar, Laura González Rubio Caballero -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2022.

85 páginas; tablas, ilustraciones a color

ISBN: 978-628-7533-31-8 (Formato digital)

1. Covid-19 2. Inmunología 3. Epidemiología 4. Infecciones por coronavirus 5. Control de enfermedades 6. Enfermedades infecciosas 7. Pandemia I. Polo Barranco, Alberto II. Zuluaga De León, Iván III. Guerrero De La Cruz, José IV. Buendía Mendoza, Jairo V. Valega Márquez, Carmen VI. Pinillos Patiño, Yisel VII. Castro Castañeda, Yarley, colaboradora VIII. González Rubio Altamar, Carlos IX. González Rubio Caballero, Laura X. Título 614.4 R311 2022 Sistema de Clasificación Decimal Dewey 22ª edición.
Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

Producido en Barranquilla, Colombia. Depósito legal según el Decreto 460 de 1995. El Fondo Editorial Ediciones Universidad Simón Bolívar se adhiere a la filosofía del acceso abierto y permite libremente la consulta, descarga, reproducción o enlace para uso de sus contenidos, bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



©Ediciones Universidad Simón Bolívar

Carrera 54 No. 59-102

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>

dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co

Barranquilla - Cúcuta

Producción Editorial

Editorial Mejoras

Calle 58 No. 70-30

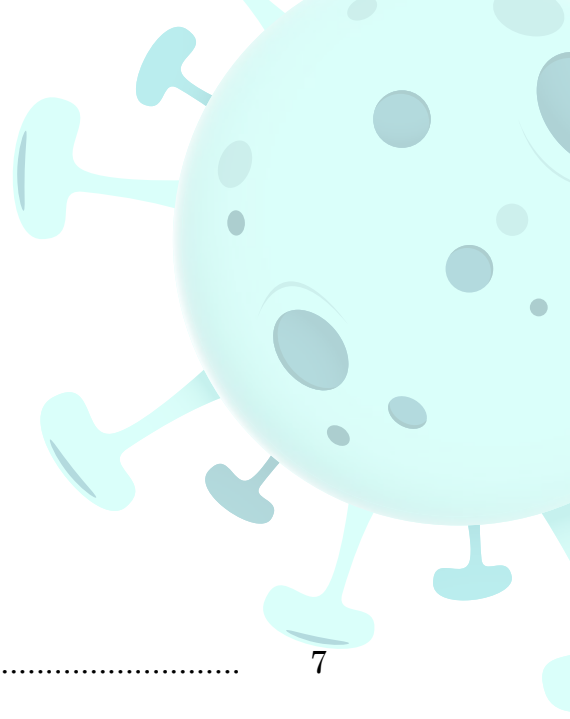
info@editorialmejoras.co

www.editorialmejoras.co

Noviembre de 2022

Barranquilla

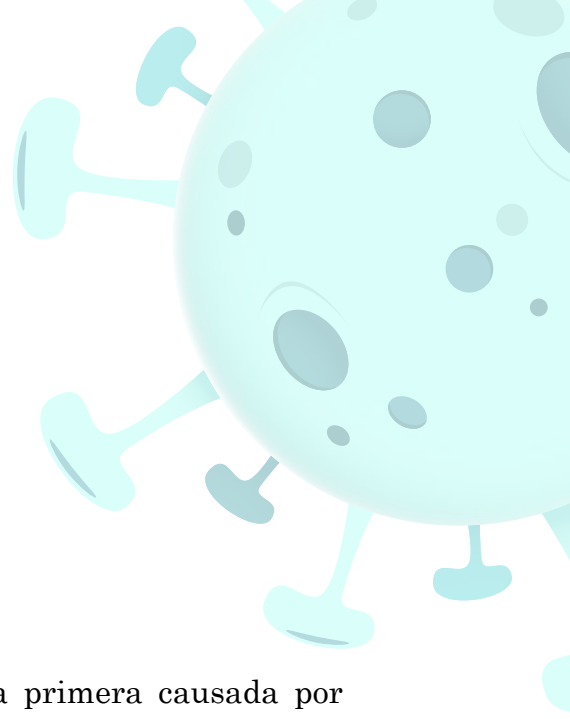
Made in Colombia



CONTENIDO

1. PRÓLOGO	7
2. INTRODUCCIÓN	11
3. GENERALIDADES	15
3.1 Microbiología	16
3.2 Cuadro clínico y clasificación	18
3.3 Diagnóstico	21
3.4 Diagnóstico diferencial	22
3.5 Tratamiento	22
3.6 Estrategias de prevención	26
4. RUTA DE ATENCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO PARA PACIENTE COVID-19 (CRÍTICO, SEVERO, PRIORITARIO, NO PRIORITARIO)	31
4.1 Ruta caso crítico	33
4.2 Ruta caso severo	34
4.3 Ruta caso para consulta prioritaria.....	38
4.4 Ruta de caso no prioritario.....	40
5. CLÍNICA DEL PACIENTE COVID PROLONGADO	47

6. CUIDADO DE LA GESTANTE CON COVID-19 Y POST COVID-19	51
6.2 Tratamiento de la paciente embarazada con Covid-19	56
6.3 Clasificación de la gravedad	58
6.3.1 <i>Criterios de ingreso a UCI</i>	59
6.3.2 <i>Manejo clínico de las gestantes infectadas según gravedad</i>	60
6.3.3 <i>Gestantes con criterios de ingreso por Covid-19</i>	61
6.3.4 <i>Manejo clínico y tratamiento durante el ingreso</i>	63
6.3.5 <i>Criterios de alta hospitalaria por Covid-19</i>	66
6.3.6 <i>Pacientes Covid-19+ con criterios de ingreso por motivo obstétrico</i>	67
6.4 Manejo del parto y otros procedimientos obstétricos en pacientes Covid-19	69
6.4.1 <i>Recomendaciones en caso de parto vaginal</i>	70
6.4.2 <i>Recomendaciones en caso de cesárea</i>	73
6.4.3 <i>Cuidados posparto</i>	73
7. CONCLUSIONES	77
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79



1. PRÓLOGO

La pandemia del Covid-19 es la primera causada por un virus tipo coronavirus que infecta a los humanos y la cual logró llegar a cada rincón del planeta a una velocidad de tiempo inesperada. Esto llevó a que las diferentes naciones y regiones del mundo, activaran planes de contingencia con base en recomendaciones que no contaban en su momento con la evidencia suficiente, pero que buscaban a toda costa disminuir las complicaciones asociadas y la mortalidad causada por este virus.

Desde la primera línea de atención liderada por los profesionales de la salud hasta los salubristas y epidemiólogos, las acciones para el abordaje del paciente se tornaban complejas considerando que las recomendaciones preventivas que incluían medidas de control de la propagación, las pruebas diagnósticas, el manejo terapéutico y la rehabilitación se encontraban limitadas para guiar las decisiones individuales y colectivas en torno a la salud de la población.

Si bien el control de la propagación y progresión de la infección por el SarsCOV-2 ha requerido un enfoque multidisciplinario y colaboración global, el panorama se comenzó a despejar cuando los avances científicos en el conocimiento del Covid-19 empezaron a proporcionar la base para el desarrollo de intervenciones diagnósticas, terapéuticas y la creación de vacunas que permitiesen mejorar el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad moderada y severa, para mejorar el pronóstico de sobrevida y evitar el fallecimiento de más personas.

Para nadie es un secreto que no era fácil mantener un consenso general sobre el abordaje de esta patología, por lo que la construcción de múltiples lineamientos en algunos casos llegó a confundir sobre las decisiones a tomar desde el ámbito ambulatorio hasta el hospitalario y de cuidado crítico.

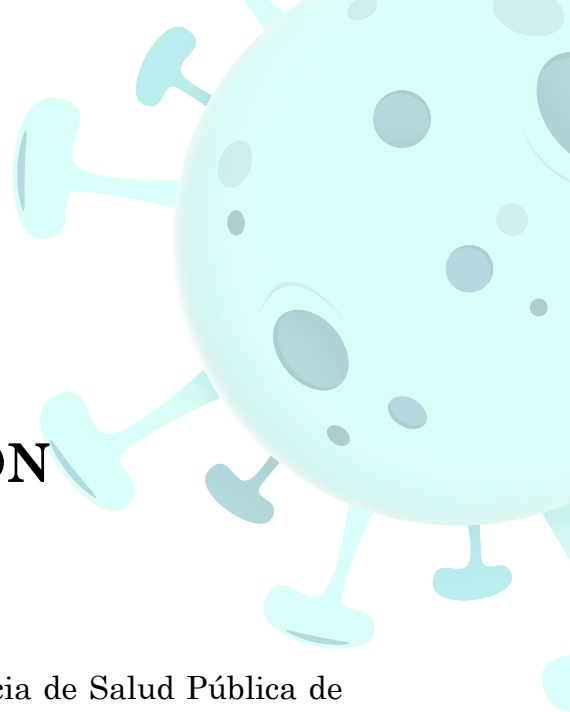
Decidimos recopilar lo mejor de la evidencia y plantearlo en esta guía de recomendaciones y plan de manejo para paciente con enfermedad respiratoria aguda incluida covid, la cual no solo reúne datos tomados de la literatura reciente, sino que expone el trabajo mancomunado del ente territorial, las EAPB, IPS y la academia para optimizar la respuesta al manejo del Covid-19 no solo a nivel local, sino regional y nacional.

Están invitados a leerla, considerando que fue propuesta por 8 profesionales y 3 colaboradores; entre los que se encuentran médicos, infectólogos, internistas, gineco-obs-

tetras, fisioterapeutas, enfermeras, salubristas, epidemiólogos y otras profesiones que se dieron en la tarea de transmitir también su experiencia en un texto que permita comprender las recomendaciones y aplicaciones más actuales con respecto a la infección Covid-19.

Humberto Mendoza Charris

Secretario de Salud de Barranquilla



2. INTRODUCCIÓN

La declaración de una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) generó alarmas e iniciativas para buscar formas de minimizar el impacto de la enfermedad causada por la infección del virus Covid-19 en la salud de las personas. El incremento en número de casos a partir de marzo de 2020, evidenció el desafío, así como la heterogeneidad entre países, y los aspectos comunes que deben ser considerados tales como el riesgo de enfermedad aumenta gradualmente con la edad a partir de los 40 años, condicionando así que las personas mayores tengan un riesgo superior de contagio y severidad. Además de las condiciones de salud subyacentes tales como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y diabetes, las cuales producen mayores complicaciones especialmente a partir de los 75 años de edad.

A las anteriores condiciones se suma la soledad emocional y el aislamiento como condición estructural en la que viven muchos adultos mayores, aspecto que es importante

por la reducida capacidad de responder a la enfermedad. Por otra parte, la falta de respuesta de los sistemas de salud pueden ser un factor coadyuvante para empeorar la situación (1).

Ahora bien, la infección por Sars-COV-2 se crea una vez que una persona enferma tose o estornuda y expulsa partículas del virus que acceden en contacto con otras personas. Se sabe que cualquiera puede infectarse, independientemente de su edad, empero hasta entonces han sido registradas subjetivamente pocos casos de coronavirus en jóvenes.

Por tanto, la letalidad de esta patología es alta en pacientes con comorbilidades; hasta ahora la mayor cantidad de víctimas mortales fueron personas de edad avanzada que ya padecían una patología crónica como diabetes, asma o hipertensión.

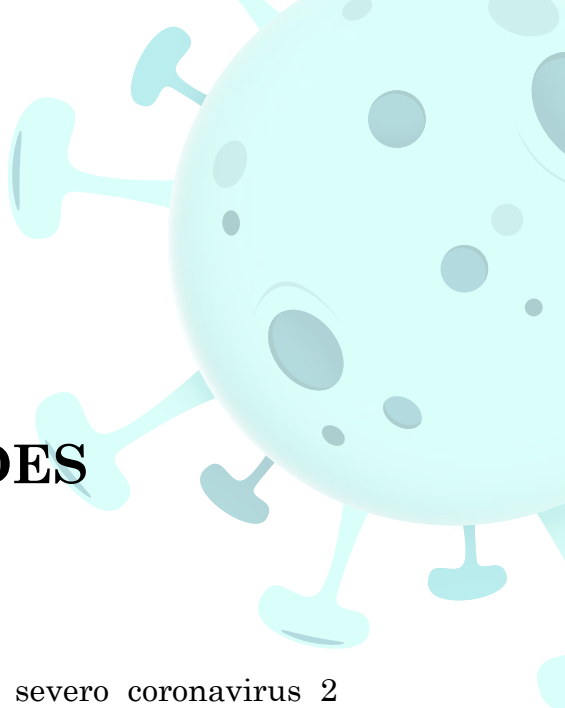
La crisis sanitaria generada por la Enfermedad Sars-COV-2/Covid-19, la marcada morbilidad, mortalidad y letalidad de la patología, así como la prestación de los servicios de salud y las tecnologías utilizadas, muestran un papel determinante en los desenlaces de los casos patológicos. Comprender la evolución del coronavirus en Colombia y demás países del mundo, conforme con la vulnerabilidad poblacional, se hace de vital importancia dadas las diferencias en las condiciones de atención de la enfermedad pandémica en los territorios.

El propósito de este análisis ha sido examinar la morbilidad, letalidad, mortalidad y tiempos de supervivencia

del coronavirus. En aquel entorno, para defender la salud humana se tienen que aceptar comportamientos de bioseguridad, entendida como el grupo de medidas preventivas que tener por objeto remover o reducir el componente de peligro biológico que logre llegar a perjudicar la salud, el medioambiente o la vida de los individuos, asegurando que el desarrollo o producto final de estos métodos no atenten contra la salud y estabilidad de los trabajadores.

Es importante tener presente que se necesitan más estudios para comprender cómo actúa el Sars-COV-2 en los diferentes pacientes que sitúan por grupo etario, comorbilidades y presentación clínica que van desde los asintomáticos hasta el deterioro máximo de la enfermedad que lleva a los pacientes a requerir ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos.

En la atención de pacientes infectados con Sars-COV-2, productor de covid-19 mayores de 60 años de edad que hacen parte de la estrategia +60 (hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar restrictiva crónica, infecciones respiratorias agudas, enfermedad renal crónica, VIH) y pacientes en estado de gestación, se estableció el presente protocolo que pretende actualizar al personal médico y paramédico, de la Secretaría de Salud del distrito de Barranquilla, sobre las directrices y recomendaciones actuales, provisionales y dinámicas, para la evaluación, diagnóstico y manejo de pacientes sospechosos o confirmados, y sean afiliados o beneficiarios del régimen contributivo, subsidiado o desplazados y se incluye también el correcto seguimiento de los contactos de esos pacientes.



3. GENERALIDADES

El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 llamado así por su sigla Sars-COV-2, es causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19). Su detección por primera vez se dio en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, en la provincia china de Hubei, en pacientes fallecidos por neumonía atípica. Mientras que en Colombia el 6 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) confirmó el primer caso positivo. A partir del 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró al Covid-19 como una pandemia y al 6 de marzo de 2022 se observa la notificación en todo el mundo de más de 440 millones de casos confirmados y poco más de 6 millones de muertes (2).

Con respecto a la secuenciación del virus, la primera secuencia del genoma completo del Sars-COV-2 fue publicada el 5 de enero de 2020 por Wu F. *et al* (2020), y desde entonces, el análisis de secuencias virales a nivel mundial ha sido continuo, con más de 2,5 millones de

genomas completos, lo que permite mostrar la variabilidad genética significativa del virus Sars-COV-2 a partir de la acumulación de mutaciones evidenciadas hasta hoy (2).

Aunque originalmente la enfermedad Covid-19 fue descrita como una “neumonía atópica”, prontamente se identificaron manifestaciones extra-pulmonares, especialmente en pacientes con comorbilidades.

En parte, muchas de las características fisiopatológicas desencadenadas por este virus se deben a que su punto de entrada es la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2), esencial del sistema renina-angiotensina (SRA). Adicionalmente, situaciones preexistentes, como enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes u obesidad, predisponen a un peor pronóstico (2).

3.1 MICROBIOLOGÍA

Los coronavirus se clasifican en 4 grupos llamados α , β , γ , δ , y las especies que infectan a los humanos son por lo menos siete (4):

» **De la familia α :** HCoV-229E y HCoV-NL63

Los HCoV infectan las vías respiratorias altas de niños y adultos, y llevan al desarrollo de infecciones respiratorias leves estacionales anuales.

» **De la familia β :** HCoVHKU1, HCoV-OC43, SARS, MERS y Sars-COV-2.

Sars-COV-2 usa el mismo mecanismo de infección que otros coronavirus, basado en el reconocimiento de un receptor celular ECA2 por parte de la proteína S.

Diversas condiciones pre-existentes son consideradas comorbilidades de la enfermedad Covid-19 debido a que comparten aspectos fisiopatológicos con el cuadro clínico desarrollado por el virus.

- El sistema renina-angiotensina
- Afectación del sistema respiratorio
- Efecto de la infección sobre el sistema cardiovascular
- Efecto de la infección sobre el sistema endocrino
- Efecto de la infección sobre el sistema digestivo
- Afectación del sistema nervioso central
- Efectos de la infección en la cavidad oral y consecuencias estomatológicas.

» **La estructura del coronavirus:**

El Sars-COV-2, conocido así por las espículas presentes en su cápside que forman una especie de corona alrededor de su superficie, es un virus de ARN monocatenario y polaridad positiva de entre 26 y 32 kilobases de longitud; es un virus envuelto y con una nucleocápside de simetría helicoidal, perteneciente a la familia Coronaviridae. Actualmente, se conocen 4 géneros derivados de la familia principal: alfa-coronavirus, beta-coronavirus, gamma-co-

ronavirus y delta-coronavirus. Se sabe que los géneros alfa y beta-CoV pueden infectar humanos mientras que los otros dos géneros solo infectan aves.

- Las proteínas de Sars-COV-2 incluyen proteínas tipo espícula (S), envoltura de membrana (E) y nucleocápside (N). Particularmente, en el Sars-COV-2, el reconocimiento por parte del receptor de la célula hospedadora se lleva a cabo vía endosoma mediante un dominio de unión que dirige la adherencia del virus al receptor celular, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA- 2).
- El ciclo infeccioso de Sars-COV-2 inicia con la entrada endosomal del virus a la célula hospedadora mediante la interacción del dominio S1 de la proteína S con receptores ECA-2 presente principalmente en neumocitos y enterocitos del sistema respiratorio.

Una vez que ingresa el virus pierde su envoltura y el genoma viral se libera en el citoplasma traducándose en poliproteínas virales de replicasa pp1a y 1ab, que luego se dividen en pequeños productos mediante proteinasas virales.

3.2 CUADRO CLÍNICO Y CLASIFICACIÓN

La enfermedad Covid-19 tiene diversas manifestaciones en su presentación, predominando la parte respiratoria. Inicialmente el cuadro es indistinguible de un resfriado común, un porcentaje importante evoluciona como tal

pero entre un 10 a un 15 % pueden presentar complicaciones a nivel pulmonar lo cual es la principal causa de manejo intrahospitalario. Entre un 2 y 5 % de los casos, cursan con una insuficiencia respiratoria que amerita oxígeno suplementario y algunos soportes con ventilación mecánica (unidad de cuidados intensivos - UCI) (4).

Para una evaluación objetiva se han venido utilizando puntajes para estratificación del riesgo; los principales son el News 2 Score y el Call Score.

El primer instrumento denominado, Escala Nacional de Advertencia Temprana (National Early Warning Score, NEWS) se basa en un sistema de puntuación ponderada agregada para su uso en adultos (mayores de 16 años) la cual crea un sistema de calificación con los siguientes parámetros: frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial sistólica, frecuencia cardíaca y estado de alerta. Lo anterior con el objetivo de estandarizar la detección y brindar tratamiento temprano a pacientes críticos (5).

En 2017, el Real Colegio de Médicos (Royal College of Physicians, RCP) publicó una actualización denominada NEWS 2, la cual se presenta a continuación (Tabla 1).

Recomendaciones y plan de manejo
para paciente confirmado y sospechoso **Covid-19**

Tabla 1. Escala de advertencia temprana
NEWS 2 (National Early Warning Score 2)

Parámetro fisiológico	Escala						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO ₂)	≤ 91	92-93	94-95	≤ 96			
SpO ₂ en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≤ 93 sin O ₂	93-94 con O ₂	95-96 con O ₂	≥ 97 con O ₂
¿Oxígeno suplementario?		Sí		Aire ambiente			≥ 220
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			C, V, D, I
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Fuente: Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017.

Por otro lado, se propone el Call Score (6), el cual es un modelo compuesto por cuatro variables que puede predecir el riesgo de progresión de la Covid-19. (Tabla 2).

Tabla 2. Puntuación CALL: modelo pronóstico de riesgo de progresión de la Covid-19

CALL SCORE	
Variable	Puntuación
Comorbilidad	
SI	4
NO	1
Edad (años)	
≤60	1
>60	3
Linfocitos (x10⁹/L)	
>1	1
≤1,0	3
LDH sérico	
>250	1
250-500	2
>500	3

La puntuación CALL permite estratificar a los pacientes en tres niveles de riesgo de evolución a las formas graves de la enfermedad:

- » **Bajo riesgo:** menos del 10 % de probabilidad de progresión a la gravedad, entre 1 y 4 puntos.
- » **Riesgo intermedio:** 10 a 40 % de probabilidad de progresión a la gravedad, 5-6 puntos.
- » **Alto riesgo:** más del 40 % de probabilidad de progresión a la gravedad, 7 o más puntos.

3.3 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se puede hacer de manera directa con el cultivo del virus en laboratorios especializados nivel 4, especialmente en el ámbito de la investigación. A nivel de la práctica clínica, el diagnóstico por intermedio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una prueba molecular que identifica las secuencias genómicas del virus y además, se cuenta con pruebas de ELISA e inmunoluminiscencia para la detección del antígeno, estos aplicados en el ámbito hospitalario. Por último se encuentran las pruebas rápidas, que utilizan una tecnología de flujo lateral que también permiten identificar el antígeno (4).

De manera indirecta, se puede diagnosticar por medio de los anticuerpos inmunoglobulina M (IGM) que resultan positivas a partir del séptimo día del contacto. Luego de

diez días, la inmunoglobulina (IGG) se hace positiva, permaneciendo por lo menos tres meses.

3.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Todos los procesos infecciosos respiratorios, tales como bronquitis, rinitis y neumonías, se deben descartar ante un paciente con manifestaciones de fiebre, tos y rinorrea. Para un porcentaje cercano al 25 - 30 % solo la manifestación puede ser dolor de garganta y fiebre, por lo que se debe examinar las amígdalas para descartar inflamación de estas. Otro porcentaje solo puede presentar fiebre, y por estar en zona endémica se requiere descartar un dengue (7).

3.5 TRATAMIENTO

Al ser esta una patología nueva, no se tenía un conocimiento sobre ella, por lo tanto, a medida que se fueron aclarando síntomas, comenzaron a utilizar diversos esquemas entre los que causaron muchas polémicas, pero con la llegada de la vacuna prácticamente el 80 % de los pacientes actualmente son leves y se manejan de manera asintomática; es decir, con acetaminofén para la fiebre, antitusivos, y en algunos casos antihistamínicos.

En los casos complicados, se manejan dentro de un ambiente hospitalario, fundamentalmente con medidas de soporte y uso de medicamentos antivirales Monupiravil de reciente aprobación en el territorio colombiano. Existen otros tales como (Remdesivir, anticuerpos

monoclonales) los cuales no se encuentran aprobados en nuestro país.

Los casos críticos deben ser manejados por personal profesional entrenado en cuidados intensivos y equipo multidisciplinar.

La conducta para la paciente gestante, no difiere de los tratamientos explicados anteriormente. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la condición tanto de la gestante como del fruto que determinará la conducta para la terminación del embarazo.

Según la guía de la WCPT, 2020, los síntomas de la Covid-19 pueden variar desde enfermedad leve hasta neumonía. Algunas personas tendrán síntomas leves y se recuperarán con facilidad de manera domiciliaria, mientras que otras pueden desarrollar insuficiencia respiratoria y llegar a convertirse en pacientes críticos que ingresan a UCI (8).

Por este motivo es muy probable que los fisioterapeutas ubicados en centros de atención primaria de salud acaben participando directamente en el tratamiento de pacientes ingresados con diagnóstico confirmado y/o sospechoso de dicha patología. En específico, la fisioterapia cardiorrespiratoria se centra en el tratamiento de afecciones respiratorias agudas y crónicas con el objetivo principal de alcanzar la recuperación física tras la enfermedad aguda.

La fisioterapia ofrece una variedad de beneficios para el tratamiento respiratorio y la rehabilitación física de pacientes diagnosticados con el virus Sars-COV-2. Así mismo puede estar indicada si los pacientes hospitalarios presentan secreciones abundantes de las vías respiratorias que no pueden eliminar de forma independiente. Es importante destacar que esto debe ser evaluado caso a caso y las intervenciones aplicadas deben establecerse en función de los indicadores clínicos donde también los pacientes con alto riesgo pueden beneficiarse.

Los fisioterapeutas que ejercen su función en el ámbito de la UCI también poseen la destreza de realizar técnicas de drenaje de secreciones para pacientes ventilados que evidencian signos de drenaje inadecuado de vías respiratorias, y ayudan en el manejo postural de los pacientes con insuficiencia respiratoria grave asociada con Covid-19, incluido se plantea el uso de la posición prona para optimizar la oxigenación. De esta manera proporciona intervenciones a través de movilizaciones, prescripción del ejercicio terapéutico y programas de rehabilitación para personas que superan la enfermedad crónica asociada con Covid-19 con el objetivo de autorizar el retorno al hogar de manera funcional.

RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON COVID DADAS POR LA WCPT, 2021 (8,9)

Es importante que antes de recomendar la actividad física como intervenciones de rehabilitación para las personas

que padecen Covid persistente, es necesario examinar a los pacientes afectados para detectar el malestar post esfuerzo a través de un seguimiento minucioso de los signos clínicos y síntomas tanto durante, como en los días posteriores a la realización de actividad física, con un seguimiento continuo en respuesta a la intervención.

Así mismo es necesario descartar que el paciente presente enfermedades cardíacas antes de implementar un programa de actividad física, se debe realizar un seguimiento continuo para el posible desarrollo tardío de la disfunción cardíaca cuando se inician las intervenciones en pro de mejorar la capacidad funcional del paciente.

Existen otros factores que es fundamental descartar antes de recomendar la actividad física como intervenciones de rehabilitación para las personas que padecen Covid persistente, como es el caso de la desaturación de oxígeno causada por un esfuerzo; antes de implementar la actividad física se debe realizar un seguimiento continuo de los signos que indican una disminución en la saturación de oxígeno en respuesta a las intervenciones de actividad física.

Por otra parte, se deberá examinar a los individuos para detectar una posible disfunción del sistema nervioso autónomo, junto con la realización de un seguimiento minucioso de los signos clínicos y síntomas de intolerancia ortostática en respuesta a las intervenciones de actividad física para mejorar directamente la calidad de vida del paciente y su reintegro a las actividades cotidianas.

3.6 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

En cuanto a las estrategias de prevención propuestas en la actualidad para el Covid-19, cabe resaltar que al inicio de la pandemia se plantearon muchas, las cuales a medida que fueron probándose en el campo científico se descartaron de su uso. Por ejemplo, el uso de tapetes desinfectantes, la desinfección de productos o materiales traídos de la calle al hogar hasta medidas preventivas que pusieron en riesgo la salud humana como el uso de ivermectina o de dióxido de cloro como profilácticos virales. En la actualidad, la utilización de mascarillas en la población general como medida de prevención para el Covid-19 aún es heterogéneo y varía la normativa según algunos países.

Por ejemplo, países como Estados Unidos y entes internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), aconsejan el uso de mascarillas en personas sintomáticas o que estén expuestas a personas infectadas. Sin embargo, otros países como Japón, Irán y Hong Kong también consideran a la exposición a espacios cerrados, mal ventilados o concurridos como criterio para recomendar del uso de mascarillas en personas sanas. China, por su parte, incita el uso de mascarillas, incluso para la población de bajo riesgo (adultos mayores, inmunosuprimidos).

La evidencia que respalda su uso en la población general está basada en estudios que evaluaron sus potencialidades preventivas ante patógenos similares como los

coronavirus estacionales o el virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo. Por otro lado, estudios basados en modelos matemáticos sugieren que el uso generalizado de mascarillas puede reducir la transmisión comunitaria de este nuevo coronavirus (10).

En Colombia bajo el Decreto 655 de 2022, el cual tiene por objeto regular la fase de Aislamiento Selectivo, Distanciamiento Individual Responsable y Reactivación Económica Segura, que regirá en la República de Colombia, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus Covid-19, se expone que se autoriza retirar el uso obligatorio del tapabocas en espacios abiertos al aire libre para los municipios con una cobertura de vacunación mayor al 70 % con esquemas completos de acuerdo con la reglamentación que sobre el particular expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se autoriza retirar el uso obligatorio del tapabocas en espacios cerrados con excepción de los servicios de salud, los hogares geriátricos y el transporte de personas en todas sus modalidades, para los municipios con una cobertura de vacunación mayor al 70 % con esquemas completos y al menos el 40 % de las dosis de refuerzo, de acuerdo con la reglamentación que sobre el particular expida el Ministerio de Salud y Protección Social (11).

Un estudio preliminar mostró que el lavado de manos y la higiene respiratoria pueden mitigar la propagación de coronavirus estacionarios, los cuales poseen mecanismos

de transmisión similares a los utilizados por el Covid-19 (12).

Asimismo, se ha comprobado que medidas simples como el lavado de manos son efectivas para reducir la transmisión de virus respiratorios. Debido a ello, se recomienda un frecuente lavado de manos con agua y jabón, donde cada sesión debe durar al menos 20 segundos, o en su defecto utilizar algún desinfectante que contenga al menos un 60 % de alcohol (13).

Asimismo, se expone que en el caso del personal de salud o cuidadores de un paciente infectado se recomienda practicar el lavado de manos bajo los 5 momentos promovidos por la OMS: antes de tocar al paciente, antes de realizar un procedimiento de limpieza o desinfección, después de tocar al paciente, después de haber estado expuesto a fluidos corporales del paciente y después de tocar los alrededores cercanos a este (14).

Otros estudios proponen la importancia de las medidas de ventilación y control en espacios cerrados, exponiendo que la transmisión aérea del Sars-COV-2 debe ser tomada en cuenta, debiéndose propiciar una mejora de la ventilación y evitar la aglomeración de gente en espacios cerrados, como puede ocurrir en oficinas de bancos, negocios, salas de reuniones, salas de espera, minimizando la posibilidad de exposición y posterior contagio.

Por esto se mantiene la recomendación de la ventilación adecuada de ambientes y evitar aglomeraciones como

medidas a tomar en cuenta para el reinicio de actividades luego del confinamiento obligatorio con el fin de evitar no solo la propagación del Covid-19 sino también de otras infecciones respiratorias agudas.

En cuanto a las estrategias de protección de los profesionales de salud, el personal asistencial y técnico los estudios exponen que necesitan mantener medidas de prevención adicionales a las adoptadas por la población en general.

En particular, evitar la realización de procedimientos que generen aerosoles y que incrementen aún más el riesgo de contagio. Estos incluyen la intubación traqueal, ventilación no invasiva, traqueotomía, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la intubación y broncoscopia, los cuales están asociados con una mayor transmisión de coronavirus.

El cumplimiento de los protocolos de bioseguridad es esencial, ya que son las únicas medidas eficientes para hacer frente a esta pandemia; tanto el lavado de manos como el uso de barreras de protección personal, como guantes, mascarillas, bata desechable, lentes de protección, botas, máscaras faciales son eficientes para minimizar contagios y evitar la propagación del virus. Estos protocolos deben ser cumplidos por el personal de salud, por todos aquellos que entren en contacto con pacientes que den positivo para Covid-19 o que tengan bajo su cuidado a pacientes de riesgo y adultos mayores. (15).

Sin embargo, para la población en general como medida preventiva actual lo que prima es la vacunación contra la infección por Sars-COV-2, para lo cual se tienen como vacunas autorizadas (Oxford-AstraZeneca, Pfizer-BioNtech, Sputnik V, CanSino y SinoVac, Janssen de Johnson & Johnson) las cuales han demostrado ser efectivas y seguras.

Estas vacunas contra Covid-19 disponibles hasta ahora se administran por vía intramuscular y provocan principalmente una respuesta inmunitaria sistémica, con una protección menos sólida en la mucosa respiratoria superior a la desarrollada después de una infección natural (16).

Un estudio denominado efectividad de las vacunas contra el Covid-19 en Colombia: estudio de cohorte de base poblacional en adultos de 60 años y más realizado por el Ministerio de Salud nacional demostró que la efectividad de las vacunas contra el Covid-19 en las personas en Colombia es del 69,9 % para prevenir la hospitalización que no conlleva a la muerte, del 79,4 % para prevenir la muerte por Covid-19 después de que se presenta la hospitalización y del 74,5 % para prevenir la muerte por Covid-19 entre quienes no fueron hospitalizados. Sin embargo, en la actualidad aún se llevan a cabo estudios que abarquen la población en general para estimar con mayor confiabilidad su efectividad y la dinámica de su aplicación en la población (17).

4. RUTA DE ATENCIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO PARA PACIENTE COVID-19 (CRÍTICO, SEVERO, PRIORITARIO, NO PRIORITARIO)

La ruta se activa a través de dos vías principales; la primera, corresponde a la demanda espontánea de los usuarios de la salud o sus familiares a través de los canales dispuestos por las EAPB y la Secretaría Distrital de Salud. El otro importante acceso corresponde a la estrategia de búsqueda activa +60, para la cual se dispone de la base de datos de las EAPB (caracterización de su población), y de la búsqueda activa de los caminantes de la salud según georreferenciación de la población o prioridades epidemiológicas identificadas en las localidades de Barranquilla.

Se encontraron cuatro rutas de atención a la población objetivo: la Ruta caso crítico, ruta caso urgente, ruta caso prioritario y los casos no prioritarios. Esta ruta apunta a establecer los canales, responsabilidades y acciones necesarias para el cuidado de las personas objetivo de la estrategia (ver ilustración en la página siguiente). Estas rutas de atención se hicieron con base en cuatro cuadros clínicos de los posibles pacientes afectados con Covid-19 de más de 60 años y el direccionamiento de casos para personas entre 50 y 59 años.

Estas rutas se activan o se alternan de acuerdo con los siguientes criterios que incluyen síntomas y comorbilidades.

Tabla 3. Criterios de activación de rutas de atención según síntomas, contactos estrechos con contagiados y comorbilidades

RUTA	EDADES	SÍNTOMAS	COMORBILIDADES	CONTACTO ESTRECHO
CASO CRÍTICO	De 60 o más	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar o siente que le falta el aire/ fatiga • Labios o cara azulados • Dolor y presión intensos y constantes en el pecho • Dificultad extrema para respirar (le falta el aire o no puede hablar sin quedarse sin aliento) • Mareos o aturdimiento intensos y constantes • Desorientación grave (actuar confuso) • Estado inconsciente o mucha dificultad para despertarse • Habla arrastrada o enredada (reciente o que empeora) • Convulsiones • Signos de baja presión arterial (muy débil para estar de pie, aturdimiento, sentir frío, palidez, piel húmeda y pegajosa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Obesidad • Diabetes • Enfermedades respiratorias (EPOC/ ASMA) • Enfermedades del riñón • Enfermedades cardiovasculares (Corazón vasos sanguíneos) <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Condiciones del sistema inmune 	Con o sin contactos estrechos identificados
CASO SEVERO	De 60 o más	<p>Cualquier síntoma diferente a dificultad respiratoria</p> <p>Además puede tener o no:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos • Fiebre mayor a 38 grados o sentirse afiebrado • Escalofríos, náuseas o vómito • Dolor de garganta • Siente dificultad o que no puedes percibir olores y/o sabores actualmente <ul style="list-style-type: none"> • Problemas estomacales/diarrea • Siente malestar intenso que te impide continuar con tus actividades cotidianas • Ha tenido contacto con personas diagnosticadas con Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Obesidad • Diabetes • Enfermedades respiratorias (EPOC/ ASMA) • Enfermedades del riñón • Enfermedades cardiovasculares (Corazón vasos sanguíneos) <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Condiciones del sistema inmune 	Con o sin contactos estrechos identificados

4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19 (crítico, severo, prioritario, no prioritario)

RUTA	EDADES	SÍNTOMAS	COMORBILIDADES	CONTACTO ESTRECHO
CASO PRIORITARIO	De 60 o más	No presenta	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Obesidad • Diabetes • Enfermedades respiratorias (EPOC/ ASMA) • Enfermedades del riñón • Enfermedades cardiovasculares (Corazón vasos sanguíneos) <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Condiciones del sistema inmune 	Con contacto estrecho positivo
CASO NO PRIORITARIO	De 60 o más	No presenta	No presenta	Sin contacto estrecho identificado

Fuente: Estrategia +60

La fuente primaria de reporte de parte de la Estrategia +60 es el reporte de call center a donde llega la información de diferentes fuentes (página web, llamadas entrantes, llamadas salientes, mensajes de texto, entre otros), los cuales tienen un cuestionario que permite hacer la clasificación según el auto-report de los pacientes contactados, además los caminantes de la salud y la operación en campo, los registros por web, y un reporte del seguimiento a un conjunto de positivos que la Oficina de Salud Pública realiza a los positivos al momento de hacer investigación epidemiológica de campo para documentar cada caso positivo.

4.1 RUTA CASO CRÍTICO

Esta ruta está propuesta para pacientes que presentan dificultad respiratoria y tienen síntomas de gravedad, ya que se tenga sospecha o no de Covid. Al respecto se tienen contempladas las siguientes acciones responsables (Tabla 4):

Recomendaciones y plan de manejo
para paciente confirmado y sospechoso **Covid-19**

Tabla 4. Actividades, responsables y tiempos para la ruta de atención crítica

Critero de clasificación	Actividades generales	Responsable	Tiempo de respuesta
Dificultad para respirar o siente que te falta el aire/ fatiga (Según triage Tipo 1)	Persona representante competente para gestionar casos en el CRUE	EPS	24 horas
	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	EPS/ Equipo +60	Inmediato
	Reporte de caso que cumple criterios de caso crítico	EPS/ Equipo +60	Inmediato
	Triage y valoración de la gravedad del paciente (triage 1)	CRUE	Inmediato
	Asignación de ambulancia	CRUE	Inmediato
	Seguimiento, monitoreo y actualización de reporte a enlace +60 de paciente reportado	EPS	Diario
	Atención de emergencias en IPS	IPS / Mired	Inmediato
	Toma de muestra	EPS	Al momento del ingreso y valoración médica
	Notificación de resultado de la muestra	IPS / EPS	Dada según disponibilidad de dato
	Estabilización y dado de alta	IPS / EPS	Diario
	Seguimiento a los pacientes salidos de centro médico	EPS	Diario
	Reporte de evolución y seguimiento del paciente a Estrategia +60	EPS	Diario
Reporte en caso de emergencia al CRUE	EPS	Inmediato	

Fuente: Estrategia +60

4.2 RUTA CASO SEVERO

Esta ruta está propuesta para pacientes que presentan síntomas Covid, así como puede que se tenga o no otras comorbilidades (ver Tabla 5). Al respecto se tienen contempladas las siguientes acciones y responsables:

4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19
(crítico, severo, prioritario, no prioritario)

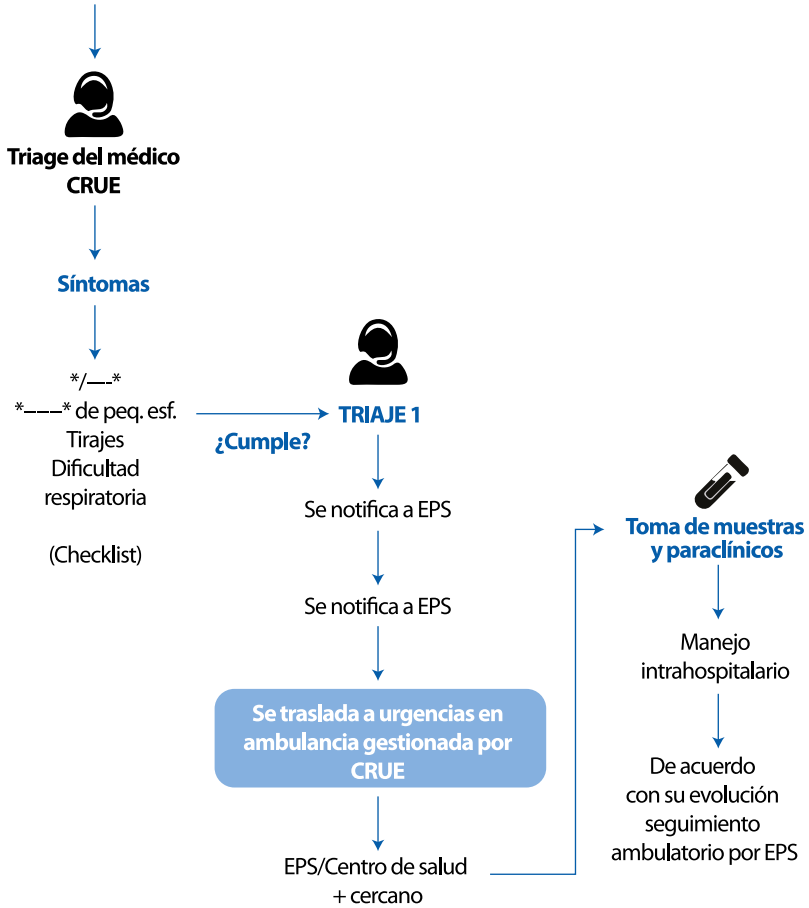
Tabla 5. Actividades, responsables y tiempos para el caso severo

Criterio de clasificación	Estado según valoración	Actividades generales	Responsable	Tiempo de respuesta
Cualquier síntoma diferente a dificultad respiratoria (ver cuadro de criterios), con o sin comorbilidades y/o con o sin contacto estrecho con paciente infectado (Triage tipo 2)	Identificación	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	EPS/ Equipo +60	Inmediato
	Caso crítico	Reporte de caso que cumple criterios caso severo	EPS/ Equipo +60	Inmediato
		Triage y valoración de la gravedad del paciente (trriage 2)	Especialista de la EPS en el CRUE	Inmediato
	Caso severo	Remisión a urgencias (el paciente va por sus propios medios)	EPS	4 - 6 horas luego del reporte
			Mired	8 horas luego del reporte
		Toma de la muestra, exámenes y definición de conducta por cuadro clínico	IPS	4 - 6 horas luego del reporte
		Visita para tratamiento por oxímetros y Kit de acuerdo a la definición del riesgo (según criterio de inclusión)	EPS	48 hora luego del reporte
		Reporte de resultados	EPS	5 días luego del reporte
		Notificación de resultado de la muestra	EPS	Siguiente a la salida del resultado
		Seguimiento diario	EPS	Diario
		Reporte en caso de emergencia al CRUE	EPS	Al momento de ser necesario

Fuente: Estrategia +60

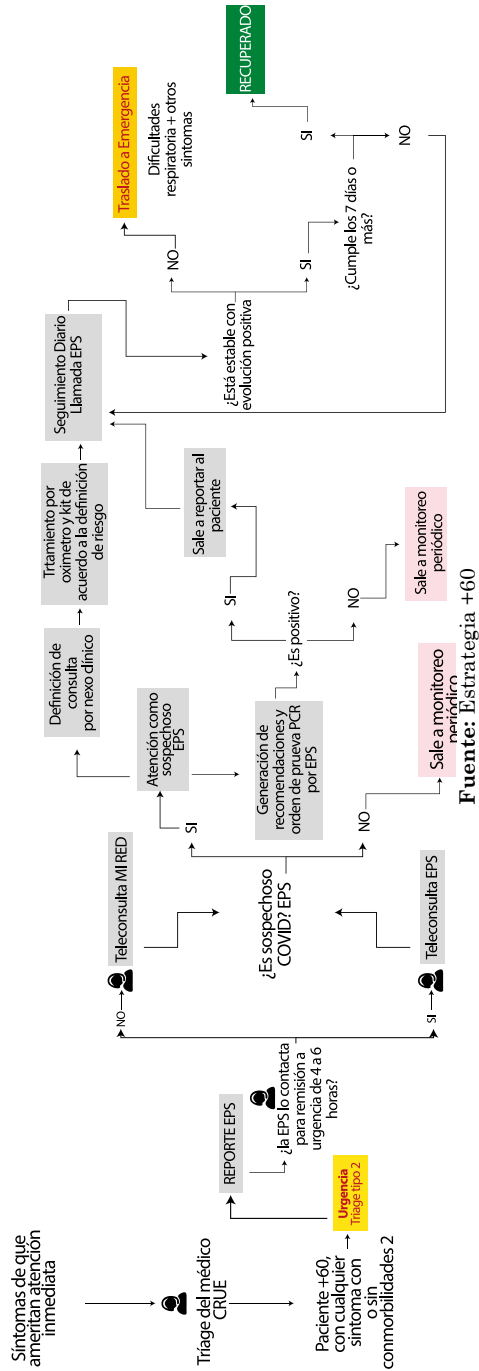
Ilustración 1. Flujograma ruta de caso crítico

ruta de caso crítico



4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19 (crítico, severo, prioritario, no prioritario)

Ilustración 2. Flujograma ruta de caso severo



4.3 RUTA CASO PARA CONSULTA PRIORITARIA

Esta ruta está propuesta para pacientes que no tienen dificultad respiratoria u otros síntomas, con comorbilidades (ver Tabla 6) y que haya tenido contacto con casos positivos estrechos en los últimos 14 días. Al respecto se tienen contempladas las siguientes acciones y responsables:

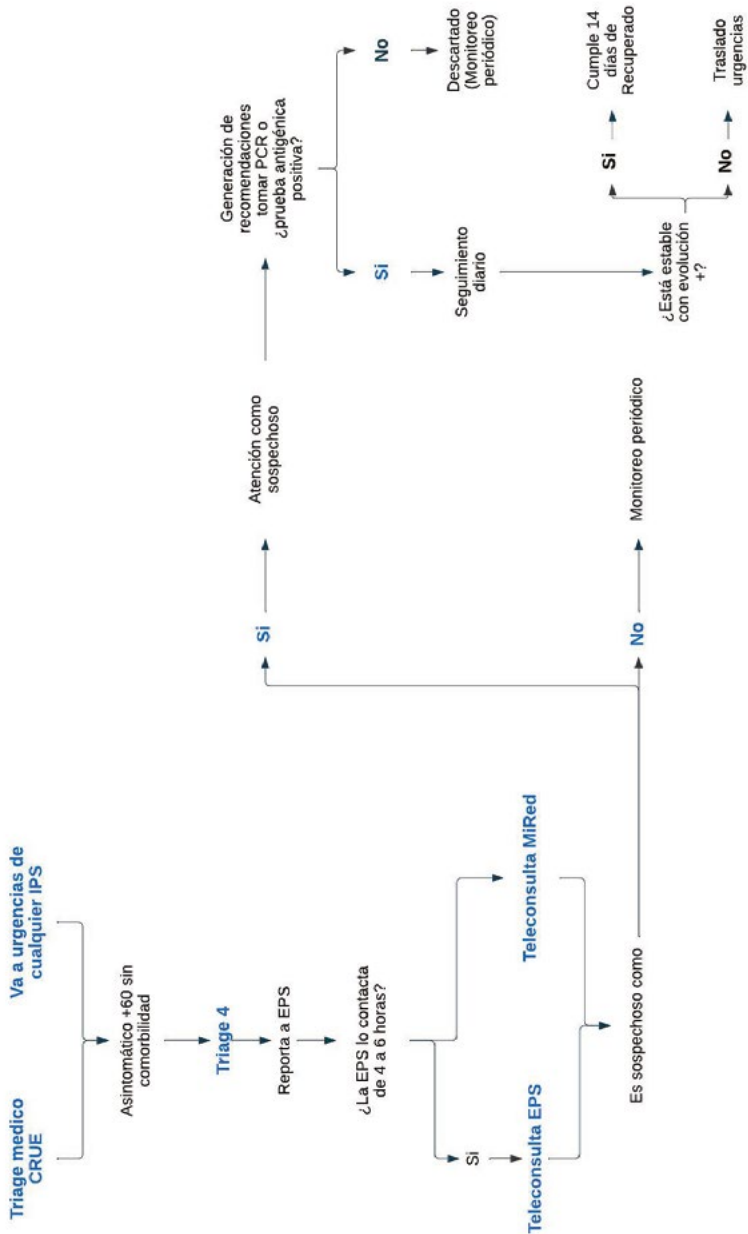
Tabla 6. Actividades, responsables y tiempos para el caso para consulta prioritaria

Criterio de clasificación	Actividades	Responsable	Tiempo de respuesta
Más 60 con comorbilidades, sin síntomas y con contacto estrecho positivo	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	Equipo +60	Inmediato
	Reporte de caso que cumple criterios de caso prioritario	Equipo +60	Al momento de finalizar la llamada
	Teleconsulta	EPS	2 días siguientes al reporte
		Mired	Después de pasados los dos días
	Toma de muestra al paciente	EPS	5 días después del contacto estrecho
	Notificación de resultado de la muestra	EPS	3 días luego de la toma de la muestra
	Seguimiento diario	EPS	Diario

Fuente: Estrategia +60

4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19 (crítico, severo, prioritario, no prioritario)

Ilustración 3. Flujoograma ruta caso para consulta prioritaria



Fuente: Estrategia +60

4.4 RUTA DE CASO NO PRIORITARIO

La última ruta de acción comprende el reporte de personas que no tienen ni síntomas, ni comorbilidades ni ha estado en contacto con personas infectadas. Este conjunto de pacientes se debe pasar a seguimiento periódico (4-5 días).

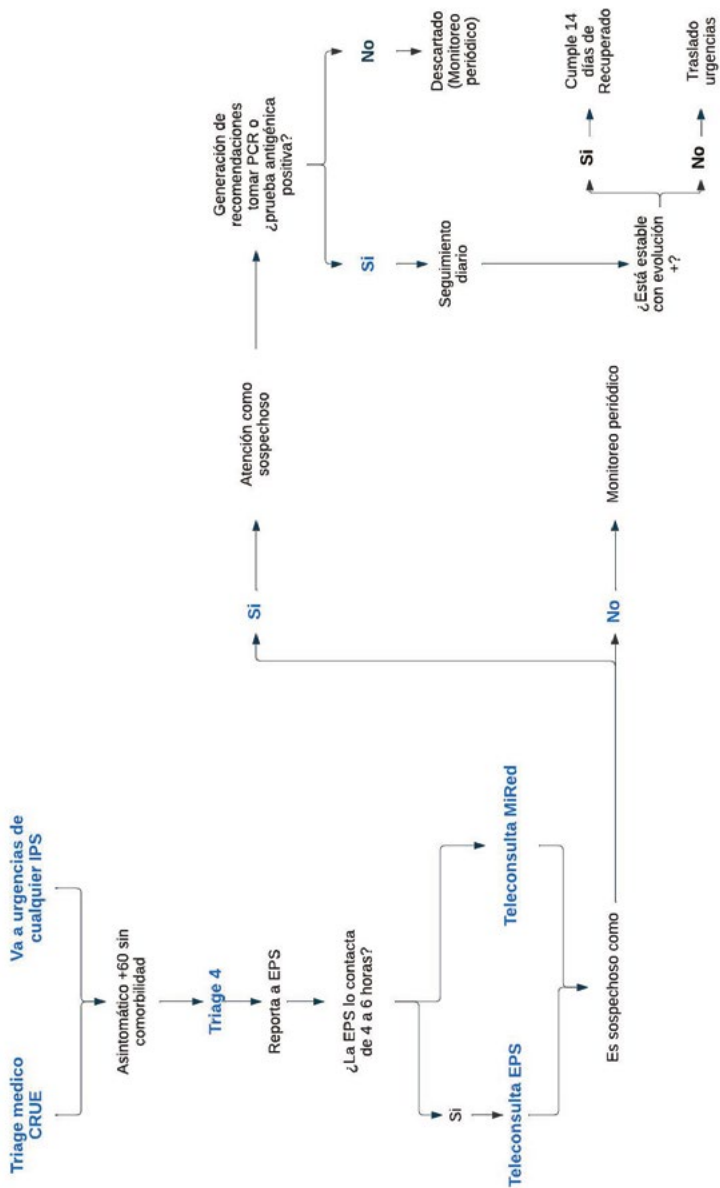
Tabla 7. Pacientes no prioritarios

Actividades	Responsable	Tiempo de respuesta
Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	Equipo +60	Inmediato
Reporte de caso que cumple criterios caso no prioritario	Equipo +60	Al momento de finalizar la llamada
Reporte a Salud Pública del paciente.	Equipo +60	Semanal
Seguimiento periódico	EPS	4-5 días
Reporte en caso de emergencia o urgencia al CRUE	EPS	Al momento de ser identificado

Fuente: Estrategia +60

4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19 (crítico, severo, prioritario, no prioritario)

Ilustración 4. Flujoograma ruta de caso no prioritario



Recomendaciones y plan de manejo
para paciente confirmado y sospechoso **Covid-19**

Tabla 8. Criterios de seguimiento y semáforo de clasificación en ruta caso crítico

Criterio de clasificación	Actividades generales	Responsable	Tiempo de respuesta	Acción de seguimiento	Semáforo		
					Rojo	Amarillo Verde	
Dificultad para respirar o siente que le falta el aire/ fatiga (Según triage Tipo 1)	Persona representante competente para gestionar casos en el CRUE.	EPS	24 horas	Ruta cumplida	Sin acción	No aplica	Cumple ruta
	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	EPS/ Equipo +60	Inmediato				
	Reporte de caso que cumple criterios de urgencias	EPS/ Equipo +60	Inmediato				
	Triage y valoración de la gravedad del paciente (triage 2)	CRUE	Inmediato				
	Asignación de ambulancia	CRUE	Inmediato				
	Seguimiento, monitoreo y actualización de reporte a enlace +60 de paciente reportado	EPS	Diario				
	Atención de emergencias en IPS	EPS / Mired	Inmediato				
	Toma de muestra	EPS	Al momento del ingreso y valoración médica				
	Notificación de resultado de la muestra	IPS / EPS	Dada según disponibilidad de dato				
	Estabilización y dado de alta	IPS / EPS	Diario				
	Seguimiento a los pacientes salidos de centro médico	EPS	Diario				
Reporte de evolución y seguimiento del paciente a Estrategia +60	EPS	Diario					
Reporte en caso de emergencia al CRUE	EPS	Inmediato					

Fuente: Estrategia +60

4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19 (crítico, severo, prioritario, no prioritario)

Tabla 9. Criterios de seguimiento y semáforo de clasificación en ruta caso severo

Criterio de clasificación	Actividades generales	Responsable	Tiempo de respuesta	Acción seguimiento	Semáforo		
					Rojo	Amarillo	Verde
Cualquier sintoma diferente a dificultad respiratoria (ver cuadro de criterios), con o sin comorbilidades y/o con o sin contacto estrecho con paciente infectado (Triage tipo 2)	Persona representante competente para gestionar casos en el CRUE	EPS	Inmediato				
	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	EPS/ Equipo +60	Inmediato				
	Reporte de caso que cumple criterios de urgencias	EPS/ Equipo +60	Inmediato	Triage realizado			Triage realizado
	Triage y valoración de la gravedad del paciente (triage 2)	Especialista de la EPS correspondiente	Inmediato				
	Remisión a urgencias	EPS	4 - 6 horas luego del reporte				
		Mired	8 horas luego del reporte	Agendamiento y teleconsulta realizada			Hasta agendamiento realizado
	Agendamiento de conducta por nexos clínicos según diagnóstico	EPS	4 - 6 horas luego del reporte				
		Mired	8 horas luego del reporte				
	Agendamiento de visita y toma de muestra (según criterio de inclusión)	EPS	24 horas luego del reporte				
		EPS	48 hora luego del reporte	Visita realizada según valoración		Agendamiento de la visita	Visita realizada según valoración
	Toma de muestra y reporte de resultados	EPS	5 días luego del reporte				
	Notificación de resultado de la muestra	EPS	Siguiente a la salida del resultado	Reporte de resultado		Toma de muestra realizada	Reporte de resultado
	Seguimiento diario	EPS	Diario	Seguimiento diario			Seguimiento diario realizado
Reporte en caso de emergencia al CRUE	EPS	Al momento de ser necesario	Reporte realizado			Reporte realizado	

Fuente: Estrategia +60

Recomendaciones y plan de manejo para paciente confirmado y sospechoso **Covid-19**

Tabla 10. Criterios de seguimiento y semáforo de clasificación en ruta caso prioritario

Criterio de clasificación	Actividades	Responsable	Tiempo de respuesta	Acciones de seguimiento	Semáforo					
					Rojo	Amarillo	Verde			
Más 60 con comorbilidades, sin síntomas y con contacto estrecho positivo	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	Equipo +60	Inmediato		Sin acciones	Sin acciones	Muestra tomada	Resultado notificado		
	Reporte de caso que cumple criterios de urgencias	Equipo +60	Al momento de finalizar la llamada							
	Teleconsulta	EPS	2 días siguientes al reporte						Teleconsulta realizada	Teleconsulta realizada
		Mired	después de pasados los dos días							
	Toma de muestra y reporte de resultados	EPS	72 horas después de la teleconsulta						Resultado notificado	
	Notificación de resultado de la muestra	EPS	Dada según disponibilidad de dato							
Seguimiento diario	EPS	Diario	Seguimiento diario realizado		Seguimiento diario realizado					

Fuente: Estrategia +60

4. Ruta de atención y estratificación del riesgo para paciente Covid-19 (crítico, severo, prioritario, no prioritario)

Tabla 11. Criterios de seguimiento y semáforo de clasificación en ruta caso no prioritario

Criterio de clasificación	Actividades	Responsable	Tiempo de respuesta	Acciones de seguimiento	Semáforo		
					Rojo	Amarillo	Verde
Más 60 sin comorbilidades, sin síntomas y sin contactos estrechos de infectados conocido	Identificación en campo, registro web, voz a voz o por llamadas	Equipo +60	Inmediato				
	Reporte de caso que cumple criterios de urgencias	Equipo +60	Al momento de finalizar la llamada				
	Seguimiento periódico	EPS	4-5 días	Seguimiento periódico realizado	Sin acciones		Seguimiento realizado
	Reporte en caso de emergencia o urgencia al CRUE	EPS	Al momento de ser identificado	Reporte realizado	Sin acciones		Reporte realizado

Fuente: Estrategia +60



5. CLÍNICA DEL PACIENTE COVID PROLONGADO

Se conoce como Covid prolongado, la persistencia de algunos síntomas posterior a los dos meses de iniciado el cuadro. Los órganos más afectados son: cerebro, corazón, pulmón y sistema osteomuscular, aunque pueden darse síntomas en cualquier otro órgano. Por ser algo nuevo en nuestro sistema de salud, debemos estar atentos en buscar siempre el antecedente del Covid y hacer la línea de tiempo, para integrar el diagnóstico de estos pacientes, con el fin de hacerle seguimiento exhaustivo.

Otros autores como Carod-Artal (18) proponen que el síndrome post-Covid-19 se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la Covid-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo, además indica qué síntomas pueden fluctuar o causar brotes.

Por tanto, se ha dicho que la Covid-19 no es solo una enfermedad respiratoria de dos semanas, sino que puede persistir durante meses, lo que da relevancia a esta patología secundaria y la sustenta a través de un código

en la Clasificación Internacional de Enfermedades y ha sido designado como el síndrome poscovid (19).

La sintomatología afecta, principalmente los pulmones, el corazón, el hígado y el cerebro, aunque también puede comprometer otros órganos y sistemas y dentro de los signos y síntomas figuran la fatiga o decaimiento general, debilidad muscular (sobre todo en las piernas), tos (generalmente seca, con o sin dolor en el pecho), persistencia en la falta de gusto y olfato, dificultad en la atención y memoria, episodios de angustia y ansiedad, taquicardia (acompañada o no de dificultad para respirar), hasta cuadros complejos de coágulos en órganos como riñón, hígado, vasos sanguíneos de las piernas y cerebro, encefalitis, convulsiones y cuadros de parálisis muscular (20).

Con respecto a la afectación de la salud mental por Covid-19 se ha propuesto que las manifestaciones psiquiátricas también persisten en la fase crónica. Estudios como el realizado por Rogers *et al* (21) concluye que el estrés postraumático es muy prevalente en la fase aguda (32 %), seguido de los déficits de memoria (19 %), la irritabilidad (12,8 %), la ansiedad (12,3 %), el insomnio (12 %) y la depresión (19,5 %). Mientras que para la fase de convalecencia o recuperación, el estudio mostró que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático era del 32,2 %; de la depresión, del 14,9 %; y de los trastornos de ansiedad, del 14,8 %.

Sin embargo, desde el punto de vista asistencial se recomienda que los pacientes que han tenido Covid-19,

sean sometidos a una evaluación exhaustiva con enfoque multidisciplinario, que permita identificar la presencia de secuelas por la enfermedad al tener variables como el tiempo de hospitalización, la medicación recibida y el estado de enfermedades crónicas previo a la infección, con el fin de determinar las secuelas atribuibles a la enfermedad.

Sin embargo, algunas variables aún son limitadas y es incierto el futuro de los pacientes recuperados de Covid-19; pero queda claro que la persistencia de manifestaciones clínicas está presente y es diferente en su magnitud e impacto en la salud del paciente, lo que se comienza a ver reflejado como motivo de consulta frecuente en los centros y prácticas de la Atención Primaria en Salud.

La pandemia del covid-19 llegó a todos los lugares como antes nunca había sucedido, evidenciando las debilidades de los sistemas de salud del mundo ocasionando miles de muertes, sin prácticamente poder hacer mayor cosa para evitarlo por lo cual se generó activación de planes y estrategias que propendieran por el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas. Siendo una situación sanitaria compleja, se requirió establecer medidas de control, pruebas para el diagnóstico, manejo terapéutico y de rehabilitación que orientaran las decisiones individuales y colectivas a nivel poblacional. Dada las circunstancias, un equipo interdisciplinar de la Secretaría Distrital de Salud conformado por especialistas en medicina interna, infectología, gineco obstetricia,

urgencia, fisioterapia, enfermería, salubrista público y epidemiólogo llevó a cabo una revisión del tema, a fin de recopilar lo descrito en la evidencia y detallar de manera sistemática y sucinta las recomendaciones y aplicaciones actuales que desde el quehacer disciplinar en un trabajo en conjunto se necesita para el abordaje exitoso de esta enfermedad y sus secuelas.

6. CUIDADO DE LA GESTANTE CON COVID-19 Y POST COVID-19

Las mujeres embarazadas no parecen ser más susceptibles a las consecuencias de la infección por la Covid-19 en comparación con la población general; sin embargo, se conoce que durante el embarazo los cambios fisiológicos predisponen a las gestantes a cuadros respiratorios. Lo anterior, asociado a los cambios en la inmunidad pueden ser factores que determinan la evolución de la infección por la Covid-19 (22).

El embarazo se considera un estado inmunológico único. Durante este periodo el sistema inmune materno enfrenta múltiples retos, entre ellos establecer y mantener una tolerancia alogénica con el feto y, al mismo tiempo, preservar su habilidad para protegerse contra distintos agentes microbianos. El estado inmunológico de la madre sufre cambios adaptativos a través de este periodo; pasa de un estado proinflamatorio al inicio del embarazo para beneficiar la implantación y la placentación a un estado antiinflamatorio para beneficiar el crecimiento fetal durante el segundo trimestre y por último, un estado pro

inflamatorio en el momento que se prepara para la labor de parto (23).

El balance entre las citoquinas proinflamatorias y las antiinflamatorias crean un ambiente adecuado para la adaptación materna al antígeno fetal. El efecto antiinflamatorio puede ejercer protección y la Covid-19 podría ser menos severa en esta población (22-24).

Debido a algunos cambios inducidos por la producción hormonal y otros cambios fisiológicos en el embarazo, el sistema respiratorio superior de la mujer tiende a encontrarse edematoso, esto asociado a una expansión pulmonar restringida predispone a la gestante a ser susceptible a ciertos patógenos respiratorios.

El cuadro clínico causado por el Sars-COV-2 puede ir desde síntomas similares a un resfriado común hasta insuficiencia respiratoria grave e incluso la muerte. En la infección materna el periodo de incubación habitual es de 4 a 6 días, pero puede variar entre 2 y 14 días. La infección por Covid-19 puede ser asintomática hasta en el 75 % de las gestantes. Cuando aparecen síntomas, la infección se puede clasificar según la gravedad de la sintomatología respiratoria en leve, moderada y severa (24).

La mayoría de casos sintomáticos durante la gestación presentan una infección leve (85 %). Los síntomas más frecuentes en la gestación son fiebre (40 %) y tos (39 %). Síntomas menos frecuentes son mialgias, disnea,

odinofagia, anosmia, expectoración, cefalea y diarrea. Las alteraciones analíticas más comunes incluyen: leucopenia (sobre todo a expensas de linfopenia, presente en un 35 % de gestantes), elevación de proteína C reactiva (presente en 50 % de gestantes), hipertransaminasemia y proteinuria (23-24).

Aproximadamente un 15 % evolucionan a formas graves. El 4 % de gestantes infectadas puede requerir ingreso en unidad de cuidados intensivos y un 3 % ventilación invasiva.

Parece que la gestación se asocia a un mayor riesgo de infección severa respecto a la población no gestante, especialmente en el tercer trimestre y cuando se asocian los siguientes factores de riesgo: edad materna avanzada, IMC elevado, hipertensión crónica y diabetes pregestacional. Otras comorbilidades a tener en cuenta son: enfermedades cardiopulmonares, renales estadios III-IV, inmunosupresión (trasplantadas, infección VIH <350 CD4, tratamientos inmunosupresores o tratamiento con corticoides equivalentes a >20 mg prednisona durante > 2 semanas). La mortalidad en gestantes se sitúa alrededor del 0,1 %. Las formas graves presentan como complicaciones neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), enfermedad tromboembólica, sobreinfección respiratoria bacteriana, alteraciones cardíacas, encefalitis, sepsis y shock séptico.

Puede usarse la escala SOFA (Sepsis-related, Organ Failure Assessment) para la valoración de la gravedad de la sepsis. Se consideran marcadores analíticos de severidad y con valor pronóstico la LDH, ferritina, tropoina-I y dímero-D. Las formas graves de Covid-19 pueden presentarse como un cuadro de “preeclampsia-like”, con una presentación clínica y analítica muy similar a una preeclampsia grave. Para el diagnóstico diferencial, la determinación de los factores angiogénicos (ratio sFlt-1/PlGF) puede ser de utilidad (24).

Debe tenerse en cuenta que las pacientes con infección por Covid-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico. La identificación temprana de aquellos casos con manifestaciones graves permite la realización de tratamientos de soporte optimizados de manera inmediata y un ingreso (o derivación) seguro y rápido a la unidad de cuidados intermedios/intensivos (22).

Los datos actuales no sugieren un mayor riesgo de aborto o pérdida gestacional precoz en gestantes con Covid-19. No se han descrito defectos congénitos. La principal complicación perinatal asociada al Covid-19 es la prematuridad, con tasas alrededor del 17%, principalmente a expensas de prematuridad iatrogénica. Puede existir afectación placentaria por Sars-COV-2 y alteraciones anatomopatológicas en forma de malperfusión vascular o depósitos de fibrina intervéllosarios, cuyas consecuencias a nivel fetal están aún por determinar. En relación a los neonatos de madres con Covid-19, si bien el

25 % ingresa en una unidad neonatal, no se han encontrado diferencias significativas con otros resultados perinatales hasta el momento. En cuanto al Covid-19 neonatal, un 50 % de los casos presentaron clínica, siendo esta muy similar al cuadro asintomático (22).

6.1. Diagnóstico de la paciente embarazada con Covid-19

El diagnóstico de la Covid-19 en el embarazo está determinado primeramente por la identificación de las manifestaciones clínicas descritas (fiebre, fatiga, mialgias, tos seca y dificultad respiratoria). Una pequeña parte de las pacientes se presentan con congestión nasal, odinofagia y diarrea (23).

El conteo global de glóbulos blancos suele presentarse normal o disminuido en etapas tempranas de la enfermedad y la proteína C reactiva puede estar elevada. Se recomienda que toda embarazada que se presente con evidencia clínica o radiológica de neumonía, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda o fiebre mayor o igual a 37,8 °C con alguno de los siguientes síntomas: tos persistente, descarga o congestión nasal, disnea, odinofagia, o sibilancias deberá ser pesquisada para estudiar si tiene la enfermedad.

Ahora bien, si la paciente se presenta con fiebre aislada, lo que se recomienda en la bibliografía consultada es realizar un hemograma completo y ante la presencia de linfopenia, efectuar el tamizaje por Sars-COV-2.

El diagnóstico de la Covid-19 en gestantes al igual que en pacientes no gestantes se realiza mediante la detección del virus con el RT-PCR en tiempo real. Se deben tomar muestras de saliva con hisopo; de los sistemas respiratorio superior, nasofaríngeo u orofaríngeo, a través del esputo y aspirado endotraqueal o lavado broncopulmonar en caso de ser necesario. En ocasiones se necesita realizar pruebas seriadas para confirmar el diagnóstico, pero si no se logra identificar el ácido nucleico del SARSCoV-2 en 2 muestras separadas por un periodo de 24 horas, se descarta el diagnóstico. También se realizan pruebas serológicas, pero se recomienda solo efectuarlas en caso de que no se disponga de RT-PCR (23).

6.2 TRATAMIENTO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON COVID-19

En casos de infección moderada o grave la recomendación es el ingreso hospitalario en área de aislamiento (idealmente en habitación con presión negativa). Debe tenerse en cuenta que las pacientes con infección por Covid-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico. Por ese motivo es importante la identificación temprana de los casos con manifestaciones potencialmente graves para poder iniciar tratamientos de soporte optimizados de manera inmediata y eventualmente indicar un traslado seguro y rápido a unidades de cuidados intermedios o UCI. La escala de gravedad CURB-65, la escala de ingreso en UCI ATS/IDSA y la escala SOFA pueden usarse como herramientas de ayuda en la indicación de hospitalización como apoyo al criterio clínico (22-25).

Desde el inicio de la pandemia, se han venido estudiando diversas opciones de tratamiento para la Covid-19, pero no se ha recomendado un tratamiento específico.

Las formas graves presentan como complicaciones neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sobreinfección respiratoria bacteriana, alteraciones cardíacas, sepsis y shock séptico, así como complicaciones tromboticas, fibrosis pulmonar y neumonía organizativa. En estos casos se consideran marcadores analíticos pronósticos la ferritina, la troponina-I y el dímero D. La incidencia de casos que requieren hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) o que producen la muerte parece inferior en mujeres que en hombres.

La evaluación inicial (22) incluye:

- Historia clínica y exploración física con presión arterial, saturación de oxígeno en sangre periférica (SpO_2), frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), y/o auscultación pulmonar.
- Radiografía de tórax según la sintomatología y los hallazgos de la exploración física (fiebre, baja SpO_2 , FR elevada, dificultad respiratoria). En caso de realizarse, se utilizarán las medidas habituales de protección fetal (delantal abdominal).
- Análisis de sangre. Hemograma, bioquímica con Na, K, Ca, Mg, proteínas totales, creatinina, perfil hepático con LDH, úrea, PCR, ferritina, dímero D y coagulación.

- Auscultación FCF, monitorización fetal mediante registro cardiotocográfico (RCTG) o ecografía fetal dependiendo de EG y de sintomatología materna con el fin de valorar la viabilidad y/o el bienestar fetal.
- Obtención de muestras respiratorias. Frotis del tracto respiratorio superior –naso-orofaríngeo– (y/o tracto respiratorio inferior –esputo o lavado broncoalveolar–).

6.3 CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

La infección por Covid-19 se puede clasificar según la gravedad de la sintomatología respiratoria en leve, moderada y grave.

- Infección leve. Se define como aquella con síntomas en las vías respiratorias altas (tos, odinofagia y rinorrea) asociada o no a síntomas inespecíficos, como fiebre o dolor muscular, con una puntuación de 0 en la escala CURB-65.
- Infección moderada. Caso con neumonía leve confirmada mediante radiografía de tórax y sin signos de gravedad, SpO₂ basal > 90 %, sin necesidad de vasopresores ni de asistencia ventilatoria, y con puntuación CURB-65 ≤ 1.
- Infección grave. Incluye los siguientes cuadros clínicos:
 - * Neumonía grave. Presencia de uno o más de estos criterios: Fallo ≥ 1 órgano, SpO₂ basal < 90%, FR ≥ 30, necesidad de vasopresores.

- * **Distrés respiratorio.** Presencia de hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos (disnea, tiraje intercostal, uso de musculatura respiratoria accesoria, infiltrados bilaterales en radiografía de tórax) junto a la evidencia de déficit de oxigenación arterial (índice de $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ –si PaO_2 no disponible– o $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$).
- * **Sepsis.** Disfunción orgánica clasificable mediante la escala Sepsis-related, Organ Failure Assessment (SOFA), considerándose grave >2 puntos.
- * **Shock séptico.** Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener $\text{PAM} \geq 65$ mmHg y lactato ≥ 2 mmol/l (18 mg/dl) en ausencia de hipovolemia.

En casos de infección moderada o grave la recomendación es el ingreso hospitalario en área de aislamiento (idealmente en habitación con presión negativa). Debe tenerse en cuenta que las pacientes con infección por Covid-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico. Por ese motivo es importante la identificación temprana de los casos con manifestaciones potencialmente graves para poder iniciar tratamientos de soporte optimizados de manera inmediata y eventualmente indicar un traslado seguro y rápido a unidades de cuidados intermedios o UCI.

6.3.1 Criterios de ingreso a UCI

Igual que en la población general.

6.3.2 Manejo clínico de las gestantes infectadas según gravedad

Gestante con infección leve.

La mayor parte de pacientes con infección leve pueden ser dadas de alta domiciliaria siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Reposo, hidratación adecuada y control de temperatura.
- Antitérmicos (Paracetamol hasta un máximo de 1 g cada 6 h) si precisa.
- Aislamiento domiciliario con medidas de higiene de manos y aislamiento del resto de familiares.
- Durante la temporada de gripe, en gestantes con clínica compatible y sin toma de muestras respiratorias, se recomienda la administración de tratamiento antigripal de forma empírica (Oseltamivir 75 mg cada 12 h durante 5 días).
- Tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en los casos confirmados, durante 10 días.

- Dar indicaciones claras sobre motivos de reconsulta a urgencias (aparición de dificultad respiratoria y/o fiebre alta resistente a antitérmicos).
- Se recomienda programar un seguimiento telefónico para valorar su evolución clínica, a las 24-48 h y a los 7 días, y posterior seguimiento según las recomendaciones especificadas.

Se indicará ingreso en las pacientes que presenten alguna de las siguientes características: fiebre persistente $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ a pesar de antitérmicos, presencia de comorbilidades, radiografía con sospecha de neumonía, criterios de infección grave, eventual analítica con signos de gravedad: PCR $\geq 5\text{ mg/dl}$, linfocitos $< 1.000/\text{mm}^3$ o criterios de ingreso por motivo obstétrico.

6.3.3 Gestantes con criterios de ingreso por Covid-19

Procedimientos diagnósticos en las gestantes que cumplan criterios de ingreso (si no realizados previamente en urgencias)

- Muestras respiratorias. Realizar un frotis nasofaríngeo para confirmación de la infección por Covid-19 mediante PCR. En casos de alta sospecha clínica de infección y PCR negativa en frotis nasofaríngeo, considerar la toma de una muestra del tracto respiratorio inferior (esputo o lavado broncoalveolar).

- Radiografía de tórax. Si se considera necesario también se podrá realizar una TAC torácica o una ecografía pulmonar. Emplear cuando sea necesario medidas de protección fetal (delantal abdominal). La periodicidad de su realización durante el ingreso dependerá de la evolución respiratoria y se repetirá siempre antes del alta domiciliaria.
- Electrocardiograma basal, que debe repetirse a las 48 h si se iniciaran tratamientos que puedan alargar el intervalo QT (p.ej., hidroxiclороquina, azitromicina o lopinavir/ritonavir). Posteriormente se repetirá si se detectan alteraciones en el primer control, en pacientes con trastornos del ritmo y en aquellas con FG < 50 ml/ml.
- Muestra de sangre para hematología, bioquímica, coagulación y marcadores de severidad (ferritina, troponina-I, dímero-D –teniendo en cuenta que este último puede estar incrementado 2-3 veces en el 3^{er}. trimestre de gestación–) y procalcitonina –si se sospecha sobreinfección bacteriana–. Se recomienda asimismo solicitar serologías de VIH, VHB al ingreso. Si la evolución es correcta, la periodicidad de control analítico se establecerá según criterio clínico, repitiéndose siempre antes de decidir el alta.
- RCTG o control de FCF+. En general y si la paciente está estable, cada 48 h, haciendo coincidir los controles con otras pruebas.

- Ecografía obstétrica racionalizada según criterio clínico materno o fetal.

6.3.4 Manejo clínico y tratamiento durante el ingreso

En los casos de infección leve con criterios de ingreso y en aquellos con neumonía leve que cumplan los siguientes criterios: infiltrado unilateral con afectación de un único segmento pulmonar, PCR <5 mg/dl, linfocitos $> 1.000/mm^3$, dímero-D <1.000 ng/ml y LDH normal, la recomendación inicial es realizar únicamente tratamiento sintomático, tromboprolifaxis y vigilancia estrecha (22).

Las pacientes con criterios de ingreso por infección moderada-grave y aquellas con infección leve y comorbilidades requieren monitorización continua de la presión arterial no invasiva (PANI), FC, FR y SpO_2 , así como vigilancia por enfermería especializada. Su seguimiento clínico debe ser realizado por un equipo multidisciplinar formado por médicos especialistas en obstetricia, infecciosas y anestesiología.

Tratamiento en gestantes que cumplen criterios de ingreso. No existe en la actualidad una pauta de tratamiento específica bien establecida para Covid-19. Dado que las pautas de tratamiento se van actualizando a medida que tenemos más conocimiento de la infección, se recomienda consultar las últimas actualizaciones disponibles según la evidencia. La recomendación de tratamiento en nuestro centro no incluye actualmente

lopinavir/ritonavir (100 mg/25 mg), 2 comprimidos/12 h v.o. (7-14 días según evolución clínica). Puede valorarse el uso concomitante de interferón beta 1b (3 dosis de 8 millones de UI a días alternos) solo durante la primera semana desde el inicio de síntomas. Estos tratamientos no están contraindicados durante el embarazo, pero requieren consentimiento para su uso compasivo.

En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana (presencia de infiltrado alveolar y/o procalcitonina elevada), valorar iniciar ceftriaxona 1-2 g/24 h i.v. + teicoplanina 400 mg/12 h 3 dosis y seguir 400 mg/24 h. En los casos más graves puede plantearse iniciar metilprednisolona (con beneficios demostrados en el manejo del SDRA) o tocilizumab (un anticuerpo monoclonal anti-IL6 –una citoquina inflamatoria–). El tratamiento asociado puede ser también remdesivir, un inhibidor de la ARN polimerasa utilizado en el modelo animal, pero hay información sobre su uso en el embarazo en Colombia (22).

Tromboprofilaxis. La infección por Covid-19 se considera factor de riesgo trombótico *per se*. El embarazo y el puerperio aumentan el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) respecto a la población general, por lo que se recomienda administrar tratamiento tromboprolifáctico ajustado por peso a todas las embarazadas con infección por Covid-19 confirmada. Además, se recomienda hacer una anamnesis dirigida a la existencia de otros factores de riesgo de ETV en estas pacientes.

La duración y la dosis de tratamiento tromboprolifáctico están en constante revisión ante la evidencia que van aportando los nuevos datos, por lo que se aconseja consultar guías actualizadas.

Las recomendaciones más recientes son las siguientes:

- Paciente con inicio de síntomas en las últimas 4 semanas:
 - * Gestante con < 4 factores de riesgo trombótico, incluida la infección por Covid-19 como factor de riesgo: HBPM profiláctica durante el ingreso y durante 30 días al alta (10 días en casos de infección leve que no requiere ingreso hospitalario).
 - * Gestante con ≥ 4 factores de riesgo trombótico: HBPM profiláctica durante ingreso, en el resto de la gestación y durante 6 semanas posparto.
 - * Puérpera: HBPM a dosis profiláctica ampliada durante el ingreso. Al alta domiciliaria, HBPM profiláctica durante 6 semanas posparto.

Paciente con inicio de síntomas más allá de 4 semanas antes del ingreso:

- HBPM profiláctica durante el ingreso. Al alta domiciliaria, HBPM según criterios habituales de tromboprolifaxis durante la gestación y el puerperio.

Asimismo, recordar también la importancia de ajustar las dosis de HBPM profiláctica por peso. Estrategia de soporte respiratorio en sala de hospitalización. Debe adaptarse en función de las necesidades clínicas de las pacientes y según los siguientes escalones terapéuticos:

Oxigenoterapia convencional a diferentes concentraciones. Es el primer escalón terapéutico indicado en pacientes que presenten una situación de hipoxemia ($SpO_2 < 90\%$ respirando en aire ambiente). Se ajustará la FiO_2 (partiendo de gafas nasales hasta la utilización de Ventimask al 0,4-40%) para mantener un nivel de oxigenación adecuado ($SpO_2 > 91\%$).

Soporte ventilatorio con sistema CPAP en pacientes con disnea moderada-grave (signos de trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico y/o taquipnea > 30 rpm). Este soporte se iniciará bajo indicación de Anestesiología y estas pacientes requerirán una vigilancia respiratoria continua, mediante el uso de sistemas de telemetría y manteniendo contacto visual con la paciente.

Si estas medidas de soporte no son suficientes, o ante un deterioro respiratorio rápido de la paciente, se recomienda el traslado o ingreso en UCI y eventual valoración de intubación orotraqueal e inicio de ventilación invasiva según criterio de anestesiología e intensivistas.

6.3.5 Criterios de alta hospitalaria por Covid-19

Ante la buena evolución de una paciente, serán considerados criterios de alta hospitalaria cuando haya superado los 7-10 días desde el inicio de síntomas, presente criterios de estabilidad clínica (temperatura, SpO₂ basal \geq 94%, no alteración del estado mental y capacidad para la ingesta oral) y criterios de buena evolución analítica (recuento linfocitario normal o en aumento respecto al valor basal, PCR, ferritina y LDH normales o en descenso).

6.3.6 Pacientes Covid-19+ con criterios de ingreso por motivo obstétrico

Si en una paciente que consulta por motivo obstétrico coinciden síntomas de sospecha habrá que proceder con las medidas de aislamiento y procedimientos diagnósticos y terapéuticos para Covid-19 especificados anteriormente.

Se minimizará el acompañamiento por parte de familiares a un máximo de uno, siempre que este no presente o haya presentado en las últimas 4 semanas signos o síntomas de sospecha de infección, y se usarán las adecuadas medidas de protección (contacto y gotas).

Los procedimientos terapéuticos obstétricos serán los habituales, pero de forma muy racionalizada para el control tanto materno como fetal, teniendo en cuenta que la atención médica y de enfermería se realizará únicamente con el personal indispensable.

En caso de amenaza de parto prematuro en una gestante con infección leve por Covid-19 no está contraindicado el uso de fármacos tocolíticos habituales.

Por otra parte, puede administrarse sulfato de magnesio para neuroprotección fetal según las indicaciones habituales en gestantes con riesgo de parto pretérmino, con adecuada monitorización respiratoria materna.

Un procedimiento obstétrico urgente no será demorado para la obtención de las muestras respiratorias, ni para realizar el protocolo diagnóstico Covid-19. La paciente permanecerá en régimen de aislamiento hasta que se pueda descartar la infección.

En caso confirmado mantendrá el régimen de aislamiento mientras dure el ingreso o hasta la negativización del test diagnóstico (PCR respiratoria).

Maduración pulmonar fetal con corticoides. La evidencia actual sugiere que la administración de corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal no produce efectos perjudiciales maternos en pacientes con infección por Covid-19, aunque existe controversia respecto a que puede alterar el clearance del virus. Por todo ello, cuando se considere su uso, la decisión se tomará de forma consensuada con el especialista en infecciones y el neonatólogo. La indicación de su administración no demorará la necesidad de finalización urgente de la gestación por causa materna.

Tromboprofilaxis durante el ingreso y según los criterios explicados previamente (ver antes, «Manejo clínico y tratamiento durante el ingreso»).

Finalización de la gestación. En una gestante con sospecha o infección por Covid-19 confirmada y clínicamente estable no hay indicación de inducir el parto o realizar una cesárea. De preferencia el parto se debería producir cuando la paciente haya negativizado sus muestras. En caso de requerir la inducción del parto por causa obstétrica, se priorizará el uso de prostaglandinas con dispositivos de liberación continua para minimizar los desplazamientos y las exploraciones de la paciente.

Se han detectado casos de gestantes con infección por Covid-19 que presentan cuadros clínicos «preeclampsia grave/HELLP-like». Ante la aparición de signos y síntomas compatibles debe considerarse el diagnóstico diferencial. El uso de los factores angiogénicos (ratio sFlt-1/PlGF) puede ser de ayuda en estos casos.

6.4 MANEJO DEL PARTO Y OTROS PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS EN PACIENTES COVID-19

En las gestantes Covid-19+ sin criterios de gravedad con inicio espontáneo del parto o con indicación de finalizar la gestación por motivos obstétricos (RPM, gestación prolongada, profilaxis de pérdida de bienestar fetal...) la vía de parto dependerá de las condiciones obstétricas y del estado fetal.

Todo el proceso se debe realizar en una única sala de partos, de preferencia con presión negativa y convertible en quirófano con el objetivo de minimizar eventuales traslados de paciente en caso de necesidad de realización de una cesárea. La paciente debe utilizar mascarilla quirúrgica durante todo el proceso y se debe minimizar al máximo el personal sanitario implicado.

Respecto a las medidas y equipos de protección para los profesionales durante el proceso de parto o cesárea, seguir las recomendaciones expuestas más adelante, en «Equipos de protección individual (EPI) y medidas de prevención durante procedimientos obstétricos».

Las muestras de tejidos (placentas, restos abortivos) de las pacientes con infección confirmada o probable deberán ser consideradas potencialmente infecciosas (categoría B) y trasladadas para estudio, si precisa, con las medidas de protección establecidas según el protocolo de cada centro.

6.4.1 Recomendaciones en caso de parto vaginal

Durante el trabajo de parto se recomienda realizar un control horario de constantes maternas (temperatura, FR y SpO₂) y monitorización cardiotocográfica continua por posible riesgo aumentado de pérdida de bienestar fetal. Aunque no se ha evidenciado la presencia de Sars-COV-2 en secreciones vaginales, no se recomienda la determinación de pH de calota fetal. Así pues, ante un RCTG sospechoso o patológico se indicará la finalización

inmediata de la gestación por la vía más oportuna según las condiciones obstétricas.

Se recomienda minimizar las exploraciones vaginales y las amniotomías. La instrumentación del parto (vacuum, fórceps o espátulas) no está contraindicada y se recomienda con el fin de abreviar el expulsivo según necesidad siguiendo criterios obstétricos. Además, hay que considerar que los pujos pueden verse dificultados por el uso de mascarilla por parte de la paciente.

La analgesia neuroaxial se recomienda para mujeres con sospecha o infección confirmada por Covid-19. No hay evidencia de contraindicación, y la aplicación de estas técnicas puede evitar la necesidad de una anestesia general en caso de urgencia. De esta manera, además, se reduce el potencial riesgo de exposición de los profesionales al virus durante la manipulación de la vía aérea en caso de anestesia general, intubación y extubación. Se debe tener un recuento plaquetario reciente dada la posibilidad de trombocitopenia leve asociada a la infección por Covid-19. No se recomienda el uso de técnicas de analgesia inhalatoria (óxido nítrico) por el elevado riesgo de generación de aerosoles y diseminación aérea del virus.

El acompañamiento durante el proceso de parto de mujeres con infección por Covid-19 probable o confirmada sigue siendo un tema controvertido, ya que en la mayoría de casos los acompañantes suelen ser contactos estrechos

de la paciente. La recomendación actual es que un solo acompañante pueda estar presente, siempre y cuando no presente o haya presentado en las últimas 4 semanas signos o síntomas de sospecha de infección y cumpla con las adecuadas medidas de protección (gorro, bata, guantes, mascarilla quirúrgica).

Respecto al pinzamiento de cordón, se recomienda informar a la gestante que, con la escasa información disponible en la actualidad, para minimizar los riesgos de transmisión madre/hijo no es aconsejable el pinzamiento tardío de cordón. Por tanto, se realizará pinzamiento a los 30 s en gestantes > 34 semanas, y según riesgo-beneficio entre 30-60 s en prematuros < 32 semanas).

Se recomienda no realizar pH AU/VU de cordón de manera sistemática. Solo se indicará en los casos que lo precisen según criterio de neonatología.

De la misma manera, no se recomienda la recogida de huellas de identificación materno-filial con el fin de evitar documentos que puedan actuar como posibles fómites.

Los cuidados del recién nacido (RN) se realizan en la misma sala de parto o quirófano donde se atiende el parto. Deben explicarse a la gestante los beneficios y riesgos potenciales del contacto piel con piel en estos casos según la información actualizada.

Será la gestante quien decida, tras recibir y entender la información del equipo interdisciplinar, la realización

de piel con piel, en cuanto pueda asegurarse una buena colocación madre-hijo (asegurando las medidas preventivas de contagio respiratorio y por gotas, con uso de mascarilla e higiene de manos y piel) en recién nacidos > 34 semanas asintomáticos. Dicha información se hará constar en la historia clínica para poder realizar un adecuado seguimiento de estos RN. En nuestro medio no se contempla la donación de sangre de cordón.

6.4.2 Recomendaciones en caso de cesárea

La realización de cesárea en pacientes con infección por Covid-19 está recomendada cuando exista una indicación por criterios obstétricos, o en casos de situación clínica materna grave o crítica o empeoramiento materno significativo durante el proceso de parto. La anestesia neuroaxial sigue siendo la técnica recomendada para evitar los riesgos asociados a la aerosolización. En gestantes de menos de 34 semanas con infección grave e intubadas habrá que valorar el riesgo-beneficio maternofetal de manera individualizada para la toma de decisiones. Debe tenerse en cuenta que el potencial riesgo de transmisión vertical no es una indicación de cesárea. No se permitirá la presencia de ningún acompañante en el quirófano (26).

6.4.3 Cuidados posparto

La recuperación posparto y postanestésica tras cesárea se realizará en las mismas condiciones de aislamiento, en la misma sala de partos o quirófano y bajo la vigilancia del mismo personal que haya atendido el parto o cesárea.

Respecto a la analgesia posparto, en todos los casos se debe dar preferencia al uso de paracetamol, ya que se han reportado casos de progresión rápida de la enfermedad en adultos bajo tratamiento crónico con ibuprofeno. Aun así, no existen datos confirmados que indiquen que no se deban usar los antiinflamatorios no esteroideos para el tratamiento del dolor postoperatorio en pacientes Covid-19 (26).

En pacientes con infección moderada o grave durante las 4 semanas previas al parto se recomienda el tratamiento con HBPM a dosis ampliadas durante el ingreso hospitalario y profiláctica ajustada por peso durante las 6 semanas posparto, debido a que la infección por Covid-19 se considera factor de riesgo trombótico *per se*. En las que hayan sufrido la infección antes de las 4 semanas previas al parto, la indicación de profilaxis tromboembólica en el puerperio debe realizarse considerando los factores de riesgo habituales.

Seguimiento al alta de las gestantes tras resolución de la infección por Sars-COV-2.

Tras la alta domiciliaria de las gestantes con infección por Covid-19, se recomienda un seguimiento telefónico o telemático de las pacientes para asegurar su buena evolución clínica.

Las visitas rutinarias del embarazo, análisis y ecografías de cribado se pospondrán, a ser posible, hasta la finalización del periodo de aislamiento (4 semanas después

del inicio de los síntomas) o ante la negativización de la PCR. Se recomienda realizar una PCR de comprobación y serología a todas las gestantes asintomáticas que se deban visitar antes de las 6 semanas del inicio de síntomas (ampliable a 8 semanas del inicio de síntomas si han tenido una infección grave, persisten sintomáticas o presentan algún criterio de inmunosupresión). Más allá de las 8 semanas del inicio de la Covid-19 no es necesario realizar frotis de comprobación.

Si es clínicamente necesario un seguimiento antes de las 4 semanas, o cuando la PCR persista positiva, se realizará en la unidad específica correspondiente con las adecuadas medidas de protección.

Debido a la escasa evidencia de los efectos de la infección por Covid-19 sobre el embarazo, se recomienda un seguimiento fetal regular para control del bienestar y crecimiento fetal.

Equipos de protección individual (EPI) y medidas de prevención durante procedimientos obstétricos.

Para la asistencia al parto o cesárea, ante la posibilidad de generación de aerosoles durante el trabajo de parto y la realización de una cesárea, nuestra recomendación es el uso de EPI-B (gafas de protección integrales, doble guante, mascarilla FFP2 o FFP3, gorro y bata impermeable o bata de un solo uso con delantal impermeable encima) para la realización de procedimientos pélvicos (tactos vaginales, sondajes de descarga, amniotomías),

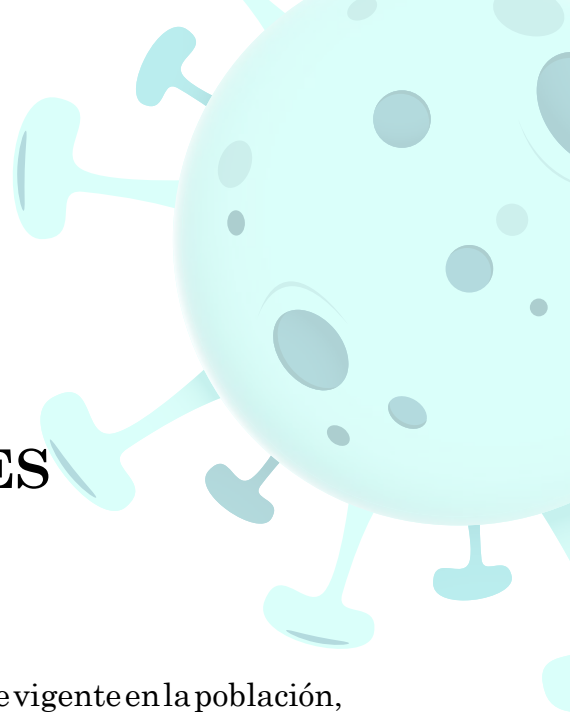
para la realización de procedimientos anestésicos (técnicas neuroaxiales), para la asistencia al expulsivo y en caso de realización de cesárea.

En el resto de situaciones o acciones intraparto que no generen aerosoles o que no requieran la proximidad del paciente a menos de 1,5 m y durante más de 15 min, como por ejemplo los cambios en la dosificación de medicación o la toma de constantes, será suficiente el uso de gafas de protección, guantes, bata de un solo uso y la mascarilla quirúrgica (\pm FFP2).

En cuanto a las exploraciones obstétricas en urgencias, sala de hospitalización o consultas externas, se recomienda el uso de gafas de protección, guantes, bata de un solo uso y la mascarilla quirúrgica (\pm FFP2) para la realización de todos los procedimientos que requieran contacto con la paciente, y de EPI-B para la realización de los procedimientos que impliquen generación de aerosoles (toma de frotis respiratorio, asistencia respiratoria) o que impliquen contacto a menos de 1,5 m y durante más de 15 min con la paciente (higiene, colocación de sondas o catéteres, realización de curas...).

6.4.4 Cribado de Covid-19 preingreso programado

En el entorno de pandemia se recomienda, siempre que sea posible y de acuerdo con las recomendaciones locales, la realización de cribado de infección Covid-19 en pacientes que requieran ingreso, dado que su potencial aislamiento limita la contención de la difusión de la enfermedad y mejora la protección de pacientes y profesionales (22-26).



7. CONCLUSIONES

La infección por Covid-19 aún sigue vigente en la población, a pesar de que la vacunación haya permitido disminuir la aparición de nuevos casos, el virus permanece con una baja incidencia en comparación a periodos anteriores donde no se contaba con datos suficientes y reales para la toma de decisiones.

Por lo que muchas de las acciones llevadas a cabo durante los picos epidemiológicos se generaron a través de modelos matemáticos de la enfermedad que a pesar de que no sustituían la vigilancia epidemiológica sistemática en el terreno, permitieron a los entes territoriales, EAPB e IPS acelerar los procesos y organizar su recurso para guiar las acciones en la atención de los pacientes.

Por consiguiente, la presentación de los riesgos médicos no es lo único evidente, el impacto psicológico y social de esta pandemia también fue y esto ligado a la afectación socioeconómica de los hogares, las industrias y la sociedad en general, que se acompaña de una carga de la enfer-

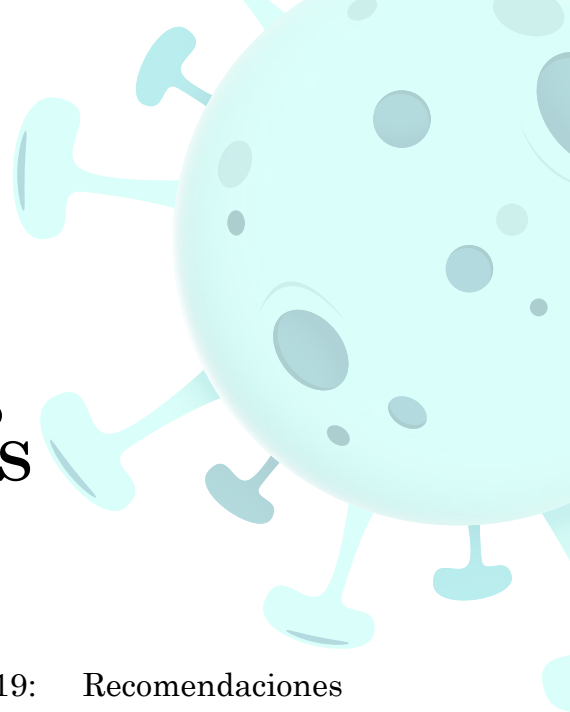
medad vivenciada en lo agudo y también en lo crónico, como se expone en el síndrome de Covid-19 prolongado.

Asimismo, esta guía nos permite entender, que se hace necesario también aumentar sustancialmente la inversión en ciencia, tecnología e innovación, condición indispensable para que la inteligencia y los sucesos académicos se incorporen en la transformación de los procesos productivos y agregue el valor indispensable para diversificar las opciones frente a emergencias sanitarias como la generada por este virus.

Las condiciones para la atención desde el ambulatorio hasta el cuidado crítico quedan expuestas en la misma, también de una forma resumida con el fin de orientar al profesional de salud en los ciclos de vida de juventud, adultez, vejez y maternidad, siempre bajo la evidencia actual que permita exponer su validez externa en nuestro medio.

Todo lo anterior con el fin de obtener un mejor enfoque para la atención en salud no solo individual sino también colectiva, permitiendo así mantener una baja morbilidad y reducir la transmisión, respectivamente.

Respaldando así que esto puede llevar consigo una reactivación económica donde prime la salud y la vida, sin perder la dinamización de la economía y por ende una mejoría de las dimensiones que comprenden los determinantes sociales de la salud.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. S. Huenchuan, Covid-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. Disponible en: <http://104.207.147.154:8080/bitstream/54000/1122/1/covid-rev11.pdf>
2. Chouikha, A., Fares, W., Laamari, A., Haddad-Bou-baker, S., Belaiba, Z., Ghedira, K., Kammoun Rebai, W., Ayouni, K., Khedhiri, M., Ben Halima, S., Krichen, H., Touzi, H., Ben Dhifallah, I., Guerfali, F. Z., Atri, C., Azouz, S., Khamessi, O., Ardhaoui, M., Safer, M., Ben Alaya, N., ... Triki, H. (2022). Molecular Epidemiology of Sars-COV-2 in Tunisia (North Africa) through Several Successive Waves of Covid-19. *Viruses*, 14(3), 624. <https://doi.org/10.3390/v14030624>
3. Manta, Bruno; Sarkisian, Armen G.; García-Fontana, Bárbara; Pereira-Prado, Vanesa. (2022). Fisiopato-

logía de la enfermedad Covid-19. Odontoestomatología. 2022, 24. En: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30975/1/Fisiopatologia%20de%20la%20enfermedad%20Covid-19.pdf>

4. S. Huenchuan, Covid-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos (LC/MEX/TS.2020/6/Rev.1), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. Disponible en: <http://104.207.147.154:8080/bitstream/54000/1122/1/covid-rev11.pdf>
5. Elguea Echavarría Pedro Alejandro, Prado Bush Oscar Alfredo, Barradas Ambriz Jesse. Implementación de una escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: NEWS 2. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [revista en la Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Mayo 02] ; 33(2): 98-103. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000200098&lng=es. Epub 15-Feb-2021.
6. Ji D, Zhang D, Xu J, Chen Z, Yang T, Zhao P et al. Prediction for Progression Risk in Patients with Covid-19 Pneumonia: the CALL Score. Clin Inf Dis. 2020; <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/doi/10.1093/cid/ciaa414/5818317>
7. Giovanella, Ligia et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la

- pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. Trabajo, Educação e Saúde [online]. 2021, v. 19 [Accedido 11 Marzo 2022] , e00310142. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>>. Epub 19 Oct 2020. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>. <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJr-L/?lang=es&format=html#>
8. Thomas, P. Baldwin, C. Bissett, B. (2020) Fisioterapia en el manejo del paciente Covid-19 en fase aguda hospitalaria. Disponible en: <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/Physiotherapy-Guideline-Covid-19-Spanish.pdf>
 9. World Physiotherapy. Respuesta de World Physiotherapy al Covid-19. Documento informativo 9. Abordajes de rehabilitación seguros para las personas que padecen Covid persistente: actividad física y ejercicio. Londres, Reino Unido: World Physiotherapy; 2021. Disponible en: <https://world.physio/sites/default/files/2021-07/Briefing-Paper-9-Long-Covid-FINAL-Spanish-202107.pdf>
 10. Sedano-Chiroque Franshesca L., Rojas-Miliano Cristhian, Vela-Ruiz José M.. Covid-19 desde la perspectiva de la prevención primaria. Fac.Rev. Medicina. Tararear. [Internet]. 2020 julio [citado 2022 mayo 02] ; 20(3): 494-501. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S2308-05312020000300494&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3031>.

11. Ministerio del Interior, República de Colombia. Decreto 655 del 28 de abril de 2022. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20655%20DEL%2028%20DE%20ABRIL%20DE%202022.pdf>
12. Beale, Sarah and Johnson, Anne M and Zambon, Maria and Hayward, Andrew C and Fragaszy, Ellen B and Group, Flu Watch, Hand and Respiratory Hygiene Practices and the Risk and Transmission of Human Coronavirus Infections in a UK Community Cohort (3/8/2020). DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3551360> [Links]
13. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub4>
14. Department of Health and Social Care, Public Health Wales, Public Health Agency Northern Ireland, Health Protection Scotland, Public Health England. Covid-19: Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. 2020 (citado 25 de marzo de 2020). Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/

file/874316/Infection_prevention_and_control_guidance_for_pandemic_coronavirus.pdf [Links]

15. Herrera-Plasencia Paul M., Enoki-Miñano Erika, Ruiz-Barrueto Miguel y A. Riesgos, contaminación y prevención frente al Covid-19 en el quehacer odontológico: una revisión. Rev. salud pública [Internet]. 2020 Oct [citado el 2022 May 03] ; 22(5): 300 e. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000500300&lng=en. Epub 09 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n5.86065> .
16. Chaparro Mérida, Nataniel Aldo, Moreno Samper, Dayany y Lacato, Alex Omar Franco Seguridad de las vacunas contra la Covid-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2021, v. 38, n. 4 [Accedido 3 Mayo 2022] , pp. 634-642. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.9308>>. Epub 01 Abr 2022. ISSN
17. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud Dirección de Epidemiología y Demografía. Ministerio de Salud y Protección Social. Efectividad de las vacunas contra el Covid-19 en Colombia: estudio de cohorte de base poblacional en adultos de 60 años y más. 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudio-efectividad-vacunas-colombia-msps.pdf>

18. Carod-Artal FJ. Síndrome post-Covid-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *REV NEUROL* 2021;72:384-396. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>
19. Teneforde MW, Kim S, Lindsell CJ, Billing E, Shapiro N, File DC, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with Covid-19 in a multistate health care systems network 2020. *MMWR*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6930e1>
20. Davis HE, McCorkell AL, WeiRyan HL, Re'em-Signe Redfield LY, Akrami AA. Characterizing Long Covid in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. *MedRxiv*. 2020[acceso: 22/05/2021]. Disponible en: [Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308300](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308300)
21. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the Covid-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 611-27.
22. Marañón CT, Mastrapa CK, Poulut DTM, et al. Covid-19 y embarazo: Una aproximación en tiempos de pandemia. *MediSan*. 2020;24(04):707-727

23. Mayorga Albán, S. M., Valencia Escobar, M. N., Endara Salguero, P. E., & Salas Hurtado, I. L. (2021). Embarazo e infección por coronavirus (Covid19). *Journal of American Health*, 4(1), 10-18. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.58>
24. Valdés-Bango M, Meler E, Cobo T, S. Hernández S, Caballero A, García F, Ribera L, et al Guía de actuación para el manejo de la infección por Covid-19 durante el embarazo. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.html>
25. Llover MN, Jiménez MC. Estado actual de los tratamientos para la Covid-19. *FMC*. 2021;28(1):40-56.
26. Enfermedad por coronavirus (Covid-19) en embarazo, parto y lactancia, *CESMed*. vol.34 no.spe Medellín Dec. 2020 Epub Aug 31, 2021, <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.covid-19.12>