

**Guía breve de
seguimiento médico
ambulatorio del
paciente Covid-19**

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Omar Gutiérrez

Vicegobernador de la provincia del Neuquén
Cdor. Marcos Koopmann

MINISTERIO DE SALUD

Ministra de Salud
Dra. Andrea Peve

Subsecretario de Salud
Dr. Alejandro Ramella



Guía breve de seguimiento médico ambulatorio del paciente Covid-19¹

- **Autores:** Manoukian, Daniel²; Hasdeu, Santiago³; Zabert, Gustavo⁴; Veltri, Ignacio⁵.

- **Colaboradores:** Tótar, Franco⁶; Fuentes, Carolina⁷; Daza, Leandro⁸.

- **Declaración de conflictos de interés**

Los autores y colaboradores de esta guía declaran NO tener conflictos de interés respecto de ninguno de los temas contenidos en esta guía.

- **Fecha de la última actualización:**

1 de Julio del 2021.

- **Público destinatario:**

Trabajadores del sistema de salud de la provincia de Neuquén

- **Alcance y eventuales cambios**

Esta guía podría modificarse de acuerdo al nivel de ocupación de recursos disponibles (por ejemplo ante falta de camas de internación) y también frente actualizaciones en lo referido al diagnóstico y el tratamiento con evidencia científica. Esta guía no debe interpretarse como estrictamente normativa, ya que no reemplaza el juicio médico ante cada caso particular, sea por cuestiones biomédicas, sociales o culturas.

¹ Esta guía es un producto consensuado entre la Subsecretaría de Salud de Neuquén y la Red de abordaje comunitario (RAC).

² Médico sanitarista. CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar - UNCo). Miembro de RAC.

³ Médico clínico Hospital Centenario; Magister en Efectividad Clínica. Secretario de Postgrado Facimed-UNCO. Coordinador Comité Provincial de Biotecnologías de Neuquén. Miembro de RAC.

⁴ Médico especialista en Clínica Médica, Terapia Intensiva y Neumología. Profesor asociado Medicina y Cirugía - FACIMED UNCo y Coordinador Docencia Clínica Pasteur. Miembro de RAC.

⁵ Médico especialista universitario en Medicina Interna (UBA) y especialista universitario en Emergentología (Maimonides). Director de Departamento Ciclo Clínico. FACIMED UNCo. Director Médico Clínica Pasteur. Miembro de RAC.

⁶ Médico Generalista, Dirección de Hospitales y Co-responsable del Centro Coordinador de Camas, Subsecretaría de Salud de Neuquén.

⁷ Médica Generalista, Responsable del Centro de Atención Domiciliaria (CAD) del Hospital de Campaña Espacio DUAM.

⁸ Médico. Coordinador de internación (Unidad de Cuidados Exclusivos, UCE) del Hospital de Campaña DUAM.



- **Preguntas que pretende responder esta guía**

Hipervínculo: con CTRL + ENTER sobre cada pregunta se dirige al sector de la guía donde encontrará la respuesta

- [¿Cómo se captan los pacientes a seguir con este dispositivo?](#)
- [¿Dónde se registran las personas que se incluyen en este dispositivo?](#)
- [¿Quién es el responsable de registrar los pacientes ingresados?](#)
- [¿En el caso de grupos familiares debe realizarse el registro del paciente índice únicamente o debe registrarse el conjunto de convivientes?](#)
- [¿En el caso de convivientes o grupos familiares, debe recomendarse que todos se realicen un test diagnóstico de laboratorio confirmatorio?](#)
- [¿Qué datos deben recabarse al captar un paciente para seguimiento?](#)
- [¿Cómo se categorizan los pacientes según riesgo?](#)
- [¿A qué pacientes se les entrega un saturómetro de O₂ para monitoreo?](#)
- [¿Qué intervenciones se recomiendan realizar en domicilio según nivel de riesgo?](#)
- [¿Qué datos clínicos es conveniente que el paciente y su familia registren en forma periódica?](#)
- [¿Qué medicamentos debe tener disponible el paciente en su domicilio?](#)
- [¿Qué medicamentos son recomendados según el nivel de riesgo, a qué dosis y por cuánto tiempo?](#)
- [El manejo ambulatorio del paciente con COVID-19 agudo, ¿debe incluir brindar atención de apoyo/contención emocional?](#)
- [El manejo ambulatorio del paciente con COVID-19 agudo, ¿debe incluir brindar recomendaciones para reducir el riesgo de la transmisión del SARS-CoV-2 \(incluido el aislamiento del paciente\)?](#)
- [¿Cuánto tiempo debe indicarse el aislamiento a una persona con COVID-19 según sea asintomática o sintomática?](#)
- [El manejo ambulatorio del paciente con COVID-19 agudo, ¿debe incluir el aconsejamiento a los pacientes sobre cuándo ponerse en contacto con un centro de atención médica y buscar una evaluación en persona?](#)
- [En los pacientes en manejo ambulatorio con COVID-19 agudo sin disnea, ¿cuáles son los valores de frecuencia respiratoria y de saturación de oxígeno que requieren derivar para una evaluación médica presencial?](#)
- [¿Cuándo se requiere una evaluación presencial del paciente en manejo ambulatorio con COVID-19 agudo?](#)
- [¿Cuándo debe procurarse la derivación del paciente Covid-19 para evaluar en un centro con capacidad de internación?](#)
- [¿Cuál es la frecuencia de controles que se aconsejan de acuerdo al riesgo de cada paciente?](#)
- [¿Qué fármacos no deben recomendarse a los pacientes en manejo ambulatorio con COVID-19 agudo?](#)
- [¿Dónde ampliar información sobre las recomendaciones de esta guía?](#)



- **Formato del cuerpo de la Guía**

Pregunta con hipervínculo/Respuesta en el texto de la guía/Fuerza de la recomendación y Nivel de la evidencia/Cita bibliográfica fundamentando/

- **Contexto**

La tasa de incidencia de casos de Covid-19 medida como el número de casos acumulados en los últimos 14 días cada 100.000 habitantes en la Provincia del Neuquén muestra registros que se mantienen por encima de los 150 casos desde el 27 de agosto de 2020, llegando a picos que superaron los 1.700 casos en las SE 20 y 21 del cte. año. Por su parte la razón de casos, que compara el número de casos registrados en los últimos 14 días respecto de los 14 días previos, muestra que en Neuquén el valor de 1,20 por encima del cual se considera la situación de alto riesgo, ha sido superado en forma constante desde el pasado 14 de abril hasta el 3 de junio, demostrando un preocupante comportamiento de la pandemia. En ese contexto la atención extra-hospitalaria de buena calidad no solamente aporta para acompañar y contener a los pacientes y sus familias, sino también para ordenar el flujo de pacientes aportando de esta manera a un uso racional y organizado de los recursos disponibles.

- **Introducción**

Esta propuesta se presenta con la finalidad de constituir una guía sencilla y práctica, que permita orientar a los médicos y médicas encargados del seguimiento ambulatorio de pacientes Covid-19 que por su estado clínico no requieren internación, fijando criterios uniformes y pautas operativas claras, basadas en la evidencia científica disponible.

- **Objetivos**

- Acompañar y contener a los pacientes con Covid-19 y sus familias
- Brindar atención domiciliar segura y calificada basada en la evidencia científica.
- Desarrollar acciones de prevención secundaria en los pacientes Covid-19
- Desplegar acciones de prevención primaria en familiares, conviviente, cuidadores y trabajadores de salud
- Promover un uso racional de recursos disponibles orientando el flujo ordenado de los pacientes.

- **Captación de los pacientes incluidos en el seguimiento extra-hospitalario**

Los pacientes que ingresan a esta forma de seguimiento pueden ser captados desde:

- **Comunidad:** son aquellos que son detectados por familiares, vecinos o miembros de la RAC (Red de abordaje comunitario Covid-19), dando aviso a



alguno de los profesionales médicos integrantes de la RAC y/o del sistema de salud (público o privado).

- **Seguimiento de contactos estrechos:** son aquellos pacientes detectados durante el acompañamiento de personas que fueron contacto estrecho convivientes o no convivientes, de pacientes Covid-19 positivos.
 - **Centros de testeos:** son aquellos pacientes que concurren espontáneamente o referenciados a un centro donde se realizan pruebas diagnósticas y a los que se detecta Covid-19 mediante alguna de las pruebas en uso (Prueba de antígenos o PCR). Esas personas son registradas en el sistema como caso positivo y deben ser asignados a algún médico/a para su seguimiento.
 - **Guardias de hospitales:** se trata de personas que consultaron en alguna boca de atención y se detecta Covid-19 (por testeo o por nexos epidemiológicos con síntomas compatibles).
-
- **Registro del caso**

Los pacientes que sean confirmados como COVID-19 positivos mediante PCR, test de antígeno o por nexos epidemiológicos, deberán ser ingresados por el profesional responsable, a la ficha epidemiológica digital disponible en ANDES lo cual abrirá un evento en SISA que se deberá completar, o en su defecto, en papel y su registro correspondiente en la Historia Única Digital de Salud de ANDES, que también abrirá un evento en SISA para completar.

Del mismo modo, el profesional responsable de ese seguimiento deberá registrar el mismo cada vez que contacte al paciente a través de la prestación correspondiente (ver Anexo 1).

- **Datos básicos que se requieren recabar al inicio**
 - **Datos filiatorios:** Nombres y apellidos completos, DNI, dirección, teléfono, cobertura de salud.
 - **Fecha de nacimiento y edad.**
 - **Síntomas que motivaron la consulta:**
 - Incluidas en listado de casos sospechoso¹: fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagia, dificultad respiratoria, cefalea, mialgias, diarrea/vómitos, Rinitis/congestión nasal, pérdida repentina del gusto o del olfato
 - FIS: Debe consignarse la fecha de inicio de síntomas, que se define como la fecha en la cual cumple con la definición de caso sospechoso
 - FH: fecha en que se realizó el test confirmatorio de Covid-19
 - Otros síntomas no incluidos en los anteriores



- **Factores de riesgo:** apuntar especialmente si el paciente presenta diabetes, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias crónicas, tabaquismo², cáncer, EPOC (no asma)³, inmunodepresión (incluye HIV), enfermedad neurológica, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, embarazo.
- **Peso /talla y cálculo de IMC.** Consignar sobrepeso (IMC superior a 25) y obesidad (IMC superior a 30) (el sistema ANDES genera el cálculo directamente).
- **Datos clínicos:** FC, FR, T° axilar, TA (si se dispone de tensiómetro digital en domicilio) y Saturación de O₂.

Consignar otros datos clínicos relevantes de su estado actual: taquipnea y uso de músculos accesorios de la respiración y deterioro del estado/contenido de la conciencia (observación por agente de salud en teleconsulta) e imágenes radiológicas (si dispusiera al momento de la consulta).

- **Otros datos relevantes**

- Medicación habitual
- Estado de los convivientes
- Situación habitacional
- Capacidad de comprensión de pautas y posibilidad de seguimiento remoto

- **Criterios de semaforización (verde-amarillo-rojo)**

La semaforización tiene el objetivo de clasificar a los pacientes según su nivel de riesgo determinando en consecuencia las conductas que deben tomarse en cada caso (ver luego). Para ello se considerarán los criterios que se explicitan en el siguiente cuadro.



Cuadro N° 1

Clasificación de pacientes Covid-19 según riesgo

Criterio		Verde (bajo riesgo)	Amarillo (mediano riesgo)	Rojo (alto riesgo)
Factores de riesgo	Edad mayor de 60 años	NINGUNO	Al menos 1 (uno)	Dos o más
	Diabetes tipo 1 o 2			
	HTA			
	Sobrepeso-obesidad			
	Enf. Resp. Crónica			
	Tabaquismo			
	Cáncer			
	Inmunodepresión			
	Enf. Neurológica			
	Insuficiencia cardíaca			
	Enf. Renal crónica			
	Embarazo			
	Cuadro clínico			
Disnea/taquipnea (FR >25)		Sin O ₂	Con O ₂	
Saturación de oxígeno <94%				
Deshidratación y/o intolerancia a la VO		NO	NO	SI
Convulsiones/coma				
Shock				

Fuente: elaboración propia

Quando el paciente tenga criterios de diferente nivel de riesgo se elegirá por ubicarlo en el de riesgo más alto.

• **Algoritmo de intervenciones en domicilio**

Se detallan las intervenciones sugeridas empezando con las indicadas para pacientes de bajo riesgo (verdes) y luego sumando otras en la medida que se incrementa el riesgo. Al final se expone un cuadro resumen.

- **Planillas de registros de datos clínicos:** se sugiere proponer que **para cada paciente se lleve un registro** del tipo que se detalla a continuación. Debe valorarse en cada caso si es posible que la familia esté en condiciones de llenarlo.

Fecha	Hora	T° axilar	TA	FC	Sat O ₂	Nuevos síntomas	Medicación
xx/xx/2021	8,00						
	12,00						
	18,00						
	22,00						

- **Provisión de oxímetros:** se les suministrará un oxímetro de pulso a todos los pacientes categorizados como de mediano (amarillo) y alto (rojo) riesgo. El uso de este recurso apunta a captación temprana de pacientes requirientes de O₂, por lo que debe considerarse una intervención relacionada con la prevención secundaria. Se



sugiere tener en cuenta las consideraciones de OMS sobre uso de los oxímetros de pulso⁴.

- **Indicación de medicamentos y kit básico de medicamentos:** se debe garantizar que todos los pacientes tengan disponible en su domicilio los siguientes medicamentos:
 - **Paracetamol** (comprimidos de 500 mg) – 20 comprimidos
 - **Budesonide** (aerosol de 200/400 ug) - 1 aerosol
 - **Ácido acetilsalicílico** (comprimidos de 100 mg) – 20 comprimidos
- **Dosis sugeridas de los medicamentos a emplear según riesgo**
 - **Paracetamol**⁹: el paracetamol, se usará como analgésico y/o antipirético
Adultos: 500 mg cada 6 – 8 hs.
Niños: 2 gotas/kg/dosis cada 6 – 8 hs.
Duración del tratamiento: a demanda según cuadro clínico.
 - **Corticoides inhalados (budesonide):** 800 ug (2 inhalaciones del aerosol de 400 ug por dosis o 4 inhalaciones del aerosol de 200ug por dosis) cada 12 hs.^{5 6}.
Se indicará en todos los pacientes de mediano riesgo con síntomas respiratorios. No se emplearán corticoides inhalados en niños sin indicación expresa de los mismos. Luego del uso del aerosol se recomienda limpieza de la cavidad oral, con gárgaras con agua o con cepillo de dientes y limpieza habitual.
Duración del tratamiento: durante 14 días requiriendo evaluación médica para eventual continuidad de uso.

Un estudio clínico randomizado y abierto mostró una reducción de la progresión de COVID19 (consultas de emergencias u hospitalización) con budesonide inhalada en forma temprana (NNT 8).

En pacientes con dificultades para el uso de aerosoles se recomienda el uso de aerocámara espaciadora o usar polvo seco en capsulas o dispositivos precargados. NO debe prescribirse las formulaciones que están asociadas a drogas broncodilatadores B2 de acción prolongada (ej. Formoterol) ya que no tiene evidencia de efectividad, aumentan los costos y conllevan a efecto adversos por los broncodilatadores.

NO hay evidencia a la fecha, que otros corticoides inhalados (ej fluticasona, mometasona) tengan eficacia similar a la reportada.

⁹ Para los adultos podrá reemplazarse el paracetamol por ibuprofeno u otro antiinflamatorio no esteroide. En caso de fiebre persistente se sugiere intercalar el uso de uno y otro antipirético.



- **Ácido acetilsalicílico:** Adultos: 100 mg por día (1 comprimidos diario)^{7 8 9 10}. Para su indicación, es importante evaluar cada caso en particular.

No se recomienda el uso de AAS en niños.

Duración del tratamiento: desde la captación del paciente hasta el alta clínica o empeoramiento del cuadro con eventual indicación de internación.

- **Corticoides sistémicos:** se recomienda solo **para pacientes que presentan saturación de O₂ menor de 94%** ya que disminuye la mortalidad.

En el estudio RECOVERY el uso de **dexametasona** ha demostrado disminuir la mortalidad a los 28 días en pacientes con enfermedad grave y crítica.

De acuerdo a las evidencias **el uso temprano NO está indicado** ya que puede prolongar la depuración viral y tiene mayor mortalidad.

Puede emplearse en pacientes que no pueden internarse por diferentes circunstancias y que además requieren iniciar oxigenoterapia domiciliaria.

Si bien se utilizó dexametasona los siguientes reportes proponen un efecto de clase por lo que puede prescribirse otros esteroides en dosis equivalentes.

- **Dexametasona:** 6 mg/día inyectable por vía IM hasta un máximo de 10 días

- **Metilprednisona:** 32 mg/día vía oral hasta un máximo de 10 días

Duración del tratamiento: máximo 10 días¹¹

- **Antibioticoterapia:** solo el 5% de los casos de COVID19 coexisten con una infección bacteriana por lo que no se recomienda su prescripción en todos los casos de COVID19.

En casos que se considera requieren de antibióticos empíricos se debe **ajustar a la normativa institucional para neumonía de la comunidad y reevaluar a las 48 hs.** su continuidad de acuerdo a los criterios clínicos, radiológicos y resultados de cultivos si correspondiese.

No debiera prolongarse más de 5 días ni ampliar esquemas sin una evidencia de infección bacteriana.

- **Anticoagulantes:** el uso profiláctico de anticoagulantes (heparina, heparina de bajo peso molecular y anticoagulantes orales) tempranos en pacientes internados por COVID ha demostrado reducción en la mortalidad¹². La anticoagulación en dosis plenas en pacientes de mediano o bajo riesgo solo deberá considerarse en pacientes con diagnóstico de TEP. **No se recomienda su utilización de rutina en pacientes “no internados”.**



- **Sugerencias para reducir riesgo de contagio en domicilio**

Es conveniente que ante un caso detectado se intente evitar que esa persona pueda contagiar a otros miembros del grupo familiar o conviviente. Dentro de las posibilidades que se evaluarán para cada caso, se sugiere:

- Uso permanente de barbijo dentro del domicilio
- No compartir elementos de higiene personal
- Mantener ventilados todos los ambientes de la vivienda
- No compartir horarios de comidas y si es posible que la persona afectada se alimente en otro ambiente de la vivienda.
- Mantener distancia entre las personas de 2 metros o más.
- Lavado frecuente de manos por parte del paciente y de sus familiares o convivientes.

Las personas que conviven con un caso positivo y empiezan con síntomas deben comunicar esa situación al equipo de salud acompañante y se decidirá de acuerdo al caso si corresponde o no hacer una prueba diagnóstica.

- **Aislamiento de paciente confirmado de COVID-19 y sus contactos estrechos**

Los pacientes Covid-19 positivos que no requirieron internación deben estar aislados durante 10 días a contar desde la FIS.

Las personas identificadas como contactos estrechos se tratarán como una cohorte, específicamente en aquellas situaciones donde no hayan podido aislarse del resto de las personas con las que conviven. Si el caso confirmado hubiera realizado el aislamiento de manera efectiva (con habitación y baño privado), los convivientes no se tratarán como una cohorte. El requerimiento habitacional mínimo para el aislamiento domiciliario es la disponibilidad de una habitación individual para la persona designada como contacto estrecho.

El aislamiento de las personas que hayan sido contacto estrecho del caso positivo, se pueden dividir en 3 situaciones según los criterios vigentes (Ver Cuadro N° 2):

1. La indicación del periodo de cuarentena de un contacto estrecho conviviente que NO pudo aislarse del caso, deberá iniciarse *desde el ALTA del caso, y será de 10 días.*
2. La indicación del periodo de cuarentena de un contacto estrecho conviviente, de un caso que pudo aislarse de manera efectiva, deberá iniciarse *desde la fecha del último contacto con el caso y será de 10 días.*
3. Cuando hay más de un caso en la vivienda, el aislamiento de los contactos convivientes finalizará 10 días después del alta del último caso de COVID-19 de la vivienda. Es decir, si alguien entre los contactos comienza con síntomas y se confirma, los demás miembros de la cohorte (que no son casos) deberán reiniciar el periodo de cuarentena correspondiente.



Cuadro N° 2

Aislamiento de pacientes Covid-19 en domicilio y de contactos estrechos

Condición	Días de aislamiento mínimo	Condiciones
Persona Covid-19 positivo	10	.Si en los últimos 3 días no tuvo fiebre (sin antitérmicos reglados) y mejoraron los síntomas respiratorios
Contacto estrecho conviviente	10 + 10	Se cuentan los 10 días adicionales a partir del alta del caso positivo.
Contacto estrecho no conviviente	10 + 4	Desde el último contacto con la persona Covid-19 positiva. Cuatro días adicionales automonitoreo de síntomas, extremar medidas de cuidado y evitar el contacto con personas de riesgo

Fuente: elaboración propia considerando pautas vigentes del Ministerio de Salud de la Nación

● **Indicación de técnicas kinésicas**

- Se sugieren **cambios de decúbito lateral y prono** (boca abajo) en pacientes amarillos (riesgo medio) y rojos (riesgo alto), especialmente en aquellos con sobrepeso/obesidad y síntomas respiratorios.

Es una estrategia utilizada como terapia complementaria que ha demostrado ser eficaz para mejorar la oxigenación y la mecánica pulmonar, que se recomienda aplicar tanto en pacientes en ventilación espontánea y en pacientes en ventilación mecánica¹³.

- Se recomienda **movilización activa y pasiva de miembros** como una medida de prevención de fenómenos tromboticos.
- **NO se recomiendan técnicas que aumenten la posible aerosolización**, eliminación viral o posibles complicaciones (mayor incidencia de neumotórax o neumomediastínico espontáneo) como inspiración forzada, espiración a labios cerrados, vibraciones torácicas, técnicas de expansión pulmonar, espirometría incentivada).
- **El uso de nebulizadores para proveer fármacos, debe ser restringido al mínimo posible prefiriendo los aerosoles**¹⁴.



Cuadro N° 3

Intervenciones recomendadas para pacientes Covid-19 en domicilio según nivel de riesgo

Nivel de riesgo	Llamada de seguimiento	Monitoreo de signos vitales	Medicación	Medidas kinésicas
Bajo riesgo	Diario con automonitoreo	2 veces por día	Paracetamol – AAS	NO
Mediano riesgo	Dos veces por día con automonitoreo	3 veces por día	Paracetamol – AAS - Budesonide	Sugerencia de técnicas respiratorias
Alto riesgo	Dos o más veces/día	4 o más veces por día	Paracetamol – AAS – Budesonide – corticoides - anticoagulantes	Técnica respiratoria + cambios de decúbito

Fuente: elaboración propia

• **Evaluación presencial:** En todos los pacientes de riesgo alto considerar la posibilidad de concretar evaluación presencial ante cuadro clínico con signos de alto riesgo (ver cuadro N° 1). La evaluación presencial debe incluir:

- **Estado de conciencia**
- **Signos Vitales** (T axilar, TA, FC, FR) y SatO₂
- **Examen Físico:** Observar **estado de hidratación** (mucosas secas y turgencia de globos oculares). Medir **frecuencia respiratoria** en forma estandarizada (en reposos usando ambas manos sobre tórax y abdomen), **patrón respiratorio y uso de músculos accesorios de la respiración** y deterioro del **estado/contenido de la conciencia** (confirmación de la observación por agente de salud en teleconsulta).

Especial cuidado a partir de la segunda semana en los pacientes con factores de riesgo y activos (febres persistentes, con quebrantamiento y/o otros síntomas como cefalea, mialgias o diarrea).

Ante la duda sobre la oxigenación se puede solicitar al paciente realizar ejercicios simples (ej. caminar en el lugar o subir y bajar un escalón) con control de la SatO₂. La caída de la SaO₂ debe alertar sobre la severidad el cuadro y considerar estudios.

Estar ALERTA de la “Hipoxemia Feliz”, pacientes que NO perciben la caída de la oxigenación y se ven relativamente bien, este fenómeno está bien descrito en COVID y sería la explicación por la que pacientes se descompensan abruptamente¹⁵.

- **De acuerdo a esa evaluación se considerará posibilidad de solicitar estudios de laboratorio y/o imágenes** en forma ambulatoria o procediendo de acuerdo al siguiente ítem (derivación a institución con internación)



- **Rx tórax y evaluar TAC/AngioTAC.** Ante síntomas respiratorios y siempre que sea posible, debería ser evaluado en forma presencial. La Rx tórax con infiltrados que comprometen más del 30% de ambos pulmones¹⁶ sugiere severidad. Se debe tener en cuenta que la evaluación del porcentaje de la superficie comprometida es semicuantitativa y puede ser imprecisa por lo que en algunos casos puede ser oportuno realizar TAC¹⁷ o AngioTAC si se sospecha TEP¹⁸.
 - **Laboratorio** (Hemograma, Urea Creatinina, Glucemia, PCR, Hepatograma, Coagulograma y Rto de plaquetas, y evaluar Dímero-D Ferritina y Gases en Sangre Arterial).
- **Criterios para decidir derivación a institución con internación**
- Quando el paciente presente uno o más de los siguientes síntomas o signos debe procurarse la remisión urgente a centro con capacidad de internación para evaluar conducta a seguir.
- Saturación de oxígeno menor a 94%
 - Frecuencia respiratoria mayor de 25/minuto
 - Fiebre (>37,8°C) de más de 2 días de duración
 - Dolor torácico
 - Cefalea intensa que no cede con analgésicos comunes
 - Deshidratación y/o hipotensión (TA menor a 90/60)
 - Alteración de la conciencia
 - Rx tórax y/o TAC/AngioTAC , con infiltrados que comprometen más del 30% de ambos pulmones (la evaluación del % de la superficie comprometida es semicuantitativa y en Rx simple de Torax puede ser imprecisa) o signos de TEP.
- **Criterios de aislamiento en espacio DUAM al detectar vulnerabilidad social (sólo válido para conglomerado Neuquén):**
- Déficit habitacional para cumplir con el aislamiento correcto (hacinamiento, falta de servicios básicos, convivientes asintomáticos, etc.)
 - Cuando no se pueda asegurar el seguimiento remoto en domicilio de forma correcta.
- **Criterios para detección de necesidad de asistencia del equipo de Salud Mental (psiquiatría, psicología y trabajo social)**
- **Vulnerabilidad emocional:** Considerando que la actual situación pandémica puede predisponer a generar afectación subjetiva en la población con COVID 19 se enumeran a continuación algunas de **las reacciones emocionales esperables por parte de las personas ante la crisis:**



- Hiperalerta (Agitación, irritabilidad, ansiedad, falta de concentración, insomnio, aumento FC y TA).
- Evitación (consumo de sustancias, aislamiento)
- Confusión.
- Re-experimentación de vivencias traumáticas anteriores.

Es importante a partir de la escucha empática generar una comunicación cuidada que permita dilucidar algunos factores de alerta que pueden observarse potencialmente exacerbados y requieran la necesidad de interconsulta con servicios especializados de salud mental y adicciones.

- 1) ¿Tiene usted o algún miembro de su familia algún padecimiento mental y/o alguna problemática de salud mental y/o adicciones?
 - SI-NO
 - ¿Quién es?
 - Especificar qué tipo de problemática
 - Se encuentra en tratamiento en la actualidad? SI-NO

- 2) ¿Usted ha sufrido alguna situación de Violencia? Ya sea física y/o psicológica (por ejemplo situaciones sostenidas en el tiempo de maltratos, insultos, humillaciones.)
SI-NO

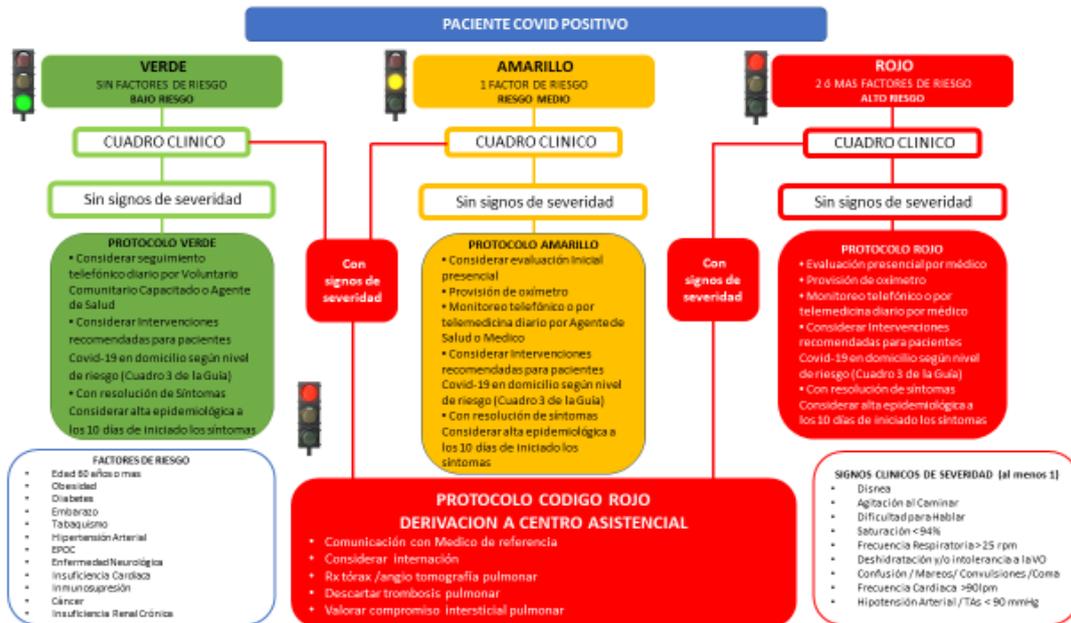
- 3) Considera que experimenta usted o familiar conviviente algunas de las siguientes reacciones emocionales exacerbadas que dificulten, limiten o perturben su calidad de vida cotidiana; y que puedan llegar a ameritar una intervención especializada:
 - Crisis de angustia o ansiedad generalizada, miedo intenso, Culpabilización excesiva.
 - Consumo de alcohol y/o sustancias inmediatamente después del incidente crítico.
 - Excitación psicomotriz.
 - Estado confusional agudo.
 - Descompensación psicótica: ideación delirante, alucinaciones (auditivas, visuales, cenestésicas).
 - Ideas de muerte, autolesiones.
 - Estado de shock.
 - Disociación.

SI EN ALGUNA DE LAS PREGUNTAS LA PERSONA RESPONDE QUE SI, DERIVAR A EQUIPO ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

- **Vulnerabilidad socioeconómica:** déficit habitacional, necesidad de provisión de medicamentos y/o comestibles u otras necesidades básicas.

Figura N° 1

Flujograma de intervenciones progresivas de acuerdo al nivel de riesgo del paciente Covid-19



Fuente: elaboración propia

• **NO recomendar estos medicamentos:**

Los siguientes medicamentos no son actualmente recomendados para uso en Covid-19 al momento de la última actualización de esta guía.

- **Dióxido de cloro:** El Ministerio de Salud de Neuquén recomienda NO consumir (ingesta, inhalación, inyección, etc.) de productos que contengan dióxido de cloro, clorito de sodio, hipoclorito de sodio o derivados¹⁹.
- **Suplementos vitamínicos y minerales:** Los micronutrientes, como las vitaminas D y C o el zinc, son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema inmunológico y desempeñan un papel vital para la salud y el bienestar nutricional. En la actualidad, no hay ninguna indicación sobre el uso de suplementos de micronutrientes como tratamiento de la COVID-19²⁰.
- **Ibuprofeno inhalado:** El Ministerio de Salud de Neuquén NO recomienda el uso de ibuprofeno inhalatorio hasta no contar con evidencia sobre su eficacia y seguridad proveniente de estudios clínicos bien diseñados con bajo riesgo de sesgo como los ensayos controlados aleatorizados^{21 22}.
- **Colchicina:** El cuerpo de evidencia disponible muestra con moderada certeza que, en pacientes con enfermedad moderada, severa o crítica, colchicina probablemente



no se asocia con beneficios en desenlaces críticos como mortalidad, ingreso en asistencia ventilatoria mecánica o tiempo de mejoría clínica como así tampoco aumenta el riesgo de eventos adversos severos. En pacientes con enfermedad leve, de reciente comienzo (precoz), colchicina podría disminuir la necesidad de hospitalizaciones, aunque la certeza en dicho efecto es baja²³.

- **Hidroxicloroquina:** La terapéutica post exposición con hidroxicloroquina no previene la infección por covid 19 en personas expuestas a un caso de paciente con PCR + para el virus²⁴.

- **Ivermectina**^{25 26}: no hay evidencia suficiente para recomendar su uso, ni con fines preventivos, ni terapéuticos. En personas no infectadas expuestas al SARS-CoV-2, existe incertidumbre en el efecto de la ivermectina para prevenir la infección sintomática, presunta o confirmada por este virus. El cuerpo de evidencia disponible hasta el momento muestra que, en pacientes con COVID-19, existe incertidumbre en el efecto de ivermectina sobre la mortalidad y los eventos adversos graves. La ivermectina podría no tener efecto sobre el ingreso en ventilación mecánica o la duración de la internación y probablemente no tenga efecto en el tiempo de resolución de los síntomas.

- **Consideraciones sobre oxigenoterapia en COVID ante imposibilidad de remitir a centro con internación**

Oxigenoterapia: Se recomienda utilizar como tratamiento de primera línea y de modo precoz para lograr SpO₂ >94%³ y/o el mejor IROX/PaFiO₂, usando una estrategia de FiO₂ progresiva (cánula nasal de bajo flujo - máscara con reservorio y cánula nasal de alto flujo). Las indicaciones para iniciar ventilación mecánica en pacientes que reúna al menos uno de los siguientes criterios de severidad:

- IROX <6
- PafiO₂ < 150
- FR > 30 sin mejoría con las medidas progresivas.

Los **concentradores de oxígeno** constituyen un excelente recurso para la salida de los requerimientos de oxígeno pero en pacientes ACTIVOS y/o en PROGRESION puede resultar en una provisión insuficiente. Se debe destacar que constituyen sistemas de bajo flujo (por lo tanto las FiO₂ son irregulares y varían mucho en función del patrón respiratorio del paciente), de aire enriquecido de O₂ (hasta 97% en funcionamiento óptimo), con flujos máximos de hasta 10 lts. y requiere de energía eléctrica continua.



El uso de concentradores de oxígenos en domicilio se sugiere para pacientes que rechazan la internación, para contexto de cuidados paliativos y uso compasivo y para pacientes activos en transición a dejar de ser requirientes de oxígeno.

El empleo de este tipo de dispositivos y otras medidas de tratamiento en circunstancias excepcionales ante falta de recursos de internación es objeto de otra guía de práctica clínica.



• Referencias y fuentes bibliográficas empleadas

¹ **Ministerio de Salud de la Nación.** *Definición de caso actualizado* al 31 de mayo de 2021. Disponible en: [sospechosohttps://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/definicion-de-caso](https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/definicion-de-caso).

² **Jiménez-Ruiz CA, López-Padilla D, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-benavent R.** *COVID 19 y tabaquismo: Revisión sistemática y metanálisis de la evidencia.* Arch Bronconeumol. 2021;54((S1)):24-31.

³ **Schönfeld D, Arias S, Bossio JC, Fernández H, Gozal D, Pérez-Chada D.** *Clinical presentation and outcomes of the first patients with COVID-19 in Argentina: Results of 207079 cases from a national database.* PLoS One. 2021;16(2):e0246793. DOI:10.1371/journal.pone.0246793.

⁴ **OPS/OMS.** Aspectos técnicos y regulatorios sobre el uso de oxímetros de pulso en el monitoreo de pacientes con Covid-19. Actualizado el 7 de agosto de 2020.

Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52551/OPSHSSMTCOVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵ **Ramakrishnan S, Nicolau D V., Langford B, et al.** *Inhaled budesonide in the treatment of early COVID-19 (STOIC): a phase 2, open-label, randomised controlled trial.* Lancet Respir Med. 2021;19(21):1-10. DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00160-0.

⁶ **Ministerio de Salud de la Nación.** *Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC) Actualizaciones basadas en evidencia Covid-19. Budesonide inhalado para el tratamiento de pacientes con COVID-19.* Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias COVID N° 05. Fecha de realización: 13 de Mayo de 2021. Fecha de última actualización: 13 de Mayo de 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224494/informe-covid-19-n5-budesonide.pdf>

⁷ **Wibawa J, Pranata R, Anthonius M, Wibowo A.** *Active prescription of low-dose aspirin during or prior to hospitalization and mortality in COVID-19: A systematic review and meta-analysis of adjusted effect estimates.* Int J Infect Dis. 2021;108(January):6-12.

⁸ **Meizlish ML, Goshua G, Liu Y, et al.** *Intermediate-dose anticoagulation, aspirin, and in-hospital mortality in COVID-19: A propensity score-matched analysis.* Am J Hematol. 2021;96(4):471-479. doi:10.1002/ajh.26102.

⁹ **Osborne TF, Veigulis ZP, Arreola DM, Mahajan SM, Roosli E, Curtin CM.** *Association of mortality and aspirin prescription for COVID-19 patients at the Veterans Health Administration.* PLoS One. 2021;16(2 February):5-14. doi:10.1371/journal.pone.0246825.

¹⁰ **Horby PW, Landray MJ.** *Aspirin in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial.* MedRxiv. 2021.

Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.08.21258132v1>

¹¹ **RECOVERY Collaborative Group.(2020)** *Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 — Preliminary Report.* NEJM; DOI: 10.1056/NEJMoa2021436.



- ¹² **Rentsch CT, Beckman JA, Tomlinson L, et al.** *Early initiation of prophylactic anticoagulation for prevention of coronavirus disease 2019 mortality in patients admitted to hospital in the United States: cohort study.* *Bmj.* 2021;2:n311. doi:10.1136/bmj.n311.
- ¹³ **Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, et al.** *Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).* Vol 46. Springer Berlin Heidelberg; 2020. doi:10.1007/s00134-020-06022-5.
- ¹⁴ **Lazzeri M, Lanza A, Bellini R, et al.** *Respiratory physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: A Position Paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR).* *Monaldi Arch Chest Dis.* 2020;90(1):163-168. doi:10.4081/monaldi.2020.1285.
- ¹⁵ **Dhont S, Derom E, Van Braeckel E, Depuydt P, Lambrecht BN.** *Conceptions of the pathophysiology of happy hypoxemia in COVID-19.* *Respir Res.* 2021;22(1):1-9. doi:10.1186/s12931-021-01614-1-
- ¹⁶ **Borghesi A, Maroldi R.** *COVID-19 outbreak in Italy: experimental chest X-ray scoring system for quantifying and monitoring disease progression.* *Radiol Medica.* 2020;125(5):509-513. doi:10.1007/s11547-020-01200-3.
- ¹⁷ **Ruch Y, Kaeuffer C, Ohana M, et al.** *CT lung lesions as predictors of early death or ICU admission in COVID-19 patients.* *Clin Microbiol Infect.* 2020;26:1417.e5-1417.e8.
- ¹⁸ **Kanne JP, Bai H, Bernheim A, et al.** *COVID-19 Imaging: What We Know Now and What Remains Unknown.* *Radiology.* 2021;299(3):E262-E279. doi:10.1148/radiol.2021204522.
- ¹⁹ **Ministerio de salud de Neuquén.** *Recomendación de no consumir y/o inyectarse productos que contengan dióxido de cloro, clorito de sodio, hipoclorito de sodio o derivados.* Disponible en: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/08/MSaludNQN-Covid-2019-Recommendaciones-no-uso-de-cloro.pdf>
- ²⁰ **WHO.** *Consejos para la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV).* Actualizado al 23 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters?gclid=CjwKCAiA1eKBhBZEiwAX3gqI5FxrBk_obBZIMfgHgEPI8Q4mzRzNSAcN6vysBKGm2SEcVDPVRk4yBoC2jkQAvD_BwE&gclid=CjwKCAjw_JuGBhBkEiwA1xmbRb5koAvEvGqxpZn3iSGvkLkveZk7V-4CP_v8y5cMjhQSD-m66Wx0xoCtd4QAvD_BwE
- ²¹ **Ministerio de Salud de Neuquén.** *Posicionamiento de la Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias sobre el Ibuprofeno inhalatorio para pacientes con COVID-19 al 18 de Septiembre del 2020.* Disponible en: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/ibu-inhalatorio.pdf>
- ²² **ANMAT.** *Sobre LUARPROFENO: ibuprofeno nebulizable.* Publicado el 24 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/sobre-luarprofeno-ibuprofeno-nebulizable>



²³ **Ministerio de Salud de la Nación.** *Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). Actualizaciones basadas en evidencia Covid-19. Colchicina para el tratamiento de pacientes con COVID-19.* Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias COVID N° 07. Fecha de realización: 3 de Junio de 2021. Fecha de última actualización: 3 de Junio de 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1248055/informe-covid-19-n7-colchicina.pdf>

²⁴ **Ministerio de Salud de la Nación.** *COVID 19- Actualización a mayo 2021 sobre Evidencias del Tratamiento Farmacológico.* Disponible en: <file:///covid19-evidencias-sobre-tratamiento-farmacologico.pdf>.

²⁵ **National Health Institute (NIH).** *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines.* Disponible en: <https://covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Nih. 2020:130.

²⁶ **Ministerio de Salud de la Nación.** *Actualizaciones basadas en la evidencia.* Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec/actualizaciones>.



ANEXO 1

Estandarización de los registros para los equipos de seguimiento domiciliario COVID: ANDES -módulo ambulatorio (RUP, espacios virtuales)

Acuerdo entre Dirección General de Epidemiología e Información en Salud, Dirección General de Gestión e Integración de la Información, Dirección General de TICS y Dirección Provincial de Organización de Establecimientos.

Validación de pacientes:

Cada paciente debe estar validado en ANDES -MPI (Índice Maestro de Pacientes), registrando claramente datos de contacto (celular y/o teléfono fijo, email) y datos del domicilio, con georreferencia. Esos datos deben ser chequeados y actualizados si es necesario en cada contacto que tenga el paciente con el sistema de salud.

Registro de las prestaciones en ANDES-RUP:

Se armarán agendas dinámicas (en caso de ser necesario) o se registrara como *Paciente fuera de agenda* con el tipo de prestación [**Consulta De Seguimiento De Paciente Asociado A Infección Por COVID-19**]. Esta es la prestación que se debe usar para todo registro de Caso Positivo, Negativo, Sospechoso, Contacto estrecho o aislamiento preventivo.

CASO POSITIVO:

Para los casos confirmados (según el criterio epidemiológico vigente) se debe registrar el trastorno "**Enfermedad Causada Por COVID-19**" en el caso confirmado por laboratorio y para el caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico se deberá registrar "**COVID-19 Confirmado Por Síntomas y Nexo Epidemiológico sin Pcr**".

TEST RAPIDOS DE ANTIGENOS:

Para el registro del resultado del test rápido de antígenos COVID-19 se deberán utilizar los siguientes conceptos dentro de la categoría hallazgos: "**Resultado Positivo De Test Rápido De Antígeno COVID-19**" o "**Resultado Negativo De Test Rápido De Antígeno COVID-19**". Junto con el resultado **positivo** del test se deberá registrar el trastorno "**Enfermedad causada por covid-19**". Si el resultado fuera negativo se puede registrar la "**Sospecha De Enfermedad Causada Por COVID-19**".

En la **primera visita** al paciente se deberá registrar el procedimiento "**Evaluación Médica Inicial De Paciente Internado En Domicilio Asociado A Infección Por COVID-19**", y al validar la consulta este concepto deberá ser seleccionado como **procedimiento principal** (*hay un par de botones [si]/[no] que aparecen al pie de cada concepto para seleccionar eso antes de guardar la prestación*). Posteriormente agregar los conceptos que crea necesitar.

En los casos que el profesional de salud **visite al paciente en el domicilio** el seguimiento del paciente, se debe registrar con el concepto "**Consulta Realizada en Domicilio a Paciente Asociado a Infección por COVID-19 (procedimiento)**" o "**Visita Domiciliaria (procedimiento)**". Cuando el seguimiento se realiza **vía telefónica**, se registra "**Consulta de Telemedicina con Paciente Asociado a Infección por COVID19 (procedimiento)**" o "**Seguimiento Telefónico (procedimiento)**", según corresponda el caso.



Al validar la consulta ese concepto será seleccionado como procedimiento principal.
(Aclaración necesaria en base a algunas prácticas incorrectas observadas: no deben registrarse los dos tipos de seguimiento en el curso de una misma prestación. Un llamado para avisar o

confirmar la visita NO es una teleconsulta).

Al finalizar el seguimiento se deberá registrar el concepto *“Alta de Paciente Internado en Domicilio Asociado a COVID-19 (procedimiento)”*. Al validar la consulta este concepto será seleccionado como procedimiento principal. Si el egreso del seguimiento domiciliario se debe a su derivación a un establecimiento de mayor complejidad (UCE / hospital) también se debe registrar la solicitud o el procedimiento *“Derivación Urgente (procedimiento)”* o *“Derivación A Establecimiento (procedimiento)”*, según corresponda.

CONTACTO ESTRECHO:

Para los contactos estrechos de casos confirmados se debe usar el concepto *“Riesgo de Exposición a COVID-19 por Contacto Estrecho (situación)”*.

El **seguimiento** del paciente, se realiza registrando como primera consulta el concepto *“Consulta Realizada en Domicilio a Paciente Asociado a Infección por COVID-19 (procedimiento)”* o *“Visita Domiciliaria (procedimiento)”* en los casos que el profesional de salud visite al paciente en el domicilio.

Cuando el seguimiento se realiza vía telefónica, se registra *“Consulta de Telemedicina con Paciente Asociado a Infección por COVID19 (procedimiento)”* o *“Seguimiento Telefónico (procedimiento)”*, según corresponda el caso. Al validar la consulta ese concepto será seleccionado como procedimiento principal.

Al finalizar el seguimiento, en caso de que el paciente no haya cambiado su condición, se deberá registrar el concepto *“Manejo de Caso, Finalizado (procedimiento)”*. Al validar la consulta este concepto será seleccionado como procedimiento principal.

AISLAMIENTO DOMICILIARIO PREVENTIVO:

Para los aislamientos preventivos se debe usar el concepto *“Paciente en Aislamiento Domiciliario Preventivo por COVID-19 (situación)”*.

El **seguimiento** del paciente se realiza registrando como primera consulta el concepto *“Consulta Realizada en Domicilio a Paciente Asociado a Infección por COVID-19 (procedimiento)”* o *“Visita Domiciliaria (procedimiento)”* en los casos que el profesional de salud visite al paciente en el domicilio.

Cuando el seguimiento se realiza vía telefónica, se registra *“Consulta de Telemedicina con Paciente Asociado a Infección por COVID19 (procedimiento)”* o *“Seguimiento Telefónico (procedimiento)”*, según corresponda el caso. Al validar la consulta ese concepto será seleccionado como procedimiento principal.

Al finalizar el seguimiento, en caso de que el paciente no haya cambiado su condición, se deberá registrar el concepto *“Manejo de Caso, Finalizado (procedimiento)”*. Al validar la consulta este concepto será seleccionado como procedimiento principal.



CASO SOSPECHOSO: Se debe registrar “*Sospecha De Enfermedad Causada Por COVID-19*”. Es importante también registrar:

-Si al paciente se lo hisopa se utiliza el concepto “*Toma De Muestra Por Hisopado Para Detección De COVID-19*”

-Si se deriva al paciente para efectuar el hisopado se utiliza el concepto “*Derivación a establecimiento de salud*” (*procedimiento*), al incorporar este concepto se despliega una lista para seleccionar el efector al que se deriva el paciente.

CASO NEGATIVO: Se debe registrar con el concepto “*Test Diagnostico De La Infección Por El 2019-NCov negativo*”

FALLECIMIENTO DE PACIENTE EN DOMICILIO: Se pueden presentar las siguientes situaciones: una es el registro del fallecimiento como hallazgo, y otra es cuando el medic@ va a certificar la muerte. Para el hallazgo usar el concepto “*Paciente Fallecido En Su Casa*” y en caso de que el médico haga la certificación utilizar “*Notificación de fallecimiento*” que es un procedimiento.

Claves para entender la notación: las prestaciones y otras opciones desplegadas dentro de las ventanitas del sistema se presentan encuadradas [*entre corchetes*], y los conceptos SNOMED que se seleccionan en la barra lateral derecha se presentan “*entre comillas*” (siempre usando letra *itálica*).

Todos los conceptos mencionados se encuentran en el listado de sugeridos para la prestación [*Consulta de Seguimiento de Paciente Asociado a Infección Por COVID-19*].

Mesa de ayuda TICs (Teléfono/WhatsApp): 2994108179



Provincia del Neuquen
2021

Hoja Adicional de Firmas

Número:

Referencia: EX-2021-00913983- NEU-DESP#MS-Guía Breve de seguimiento ambulatorio del paciente COVID-19

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 24 pagina/s.