

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 1 de 62

Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes COVID-19

MTT2 –PRT-0025 [Versión 1]
Ecuador, 09 de septiembre del 2020
AÑO 2020



Este documento fue elaborado para profesionales de la salud, está en revisión permanente en función de la evolución y la nueva información de que se disponga sobre COVID-19.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 2 de 62

Equipo de redacción:

Nombre/Cargo	Institución	Firma
<p>Edgar Vinicio León Segovia</p> <p>Especialista en Medicina Familiar, PhD (c), Presidente Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, Docente pregrado y posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pichincha, Docente Universidad de las Américas.</p>	SEMF / PUCE / UDLA	
<p>Felipe Moreno-Piedrahita Hernández</p> <p>Especialista en Medicina Familiar, Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Docencia basada en Simulación Clínica, Docente pregrado y posgrados de la Pontificia Universidad del Ecuador, grupo ETEs de la PUCE, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, Movimiento Waynakay Ecuador.</p>	PUCE / SEMF / WAYNAKAY	
<p>Dra. Ana Cristina Vargas Reyes</p> <p>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, docente del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Central del Ecuador, Grupo de Visita Domiciliaria de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar</p>	SEMF / MSP	
<p>Ana Paulina Celi De La Torre</p> <p>Especialista en Infectología Clínica y Medicina Interna, Jefe del Servicio de Infectología del Hospital de los Valles, Novaclínica Santa Cecilia, docente Universitaria de Posgrado PUCE, UCE, USFQ, past president de la Asociación Panamericana de Infectología, Miembro Del Council de la Sociedad Mundial de Infectología (ISID).</p>	Hospital de los Valles / Nova Clínica Santa Cecilia / API	
<p>Glenda Lucía Guayasamín Típanta</p> <p>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Coordinadora del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Central del Ecuador.</p>	MSP / UCE	
<p>Gabriela Zambrano Sánchez</p> <p>Especialista en Medicina Interna, Docencia Universitaria, MsC. Enfermedades Infecciosas, Docente Investigador Universidad Internacional del Ecuador, Docente del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria UCE, Líder del Consenso Multidisciplinario MTT2, Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna.</p>	UIDE / UCE / UTE / AEMI	
<p>María Eugenia Arauz Martínez</p> <p>Especialista en Pediatría, Intensivista y Neumología Intervencionista, miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría de Pichincha.</p>	SEP	

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 3 de 62

Tabla de contenido

A.	OBJETIVO GENERAL.....	5
B.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
C.	ALCANCE	5
D.	MARCO LEGAL.....	5
E.	LINEAMIENTOS GENERALES.....	6
F.	LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS/ RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO AMBULATORIO Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE PACIENTES COVID-19	7
2	Equipo multidisciplinario del primer nivel y actividades de atención ambulatoria en el manejo integral de COVID-19	7
2.1	Actividades que se deben desarrollar como parte del manejo integral de los pacientes con SARS-COV-2/COVID-19 en el primer nivel de atención:	9
2.2	Visita domiciliaria.....	11
2.3	Teleconsulta	12
3	Definiciones y formas de presentación de los pacientes COVID-19	13
4	Evaluación clínica y triage del paciente con sospecha de COVID-19	14
4.1	Características clínicas importantes en COVID-19.....	14
4.2	Triage de pacientes COVID-19	14
4.3	Factores de riesgo para presentar COVID-19 severo-crítico.....	16
4.4	Factores de riesgo en casos COVID-19 pediátricos.....	17
4.5	Rol de los exámenes diagnósticos en COVID-19 ambulatorio	19
5	Manejo ambulatorio de pacientes COVID-19	21
5.1	Estratificación del manejo de los pacientes COVID-19	21
5.1.1	Estratificación de los lugares de manejo ideal acorde a la gravedad de la enfermedad COVID-19.....	21
5.1.1	Organización de los lugares de manejo de los pacientes COVID-19 clasificados por complejidad.....	22
5.1.2	Consideraciones para el seguimiento domiciliario de pacientes pediátricos con COVID-19	23
5.2	Flujo de manejo ambulatorio integrado de pacientes COVID-19.....	24
6	Aspectos generales en el manejo clínico ambulatorio de pacientes COVID-19	25
6.1	Objetivos del manejo integral del paciente COVID-19 ambulatorio	25
6.2	La visita domiciliaria del paciente COVID-19	25
6.2.1	Flujograma de visita domiciliaria COVID-19.....	27
7	Manejo ambulatorio de pacientes COVID-19	28
7.1	Manejo no farmacológico del paciente COVID-19 ambulatorio:.....	28
7.1.1	Manejo de la Disnea:	28
7.2	Medicamentos antivirales o experimentales para COVID-19:.....	29
7.3	Manejo farmacológico-sintomático ambulatorio de COVID-19:	30
7.3.1	Fiebre y dolor:	30
7.3.2	Antitusígenos:	30
7.3.3	Corticosteroides:.....	31
7.3.4	Tromboprolifaxis y anticoagulación.....	31

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 4 de 62

7.3.5	Uso de antibióticos a nivel ambulatorio	32
7.3.6	Pautas para el uso de antibiótico terapia en domicilio.....	34
7.3.7	Fármacos para la coinfección con influenza	37
7.3.8	Antidiarreicos:.....	37
7.3.9	Terapias respiratorias y medicamentos inhalados:	37
7.3.10	Manejo de oxigenoterapia en domicilio	38
8	Seguimiento clínico del paciente COVID-19 ambulatorio.....	40
8.1	Control y seguimiento.....	40
8.2	Fases del Seguimiento ambulatorio.....	41
8.3	Cuestionario de seguimiento clínico mediante telesalud de pacientes COVID-19.....	41
8.3.1	Características mínimas para la teleasistencia:	41
8.3.2	Plan de seguimiento por teleasistencia	42
8.4	Valoración de salud mental en pacientes COVID-19	43
8.4.1	Cribado de depresion.....	43
8.4.2	Cribado de ansiedad:	43
9	Aspectos administrativos en el manejo ambulatorio de pacientes COVID-19	44
9.1	Puntos clave del manejo comunitario de SARS-COV-2/COVID-19:.....	44
9.2	Responsabilidades administrativas del personal de salud.....	45
9.3	Proceso de solicitud de prueba PCR	45
9.3.1	Proceso de notificación de pacientes COVID-19.....	45
9.3.2	Conducta con el resultado de la prueba	45
9.3.3	Codificación de diagnóstico	46
9.3.4	Emisión de certificado médico	46
10	Recursos educativos y de apoyo para pacientes COVID-19.....	47
10.1	Flujograma de solicitud de atención médica para pacientes.....	48
10.2	Signos de alarma del paciente COVID-19.....	47
10.3	Medidas de prevención en casos ambulatorios	47
10.4	Indicaciones en el aislamiento domiciliario de los pacientes pediátricos y sus familiares:..	49
11	Referencias bibliográficas	51
G.	ANEXOS	60
12	Colaboradores del brazo de Equipo Multidisciplinario del primer nivel de atención MTT260	

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 5 de 62

Título del documento:

Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes COVID-19

A. OBJETIVO GENERAL

Brindar recomendaciones sobre el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de COVID-19, basados en consenso sustentadas en evidencias actualizadas para responder a los distintos escenarios de existentes en el Ecuador.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar lineamientos para el manejo multidisciplinario de los pacientes con COVID-19 leve durante su aislamiento y vigilancia domiciliaria.
- Sugerir recomendaciones consensuadas y sustentadas en evidencias respecto al uso racional de medicamentos en el manejo de pacientes con COVID-19 en entornos ambulatorios o domiciliarios.
- Describir recomendaciones para la optimización y uso racional de recursos de salud durante la hospitalización domiciliaria de los pacientes COVID-19 que lo requieran.

C. ALCANCE

Profesionales a quien va dirigido este documento: médicos generales, especialistas en Medicina Familiar y otras especialidades ambulatorias en el tratamiento de COVID-19, enfermería, auxiliares de enfermería, personal de salud en formación y demás profesionistas de la salud involucrados en la atención ambulatoria y domiciliaria de pacientes COVID-19.

Otros usuarios potenciales de este documento: personal con responsabilidades de planificación gerencia y direcciones sanitarias en todos los niveles de atención, salud pública, gestión y auditoría.

Población blanco del documento: pacientes adultos o niños con infección por SARS-CoV-2 o enfermedad COVID-19 en manejo domiciliario/ambulatorio.

Intervenciones consideradas en el documento: intervenciones de prevención, tratamiento farmacológico, manejo no farmacológico, referencia y contrarreferencia del paciente con COVID-19 y su entorno.

D. MARCO LEGAL

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 6 de 62

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley de Seguridad Pública y del Estado
- Ley Orgánica de Salud
- Reglamento Sanitario Internacional
- Reglamento a la Ley de Seguridad Pública y del Estado
- Manual del Comité de Operaciones de Emergencias - COE
- Norma Técnica de Administración por Procesos y Prestación de Servicios de la Secretaría Nacional de la Administración Pública.
- Estatuto Orgánico de Gestión Organización por Procesos de la Secretaría de Gestión de Riesgos Acuerdo N° 00126-2020-Declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria
- Decreto Ejecutivo 2393 Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo.
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural

E. LINEAMIENTOS GENERALES

Bajo la dirección de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF) y en conjunto con actores de otras disciplinas pertenecientes al Consenso Multidisciplinario Informado en la Evidencia Sobre el Tratamiento de COVID-19, se reunieron durante el mes de agosto y septiembre del 2020. El objetivo fue generar recomendaciones de consenso y sustentadas en evidencia para el manejo ambulatorio de los pacientes con COVID-19 leve o enfermedad más severa que deban incluirse en un plan de manejo domiciliario estructurado debido a los escasos de espacios en hospitalización o cuidados críticos.

Este grupo desarrollador se convocó ante la necesidad del establecimiento de lineamientos operativos y de manejo ambulatorio de esta enfermedad, ante la difícil situación que ha golpeado a América del sur y sobre todo al Ecuador. Se planificaron temas a abordar, cuyos tópicos fueron discutidos y analizados en base a la evidencia disponible hasta el momento. De forma colaborativa se integraron profesionales de Medicina Familiar, Medicina Interna, Infectología, entre otros.

Pese a lo cambiante de la mejor información disponible actualmente, derivada de la generación del conocimiento en el contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, se hace necesaria la generación de un documento para estandarizar actuaciones de las distintas instancias del sistema de salud, entorno al manejo ambulatorio de esta enfermedad.

Todas las recomendaciones se formularon considerando, además, los distintos frentes que conforman la atención de primer nivel y los contextos donde estos profesionales se desenvuelven.

Los medicamentos considerados en estos lineamientos han sido valorados entorno a los estudios existentes, con un enfoque adaptativo a las distintas realidades, justificando su uso primordialmente en el beneficio del paciente.

En el documento resultante se abordan los siguientes temas como lineamientos específicos:

1. Equipo multidisciplinario del primer nivel y actividades de atención ambulatoria en el manejo integral de COVID-19
2. Definiciones y formas de presentación de los pacientes COVID-19

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 7 de 62

3. Evaluación clínica y triaje del paciente con sospecha de COVID-19
4. Manejo ambulatorio integrado de pacientes COVID-19
5. Aspectos generales en el manejo clínico ambulatorio de pacientes COVID-19
6. Manejo ambulatorio de pacientes COVID-19
7. Seguimiento clínico
8. Aspectos administrativos en el manejo ambulatorio de pacientes COVID-19
9. Recursos educativos y de apoyo para pacientes COVID-19

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 8 de 62

F. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS/ RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO AMBULATORIO Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE PACIENTES COVID-19

Equipo multidisciplinario del primer nivel y actividades de atención ambulatoria en el manejo integral de COVID-19

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada de los potenciales casos de la pandemia SARS-COV-2/COVID-19, es primordial su adecuado funcionamiento para que las estrategias nacionales y locales funcionen, incluso en los sitios con menor accesibilidad. Está constituido por los centros de salud y consultorios de atención primaria; tanto en zonas urbanas y rurales del país.

Equipo multidisciplinario del primer nivel de atención

<ul style="list-style-type: none"> • Medicina Familiar • Medicina general • Epidemiología (Personal en funciones de vigilancia epidemiológica) • Enfermería • Auxiliar de Enfermería • Trabajo social • Psicología y salud mental • Técnico de atención primaria (TAPS) Técnico operativo de atención (TOAS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de farmacología/vigilancia/bioquímica • Obstetricia • Odontología • Rehabilitación física/Fisiatría • Fisioterapia respiratoria • Personal administrativo • Personal de higiene ambiental • Atención prehospitalaria • Otros profesionales y especialistas de atención ambulatoria generalista
--	---

(El talento humano de cada unidad puede variar dependiendo el contexto e institución)

Tomado de: Consenso Multidisciplinario informado en la evidencia sobre el tratamiento de COVID-19 (1)

La provisión de servicios en este nivel disminuye las inequidades sociales, generando que las personas más vulnerables tengan acceso y atención en salud, como garantía de lo estipulado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar de la República del Ecuador (MAIS-FCI), en cuyo marco conceptual se destaca: La participación social, el enfoque de interculturalidad, la integración de la salud mental, la investigación, formación y capacitación del talento humano con la Red Pública Integral de Salud (2).

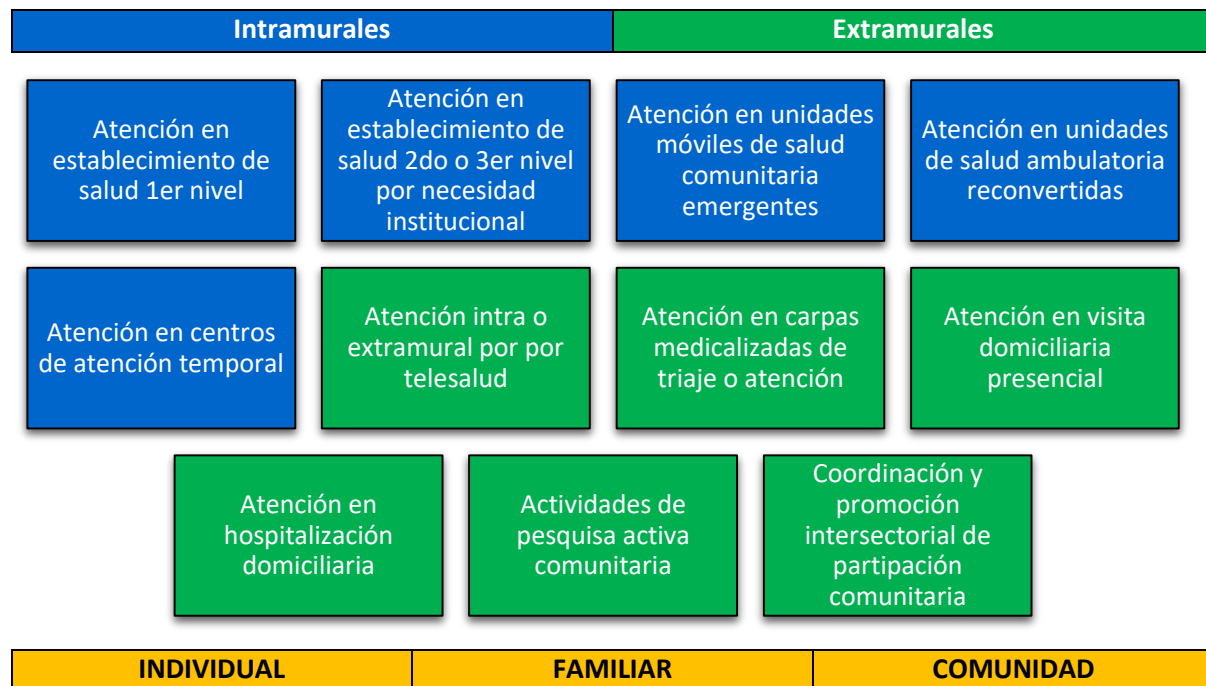
2.1 Prestaciones del equipo multidisciplinario del primer nivel en respuesta a la pandemia COVID-19

La pandemia COVID-19 ha retado la resiliencia de los sistemas de salud, la capacidad de respuesta dependerá de la fortaleza, reorganización y ampliación de los servicios de toda la red. Un actor fundamental es el primer nivel, en su capacidad resolutoria, conversión de unidades, cuidados y seguimiento domiciliarios, la garantía de su capacidad se vuelve más importante que nunca. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3) recomienda pasar de un modelo “rígido” a uno más dinámico y flexible, en el que los servicios se adapten a los requerimientos de cuidados, en este sentido puede verse necesario aumentar experiencias que no se han explotado en nuestro país, como

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 9 de 62

la hospitalización domiciliaria. De acuerdo a lo estipulado en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (2), la provisión de servicios en el contexto ambulatorio se puede presentar por demanda espontánea o durante la realización de actividades de cobertura en campo. Los sitios de atención ambulatoria involucran varios entornos intramurales o extramurales, además los escenarios ante los que se pueden enfrentar los profesionales del equipo de atención del primer nivel puede ser: atención individual, familiar, comunitaria, entorno natural.

Escenarios de atención posibles del equipo multidisciplinario de primer nivel en COVID-19, modelo integrativo



Realizado por: Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (2)

Situaciones de atención del equipo multidisciplinario del primer nivel a pacientes COVID-19^a:

Valoración clínica/cribado de paciente que acude a institución de salud o que recibe atención domiciliaria	Diagnóstico clínico epidemiológico de paciente que recibe atención mediante consulta telefónica/video consulta
Derivación hospitalaria de paciente valorado en institución de salud o domicilio	Valoración clínica y seguimiento mediante telesalud
Valoración clínica de seguimiento de tratamiento domiciliario	Seguimiento de convalecencia y complicaciones (prevención secundaria, terciaria y cuaternaria)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 10 de 62

Contactos de pacientes o alto riesgo de COVID-19	Paciente sospechoso COVID-19	Paciente con diagnóstico confirmado COVID-19	Paciente alta hospitalaria y/o post COVID-19
---	-------------------------------------	---	---

Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7 (IC al 95% 6.31-6.83), desviación Intercuartilica de 0.5, alto grado de consenso (1).
Realizado por Moreno-Piedrahita, F., León E. 08/2020 (4)

2.1.1.1.1 Actividades que se deben desarrollar como parte del manejo integral de los pacientes con SARS-COV-2/COVID-19 en el primer nivel de atención:

(5–12)

- Triage en los centros de atención, identificación oportuna y activa de pacientes sospechosos, probables y confirmados.
- Manejo ambulatorio-domiciliario activo de los casos sospechosos/confirmados de COVID-19 no grave (No grupo de riesgo, no signos/síntomas de gravedad): abordaje sintomático, no farmacológico experimental.
- Realizar anamnesis, examen físico, identificar los factores de riesgo y signos de alarma de los casos sospechosos/confirmados.
- Establecer la clasificación de gravedad, identificar complicaciones y referir oportunamente a los pacientes sospechosos/diagnosticados para manejo hospitalario.
- Supervisión clínica presencial o a distancia (telesalud) de los pacientes COVID-19 en aislamiento domiciliario y sus contactos.
- Identificación, registro y monitoreo de las reacciones adversas a tratamientos.
- Seguimiento de pacientes con alta hospitalaria: recuperación, rehabilitación curación y/o complicaciones.
- Asesorar al paciente y/o cuidador respecto a los signos y síntomas de enfermedad complicada, aspectos del cuidado y el manejo del entorno.
- Brindar un manejo empático-compasivo-paliativo a los pacientes ambulatorios-domiciliarios con COVID-19 que lo necesiten.
- Pesquisa y vigilancia de patología mental sobre todo en pacientes COVID-19, población en cuarentena y personal de salud.
- Prevención, promoción y contingencia de la enfermedad en la comunidad.
- Educación enfática sobre las medidas comprobadas de prevención: la cuarentena domiciliaria y el distanciamiento social de la población general.
- Colaborar en la vigilancia epidemiológica: individual, familiar y comunitaria de la epidemia SARS-COV-2/COVID-19.
- Mantener actividades intra o extramurales para garantizar la prestación sanitaria de la población no-SARS-COV-2/COVID-19.
- Vigilar y mantener activamente la salud de la población en estado de vulnerabilidad/riesgo (Mayores de 60 años, comorbilidades, inmunocomprometidos, embarazadas, niños, etc.) En el Ecuador se ha encontrado que la mortalidad de los pacientes mayores de 50 años son un grupo importante de riesgo.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 11 de 62

- Priorizar y optimizar recursos humanos, materiales e insumos en la prestación sanitaria.
- Precautelar la salud e integridad del profesional de salud y de todo el equipo multidisciplinario de atención comunitaria.
- Orientación a centros educativos, empresas e instituciones para preparación y respuesta para la enfermedad SARS-COV-2/COVID-19.
- Mantener las medidas de bioseguridad y pautas de dirección en los centros asistenciales.
- Cumplir con el llenado de documentos de notificación, vigilancia y seguimiento epidemiológico, así como articularse con el personal de epidemiología distrital e institucional asignados.
- Realizar actividades de limpieza/desinfección de equipos y adoptar las medidas de control administrativo, así como la gestión adecuada de los residuos generados del manejo y contacto con pacientes SARS-COV-2/COVID-19.
- Gestionar la toma de muestras para el diagnóstico SARS-COV-2/COVID-19 de ser necesario, al tener la disposición de estas.
- Reconvertir las consultas presenciales programadas por video consultas o atención telefónica.
- Brindar atención domiciliaria a pacientes que lo requieran y hayan cumplido los criterios de manejo domiciliario.
- Evaluación y manejo de pacientes con SARS-COV-2/COVID-19 leve a moderado y aquellos con criterios de cuidado paliativo

Actividades de manejo ambulatorio de pacientes con SARS-COV-2/COVID-19: (13–18)

- Educación del paciente, a su cuidador, proveedor del hogar, familia y contactos acerca de las banderas rojas de deterioro clínico y las normas de aislamiento con respecto a la familia, la designación de un único cuidador y el uso de espacios compartidos.
- Monitoreo diario de la evolución clínica (Vigilar el deterioro súbito) mediante video consulta, llamada telefónica, y solo si es necesario de forma presencial.
- Evaluar la capacidad de monitoreo domiciliario del paciente por parte de los cuidadores y la capacidad de cumplir con el aislamiento (Estructura del domicilio, riesgo de hacinamiento, acceso a higiene de manos).
- Prevención de contagio a contactos.
- Vigilar, apoyar e insistir en la cuarentena y distanciamiento social obligatorios.
- Fortalecer redes de apoyo social para garantizar líneas vitales en el domicilio (Provisión, alimentación, hidratación).
- Evitar uso de fármacos experimentales (Antivirales, inmunomoduladores) para casos ambulatorios de SARS-COV-2/COVID-19 (no grave).
- Manejo sintomático que puede incluir: hidratación necesaria no excesiva, antipiréticos (Paracetamol), AINEs (Si no hay alternativa), medidas antitusígenas, antibioticoterapia empírica precoz (Sospecha de infección), Oseltamivir (Sospecha de influenza), control y relajación de la disnea (Vigilancia de la progresión).

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 12 de 62

2.2 Visita domiciliaria

La Visita domiciliaria son intervenciones preventivas, de promoción y de atención de salud de las personas, se debe realizar un análisis de la valoración de las necesidades de las familias y su entorno, determinando sus riesgos, fortalezas y relaciones(19).

Primer nivel de atención y atención domiciliaria (20–23)

Al inicio de la pandemia, a pesar de la relevancia del primer nivel en el control de la enfermedad, los esfuerzos se centraron en el manejo de la enfermedad en el sistema de salud y sus unidades, especialmente a nivel hospitalario. Posteriormente ante el incremento incontrolable de los casos y el colapso de las unidades del sistema tanto por la afluencia cada día mayor de casos, como por la disminución de personal por contagio y/o salida del personal sanitario, se retoma la importancia de la atención ambulatoria como eje para la atención y contención de casos.

Debemos considerar además que la atención domiciliaria se articula con otras actividades que permiten un mejor control como la vigilancia comunitaria y la contención de casos, disminuyendo de esta forma la dependencia de las unidades de internación y mejorando el seguimiento integral de estos pacientes tanto desde el sistema como desde el involucramiento familiar y comunitario(19).

Atención domiciliaria en casos especiales

La visita domiciliaria tradicionalmente se ha realizado en pacientes muy frágiles y/o paliativos, involucrando no solo al paciente sino también a su familia y comunidad; lo que además contribuye a que estas familias no se sientan abandonadas por el sistema. Las condiciones de realización de la visita es lo que se debe modificar acorde a la circunstancia de infección por COVID⁽ⁱⁱⁱ⁾. La atención domiciliaria en casos de paciente COVID se usa en pacientes que presentan síntomas leves o no puedan ser hospitalizados debido a la sobrecarga que presente el sistema de salud, siempre que estos pacientes cuenten con un sistema de apoyo de cuidado por familiares y personal de salud.⁽¹⁾ Inicialmente la OMS consideraba que los pacientes COVID que podían ser atendidos en domicilio no debían tener antecedentes de enfermedades que potencialmente podían constituirse en un factor de riesgo de complicaciones como: cardiopatías, neumopatías, insuficiencia renal y otros síndromes asociados a inmunosupresión.

El personal de salud debe ser personal calificado, donde y cuando sea posible; este personal debe comprobar que el lugar cumpla con condiciones mínimas necesarias y que paciente y familia sean capaces de cumplir con las recomendaciones como: aislamiento, higiene personal, respiratoria y del entorno.

Se debe mantener canales de comunicación permanente durante el tiempo que dure la atención al paciente en domicilio, estos canales de comunicación deben ser adaptados según la realidad del paciente y del sistema de salud.

Las actividades a cumplir además de la atención médica domiciliaria son: Educación del paciente y las personas que convivan en el domicilio, prevención, promoción, monitoreo epidemiológico.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 13 de 62

2.3 Telesalud – Teleconsulta

El uso de la tecnología para la interacción con los pacientes COVID-19 son una forma eficaz y segura para brindar evaluación y orientación de los cuidados necesarios para los pacientes, sin exponer al riesgo de transmisión de la enfermedad al personal de salud. Existen tareas que realizan los profesionales de salud que pueden ser solventadas de manera virtual e inclusive de manera asincrónica. Este tipo de interacción profesional-paciente ha brindado la capacidad de los servicios de continuar con algunas de sus actividades, así como de optimizar el consumo de recursos, necesarios para la mitigación de la pandemia(24).

Tipos de consulta médico paciente

Tipo de encuentro físico médico-paciente		
Presencial	No presencial	
Visita presencial en consultorio	Teleconsulta	Mensajería
	Videollamada, telefonía celular, convencional, IP, chat	Mensajería de texto o voz, correo electrónico
(Coincide en tiempo) Sincrónico		(No coincide en tiempo) Asincrónico
Según sincronía de interacción médico-paciente		

Realizado por Moreno-Piedrahita F. 08/2020 (25)

Requerimientos mínimos para un sistema de teleconsulta:

<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos básicos sobre tecnología • Comprensión de limitaciones de tecnología • Disponibilidad de hardware (dispositivo de transmisión) • Disponibilidad de software (herramienta de conexión) • Acceso a internet-telefonía (depende del medio) • Proceso administrativo (programación) • Marco legal, ético • Aceptación sociocultural
--

Realizado por Moreno-Piedrahita F. 08/2020 (24,26)

- Recomendaciones para la comunicación efectiva en telemedicina(1):
 - a. Definir previamente los temas a discutir y el tiempo de asistencia
 - b. Mirar hacia la cámara y no directamente a los ojos del paciente
 - c. Cuidar la presentación personal y la distancia que se tiene hasta la cámara
 - d. Modular el tono de voz y la gesticulación para mejorar la comunicación
 - e. Evitar interrupciones durante la consulta
 - f. Solicitar feedback de las instrucciones y recomendaciones impartidas.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 14 de 62

Definiciones y formas de presentación de los pacientes COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (WHO) (27) ha definido en tres categorías los pacientes respecto al COVID-19:

Caso sospechoso	<p>A. Criterios clínicos + criterios epidemiológicos</p> <p>B. Persona con enfermedad respiratoria aguda grave de aparición en los últimos 10 días y que requiera hospitalización</p>
Caso probable	<p>A. Criterios clínicos + contacto de un caso probable o confirmado</p> <p>B. Hallazgo sugestivo de COVID-19 en una prueba de imagen de tórax</p> <p>C. Persona con trastorno del olfato o gusto sin causa</p> <p>D. Muerte en persona con distress respiratorio + contacto de caso probable o confirmado</p>
Caso confirmado	<p>A. Persona con diagnóstico confirmado de COVID-19</p>

Adaptado por Moreno-Piedrahita, F. de Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020 (27)

Identificación de casos (posibles) sospechosos de SARS-COV-2/COVID-19 a nivel ambulatorio:

- Se recomienda el cribado activo con identificación de casos sospechosos a nivel ambulatorio, y en todos los escenarios posibles a nivel comunitario(28,29) - Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7 (IC al 95% 5.87-6.85), Desviación Intercuartilica de 0.5, alto grado de consenso (1).
- Diagnosticar COVID-19 basado en los criterios clínico-epidemiológicos.
- Realizar una búsqueda activa, para la identificación temprana de casos sospechosos de SARS-COV-2/COVID-19, sintomáticos o no, en el primer nivel de atención.
- Establecer lineamientos de cribado con identificación de casos sospechosos a todas las personas que acudan a los establecimientos comerciales, de salud, gubernamentales, etc.
- El cribado debe incluir preguntas respecto a sintomatología (fiebre, tos, disnea), nexo epidemiológico, riesgos y toma de temperatura.
- Establecer operativos a nivel comunitario.
- Asesorar para que las empresas que se mantienen activas implementen el cribado y la identificación de los casos sospechosos en sus empleados y público en general.

Pacientes que deben recibir manejo y seguimiento ambulatorio-domiciliario de COVID-19

<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con sospecha fuerte de SARS-COV-2/COVID-19 • Pacientes con diagnóstico confirmado de SARS-COV-2/COVID-19 • Pacientes que recibieron alta hospitalaria por SARS-COV-2/COVID-19 • Pacientes que hayan requerido hospitalización y que retornen para seguimiento domiciliario • Pacientes remitidos de hospitalización por condición de estabilidad y requerimientos de espacio físico de una unidad de salud • Pacientes con secuelas post COVID-19 	
--	--

Fuentes de información (18,30,31)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 15 de 62

Evaluación clínica y triaje del paciente con sospecha de COVID-19

4.1 Características clínicas importantes en COVID-19

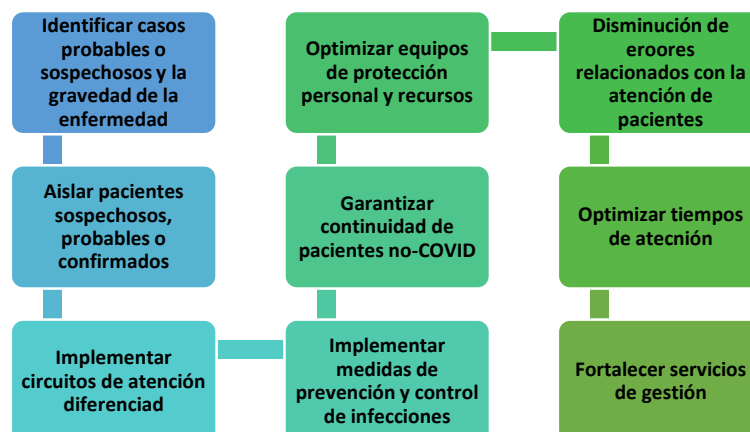
A pesar de que el periodo de incubación es de 5 días, las personas con COVID-19 pueden presentar sintomatología desde 2 a 14 días posteriores a su exposición de contagio. Los síntomas más frecuentes que se presentan en los pacientes son (32):

Más frecuentes:	Otros síntomas:
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (80,4%) • Fatiga (46%) • Tos (63,1%) • Expectoración (41,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalofríos, astenia, mialgias • Falta de aire o dificultad para respirar • Cefalea • Nueva pérdida del olfato o del gusto • Dolor de garganta • Congestión o secreción nasal • Náuseas o vómitos • Diarrea

4.2 Triage de pacientes COVID-19

El triaje es un proceso de selección y clasificación de pacientes. En COVID-19 tiene la finalidad de discriminar los pacientes que tienen mayor probabilidad de padecer la infección por SARS-CoV-2 y distinguir su gravedad, así como de tener factores de riesgo para evolucionar a enfermedad crítica o deterioro clínico súbito. En el Ecuador, este proceso puede ser cumplido mediante la visita presencial, el uso de telemedicina o aplicaciones que involucran inteligencia artificial. Esta función puede ejecutarse por cualquier profesional del equipo multidisciplinario del primer nivel, en el sistema ecuatoriano se simplifica esta acción como: “**identificar – aislar – informar**” (33,34).

Objetivos del triaje de pacientes COVID-19



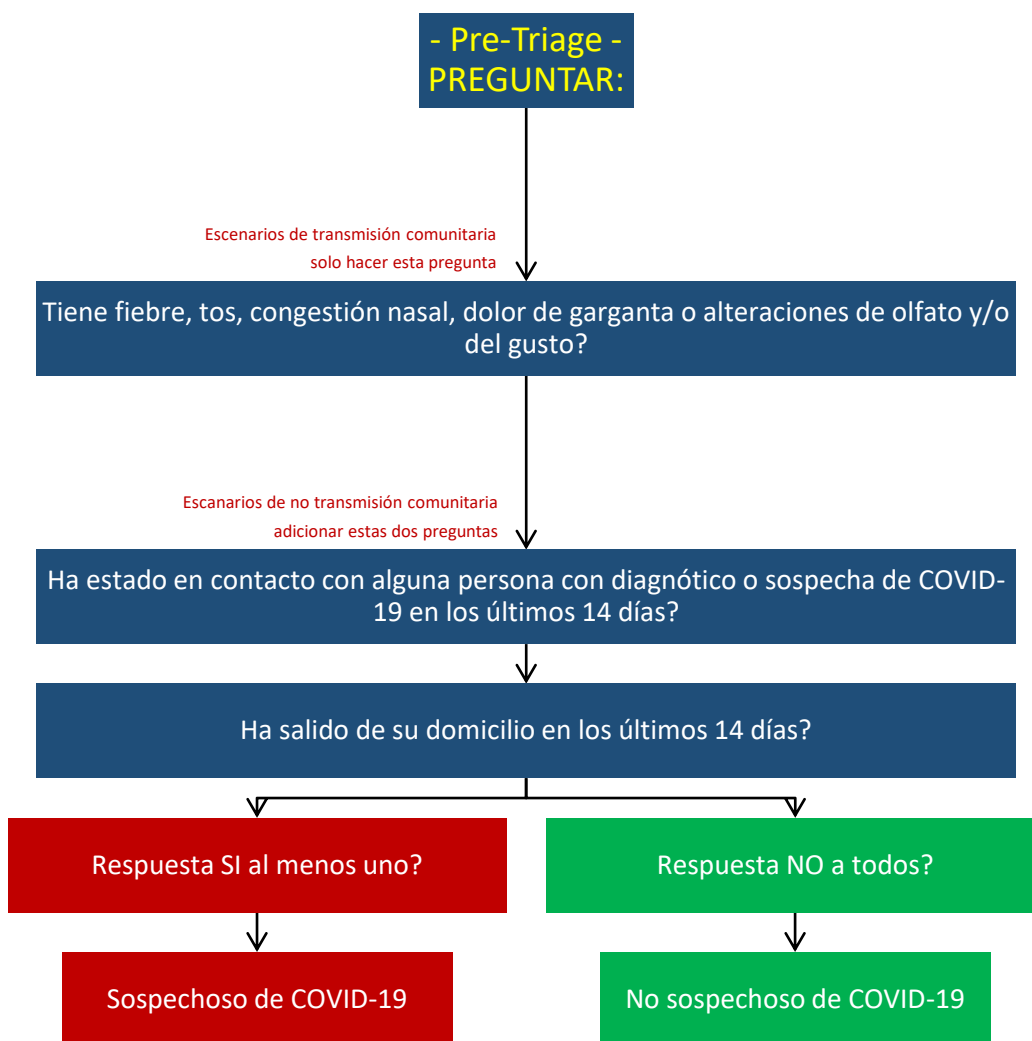
Elaborado por Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (33–35)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 16 de 62

Se recomienda utilizar herramientas de autoevaluación de los pacientes y tecnológicas para triaje inicial o anticipado, a fin de disminuir el riesgo de exposición del personal y la población (26,28,29,33).

4.2.1 Pre-triaje de pacientes COVID-19

Se puede establecer un flujo de pre-triaje para individualizar el riesgo de estar ante un paciente COVID-19:



Realizado por Moreno-Piedrahita, F. 09/2020(34)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 17 de 62

4.3 Factores de riesgo para presentar COVID-19 severo-crítico

Se ha reportado que 80% de los pacientes padecerán enfermedad COVID-19 leve (36). Las comorbilidades como hipertensión, obesidad y diabetes son, junto a la edad los factores más comunes en los pacientes hospitalizados (37). Pese a que se han reportado como grupo de riesgo los mayores de 60 años, en el Ecuador los datos revelan morbi-mortalidad considerable en el grupo etario comprendido entre los 50 y 64 años (1).

Factores de riesgo para presentar enfermedad grave, necesidad de ventilación y muerte identificados en COVID-19

Factor de riesgo	Riesgo de enfermedad grave, necesidad de ventilación y muerte
Edad	Mayor a 50 años
Hacinamiento	Espacio menor a 1,5 m ² por persona
Sexo	Sexo masculino
Etnia	Etnia negra, asiática y latinoamericana
Comorbilidades	Duplica el riesgo de hospitalización
HTA	2,3 veces más riesgo de cuadro grave 3,5 veces más riesgo de muerte
Enfermedad cardiovascular	3 veces más para infección grave 2 veces más mortalidad general
Obesidad	4 veces más de enfermedad severa 40% de incremento en mortalidad
Diabetes	2,5 veces más riesgo de enfermedad severa 80% mayor riesgo de mortalidad A más tiempo de enfermedad y menor control, peor pronóstico
Tabaquismo	65% más riesgo de enfermedad severa 57% más riesgo de muerte
Enfermedad respiratoria crónica	2,5 veces mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad
Cáncer	Doble de enfermedad grave y 35% mayor mortalidad
Enfermedad renal crónica	Doble riesgo de muerte

Adaptado por Vargas A. 08/2020 de (38)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 18 de 62

4.4 Factores de riesgo en casos COVID-19 pediátricos

Evaluar la presencia de **factores de riesgo en los niños**: edad menor a 3 meses, prematuros, cardiopatías, enfermedades respiratorias preexistentes, inmunocomprometidos, enfermedades neuromusculares, encefalopatías moderadas o graves, nefropatías, desnutrición (39).

Patologías consideradas de riesgo para complicaciones en el paciente pediátrico con COVID-19

Inmunodepresión	Inmunodeficiencias primarias, trasplante, tratamiento con quimioterapia, inmunosupresores, infección VIH con mal control (carga viral detectable, disminución de CD4, inversión CD4/CD8)
Cardiopatías	Con repercusión hemodinámica, hipertensión pulmonar, postoperatorio reciente de cirugía o cateterismo, en espera de trasplante cardíaco/cardiopulmonar.
Patología respiratoria crónica	Fibrosis quística, displasia broncopulmonar, portadores de traqueostomía, oxigenoterapia o ventilación mecánica domiciliaria, asma grave
Otros	Diálisis, drepanocitosis, diabetes tipo 1 con mal control metabólico, malnutrición severa, intestino corto, epidermólisis bullosa, encefalopatías graves, miopatías, errores congénitos del metabolismo

Adaptado por Martínez, A. 09/2020 (39)

Evaluar los **criterios clínicos de gravedad** para decidir su derivación a un centro hospitalario(40):

- Estado general: hidratación, sensorio, perfusión periférica, diuresis.
- Dificultad respiratoria con o sin sibilancias asociadas
- Taquipnea

Valores para considerar taquipnea (respiraciones por minuto - rpm) por edad

Edad	rpm
<2 meses	≥ 60
2–12 meses	≥ 50
1–5 años	≥ 40
≥ 5 años	≥ 30

Realizado por Martínez, A. 09/2020

(evaluados sin llanto ni fiebre)

4.5 Referencia a un centro hospitalario de pacientes COVID-19:

Realizar referencia a un mayor nivel de complejidad, de los pacientes con sospecha clínica/diagnóstico confirmado que cumplan con criterios de gravedad y/o tengan indicación de manejo hospitalario (crítico y severo) y aquellos que no puedan ser manejados a nivel ambulatorio-domiciliario por sus comorbilidades o criterios socio-geográficos.

La decisión de derivación para manejo hospitalario se la tomará ante la presencia mínima de signos de complicación, cambios de estabilidad y/o deterioro clínico del paciente SARS-COV-2/COVID-19 en manejo ambulatorio.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 19 de 62

Se recomienda mantener un sistema adecuado de referencia y contrarreferencia entre la atención hospitalaria y el primer nivel, la cual debe ser verificada por los equipos de salud para la entrega oportuna de los pacientes, los profesionales de los diferentes niveles deben entregar información oportuna para el seguimiento de los casos.

Los pacientes que han sido dados de alta del nivel hospitalario a su domicilio deben ser vigilados estrechamente para garantizar la terminación del tratamiento hospitalario y monitorizar eventos adversos de los fármacos, esta información debe manejarse mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de la Red Pública Integrada de Salud (RPIS)(41,42).

Puntos de Buena Práctica:

- Se debe garantizar la comunicación y articulación entre el nivel hospitalario y el ambulatorio, para asegurar el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes COVID-19 con alta hospitalaria y/o que necesiten terminar sus tratamientos en el domicilio.
- La entrega adecuada del paciente se debe canalizar a través de los profesionales de epidemiología de cada distrito y/o la unidad de salud de primer nivel que estará a cargo del seguimiento temprano y estrecho a nivel ambulatorio.
- La información que debería enviarse al sistema de vigilancia ambulatoria del primer nivel debería incluir: epicrisis detallada y hoja de contrarreferencia, información de las complicaciones, días de tratamiento para culminar, consideraciones pertinentes para el seguimiento.
- El sistema de referencia y contrarreferencia podría fortalecerse mediante el uso de las tecnologías para la transmisión directa de los datos e información del paciente, a fin de evitar movilizaciones y exposiciones innecesarias.

Criterios de gravedad/referencia hospitalaria del paciente COVID-19 ambulatorio: (13,43–45)

Síntomas	Que valorar	Criterios
Respiratorios	Taquipnea	Frecuencia respiratoria mayor a 22 rpm
	Hipoxia	SpO2 menor a 93% (nivel del mar)
		SpO2 menor a 90% (altura)
		SpO2 menor a 88% o la conocida de referencia (EPOC)
		Cianosis facial o labial
	Disnea	De reposo o esfuerzos leves, ortopnea (NYHA)
	Dificultad respiratoria	Uso de músculos accesorios
Expectoración	Aumento de expectoración	
	Presencia de hemoptisis	
Necesidad de radiografía urgente (Cambios en la auscultación +)	Sospecha clínica de neumonía con sobreinfección bacteriana	
	Sospecha clínica de neumonía severa	

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 20 de 62

Cardiovasculares	Taquicardia	FC: mayor a 125 lpm (Individualizar en niños)
	Hipotensión	PAS menor a 90 mmHg PAD menor a 60 mmHg
Gastrointestinales	Intolerancia a la vía oral	Vómitos incoercibles
	Diarrea	Más de 10 deposiciones al día
	Deshidratación	Signos de deshidratación
	Dolor	Dolor abdominal intenso
Neurológicos	Alteración del estado de conciencia	Letargia, obnubilación, desorientación, confusión aguda
	Otros neurológicos	Vértigo, ataxia, cefalea con signos de alarma, rigidez cervical, convulsiones, incapacidad para alimentarse/lactar (niños, neonatos)
Generales	Fiebre	Estado febril mayor a 7 días o aparecido tras un período afebril con temperatura >39°C
	Estado general	Afectación importante del estado general (astenia), gemidos o gruñidos, diaforesis, palidez
Otros síntomas o signos que puedan sugerir compromiso vital del paciente		Dolor torácico típico de síndrome coronario agudo o atípico en poblaciones de riesgo, Petequias/equimosis, oliguria/anuria.
Los pacientes podrían cursar con cuadros subclínicos y diversas presentaciones iniciales, lo que dificulta la detección temprana y reconocimiento de la gravedad ya que el deterioro puede ser súbito.		
Pacientes en condiciones de vulnerabilidad deberían ser manejados hospitalariamente (mayores 60 años, más de 1 comorbilidad)		

Tomado de Consenso Multidisciplinario informado en la evidencia sobre el tratamiento de Covid-19 (1).

4.6 Rol de los exámenes diagnósticos en COVID-19 ambulatorio

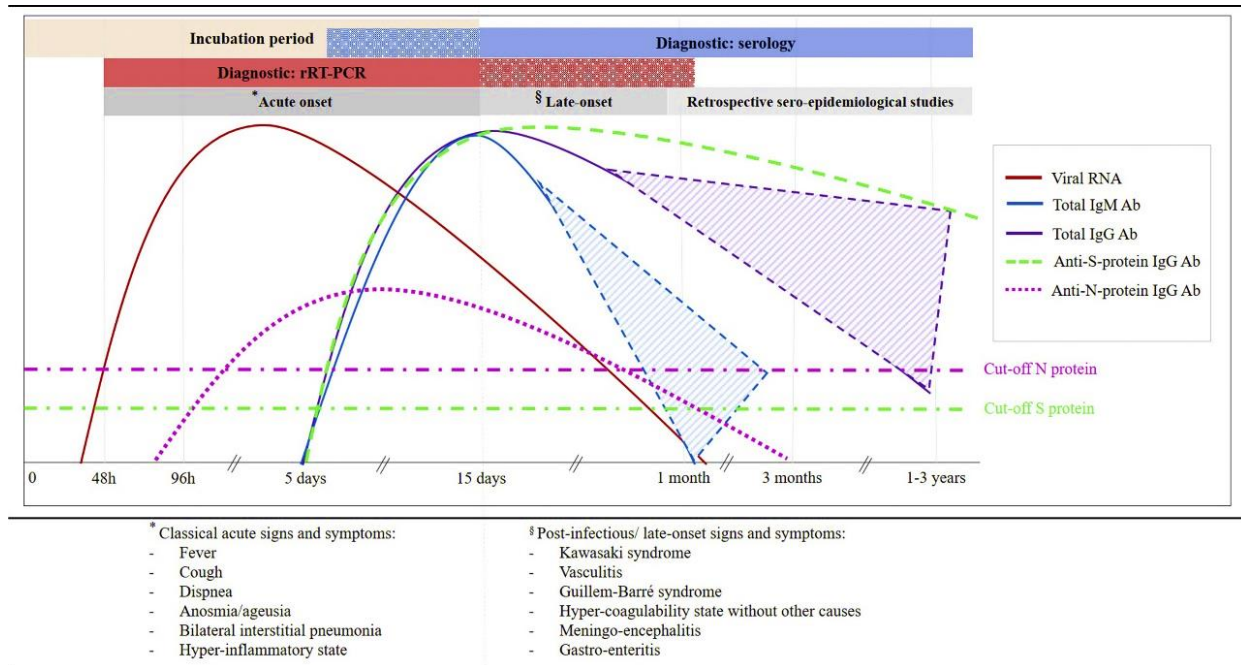
La reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (rt-PCR) es el método de diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2. La serología es una herramienta para aclarar discrepancias clínicas.

Sensibilidad de las pruebas de detección en relación con el tiempo de evolución de la enfermedad.

PRUEBA	Exposición sin síntomas	SENSIBILIDAD EN EL TIEMPO			
		Con síntomas			
	4to día	1er día	7mo día	2 semanas	4 semanas
PCR (hisopado nasal)	30 %	60%	80%	50%	5%
Anticuerpos (pruebas rápidas en sangre) *	-	-	-	-	90%
*La presencia de anticuerpos no significa haber adquirido inmunidad contra COVID-19, la posibilidad de reinfección es incierta.					

Adaptado por Vargas A. 08/2020 de Centers for Disease Control and Prevention, 2020 (46)

Marcadores y diagnóstico de laboratorio de la infección por SARS-CoV-2



rRT-PCR, reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real; ARN, ácido ribonucleico; IgM, inmunoglobulina tipo M; IgG, inmunoglobulina tipo G; Ab, anticuerpos.

Tomado de Caruana et al., 2020 (47)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 22 de 62

Manejo ambulatorio de pacientes COVID-19

5.1 Estratificación del manejo de los pacientes COVID-19

Recomendaciones para aislamiento domiciliario temprano y seguimiento de los pacientes con sospecha de COVID-19 (presencia de A+B+C) ^b.

A	+ B	+ C
1. Con síntomas de infección respiratoria aguda o 2. Síntomas de baja frecuencia de COVID-19 o 3. Contactos de alto riesgo con pacientes COVID-19	Sospecha de COVID-19 o Resida en escenarios de transmisión comunitaria	Con o Sin prueba de prueba para SARS-CoV-2

b. Recomendación fuertemente a favor, mediana de 7 (IC al 95% 5.87-6.85), desviación Intercuartilica de 0.5, alto grado de consenso (1). Realizado por Moreno-Pierahita, F. 09/2020 (4,33)

Idealmente los pacientes con diagnóstico de COVID-19 deberían ser vigilados y recibir tratamiento dependiendo de la gravedad de su enfermedad y de la presencia de factores de riesgo para desarrollar complicaciones. La elección debería individualizarse caso a caso(41).

5.1.1 Estratificación de los lugares de manejo ideal acorde a la gravedad de la enfermedad COVID-19

Gravedad COVID-19	Frecuencia de presentación	Entorno de manejo
Leve a moderada (síntomas leves hasta neumonía leve)	81%	Domicilio - ambulatorio
Grave (disnea, hipoxia o afectación pulmonar > 50% en las imágenes)	14%	Hospitalización
Crítico (insuficiencia respiratoria, shock o disfunción del sistema multiorgánico)	5%	Unidad cuidados críticos

Realizado por: Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (41)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 23 de 62

Evaluación de la gravedad y riesgo de mortalidad por neumonía en primer nivel de atención:

Puntuación CRB-65*				
Parámetro (1 punto por cada respuesta positiva)	Puntos	Categoría riesgo	Riesgo mortalidad	Manejo
1. CONFUSIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Cambio agudo del estado mental • Dificultad para seguir una conversación • Manifiesta ideas incoherentes • Confunde a las personas • Alteración de conciencia (letargo o estupor) • Nueva desorientación (persona, lugar o tiempo) 	0 Puntos	Bajo	menor a 1%	Manejo domiciliario + Seguimiento frecuente Evaluación y Manejo hospitalario
	1 a 2 puntos	Intermedio	entre 1 a 10%	
	3 o 4 puntos	Alto	mayor a 10%	
2. FRECUENCIA RESPIRATORIA ELEVADA <ul style="list-style-type: none"> • 30 respiraciones por minuto o más 				
3. PRESIÓN ARTERIAL BAJA <ul style="list-style-type: none"> • Diastólica de 60 mmHg o menos o • Sistólica de menos de 90 mmHg 				
4. EDAD ≥ 65 AÑOS				

* Nota: si se dispone de nitrógeno ureico se puede emplear CURB-65

Elaborado por Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (48,49)

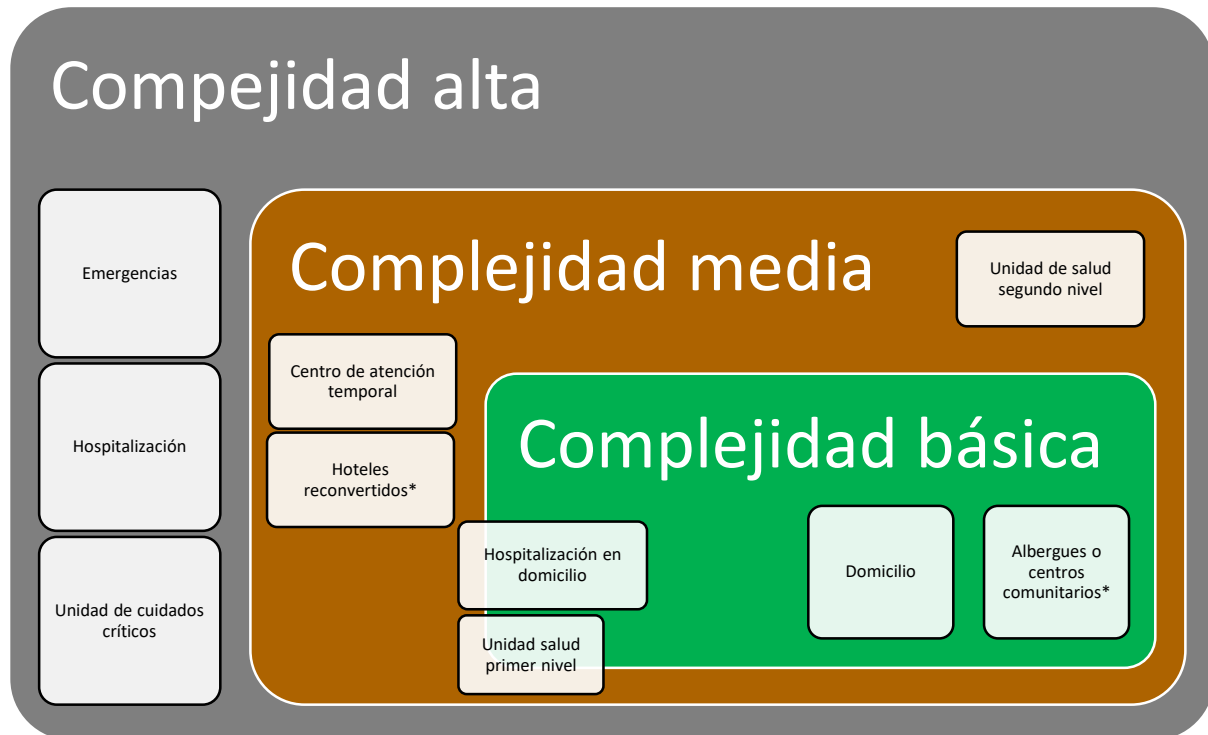
5.1.1 Organización de los lugares de manejo de los pacientes COVID-19 clasificados por complejidad

El avance importante que ha tenido la pandemia hacia una transmisión comunitaria sostenida ha obligado a la creación y adaptación de espacios de atención para liberar la carga asistencial derivada del incremento de pacientes y el aumento en la demanda de servicios. En ese contexto se han tenido que adaptar espacios en unidades de salud, aumentando su capacidad resolutoria o reconvertir espacios no sanitarios en centros temporales de atención. La atención en domicilio de los pacientes con enfermedades leves y la adaptación de hospitalización domiciliaria para pacientes más graves también se ha hecho manifiesta por la falta de espacios sanitarios que ha traído la pandemia (3).

Existen experiencias y recomendaciones para responder a la alta demanda de camas durante la pandemia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda reconvertir hoteles en espacios sanitarios para hospitalización de baja complejidad o alistar espacios en las comunidades para el aislamiento de personas con COVID-19 que no lo puedan cumplirlo en sus hogares, estas experiencias pueden no haberse implementado en el Ecuador (3,50).

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 24 de 62

Clasificación de los sitios de atención de pacientes COVID-19 por complejidad



***Al momento en Ecuador pueden no encontrarse disponibles**

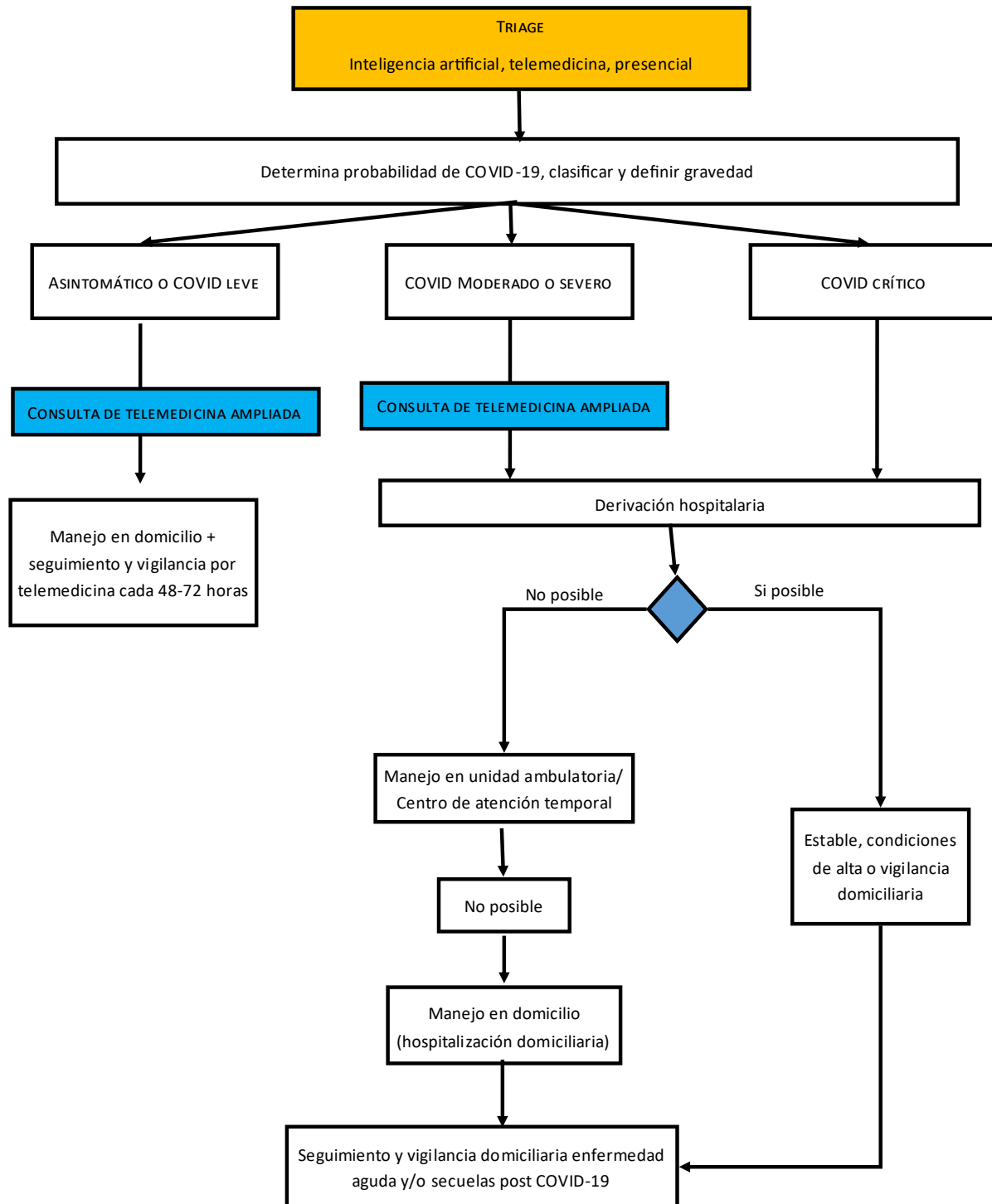
Realizado por Moreno-Piedrahita F. 08/2020 (3)

5.1.2 Consideraciones para el seguimiento domiciliario de pacientes pediátricos con COVID-19

Para realizar el seguimiento domiciliario en pacientes pediátricos han de cumplirse determinadas condiciones(40):

1. Es posible la monitorización y seguimiento estrecho de su estado con atención especial en la segunda semana de evolución porque los síntomas pueden empeorar afectando la vía respiratoria inferior.
2. No presentan enfermedad de base o factores de riesgo para COVID-19 severo en niños, contraindican asistencia domiciliaria
3. El entorno familiar es capaz de suministrar cuidados y mantener aislamiento
4. Valorar situaciones particulares de convivientes vulnerables (embarazadas, mayores de 60 años, enfermos crónicos)
5. En el caso de pacientes dados de alta de un servicio hospitalario se debe establecer un mecanismo de coordinación entre instituciones de salud de atención primaria y atención hospitalaria.

5.2 Flujo de manejo ambulatorio integrado de pacientes COVID-19



Realizado por: Moreno-Piedrahita F. 09/2020

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 26 de 62

Aspectos generales en el manejo clínico ambulatorio de pacientes COVID-19

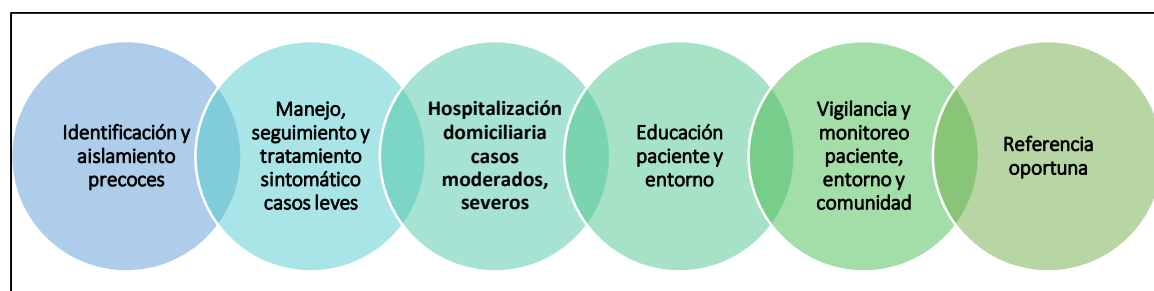
Los objetivos del manejo ambulatorio-domiciliario del paciente con SARS-COV-2/COVID-19 son: proveer manejo sintomático, proveer tratamiento oportuno, pertinente en casos leves y moderados, realizar seguimiento clínico diario (Con la identificación temprana de deterioro y/o signos de alarma para la referencia oportuna a centros de segundo o tercer nivel de atención), fortalecer redes de apoyo del paciente y su familia, garantizar líneas vitales en domicilio (Provisión de alimentos, medicamentos, artículos de desinfección y otros bienes), educar al paciente y su entorno.

Identificar la presencia de factores de riesgo y comorbilidades en el paciente y sus contactos.

Instaurar y asegurar un canal de comunicación directo y permanente entre el equipo de salud multidisciplinario y el paciente o su cuidador, para realizar el seguimiento mientras dure el aislamiento, se confirme la remisión de los síntomas y se cumplan los criterios de alta.

El manejo integral del paciente con SARS-COV-2/COVID-19 en el primer nivel involucra algunas actividades que se detallan a continuación:

6.1 Objetivos del manejo integral del paciente COVID-19 ambulatorio



Realizado por Moreno-Piedrahita, F. León, E. 08/2020 (4,41)

6.2 La visita domiciliaria del paciente COVID-19

La visita domiciliaria debe garantizar el cumplimiento de los siguientes parámetros (19):

- Si paciente vive solo, se debe garantizar disponibilidad de asistencia telefónica
- La vivienda debe disponer de una habitación con adecuada ventilación y que se pueda destinar exclusivamente al aislamiento
- Limitar los movimientos del paciente dentro del domicilio y reducir al mínimo los espacios compartidos.
- Limitar el número de cuidadores
- Considerar la NO permanencia conjunta de personas con factores de riesgo o vulnerabilidad
- El paciente debe disponer de medios de comunicación (teléfono mínimamente)
- Equipo de atención con capacidad de hacer seguimiento del caso.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 27 de 62

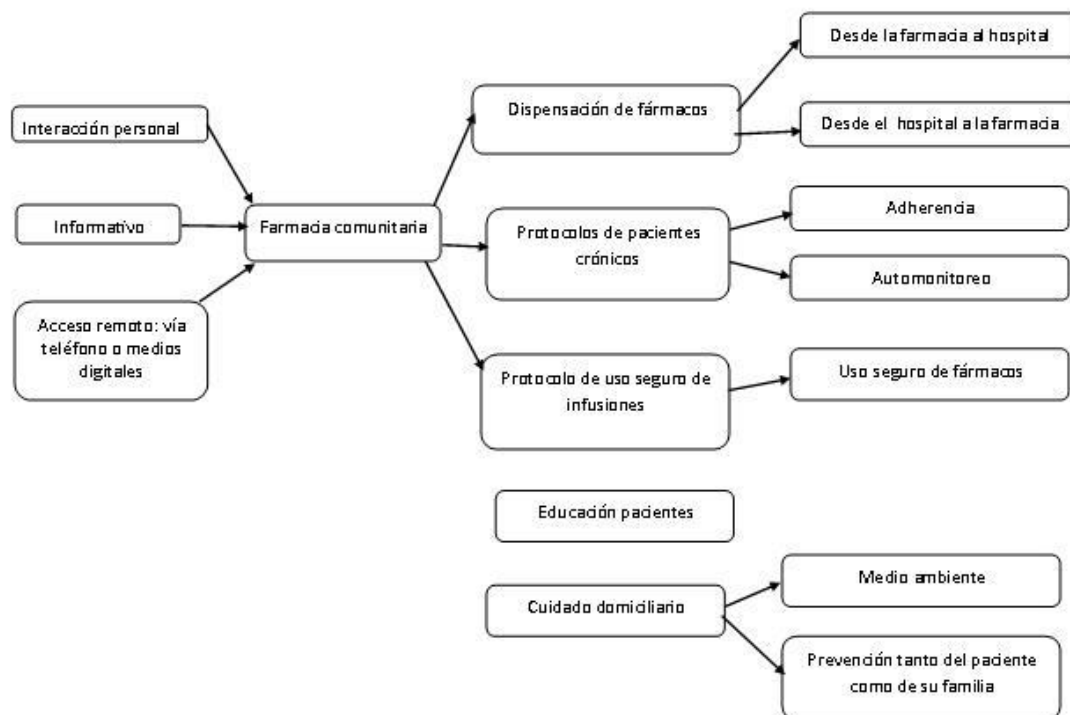
- Todos los integrantes de los equipos de atención deben mantener equipos de protección individual
- Se deberá establecer un canal de comunicación entre los cuidadores y los profesionales sanitarios durante todo el periodo de observación. Además, el personal sanitario deberá controlar periódicamente el estado de salud de los contactos(39,51).

Accesibilidad a fármacos e insumos mínimos necesarios

La interrelación del proceso de fármacos e insumos mínimos necesarios se da tanto desde la comunidad hacia la unidad de salud, como desde la unidad de salud ambulatoria hacia el hospital y viceversa, lo que garantiza la provisión completa, oportuna y pertinente del paciente.

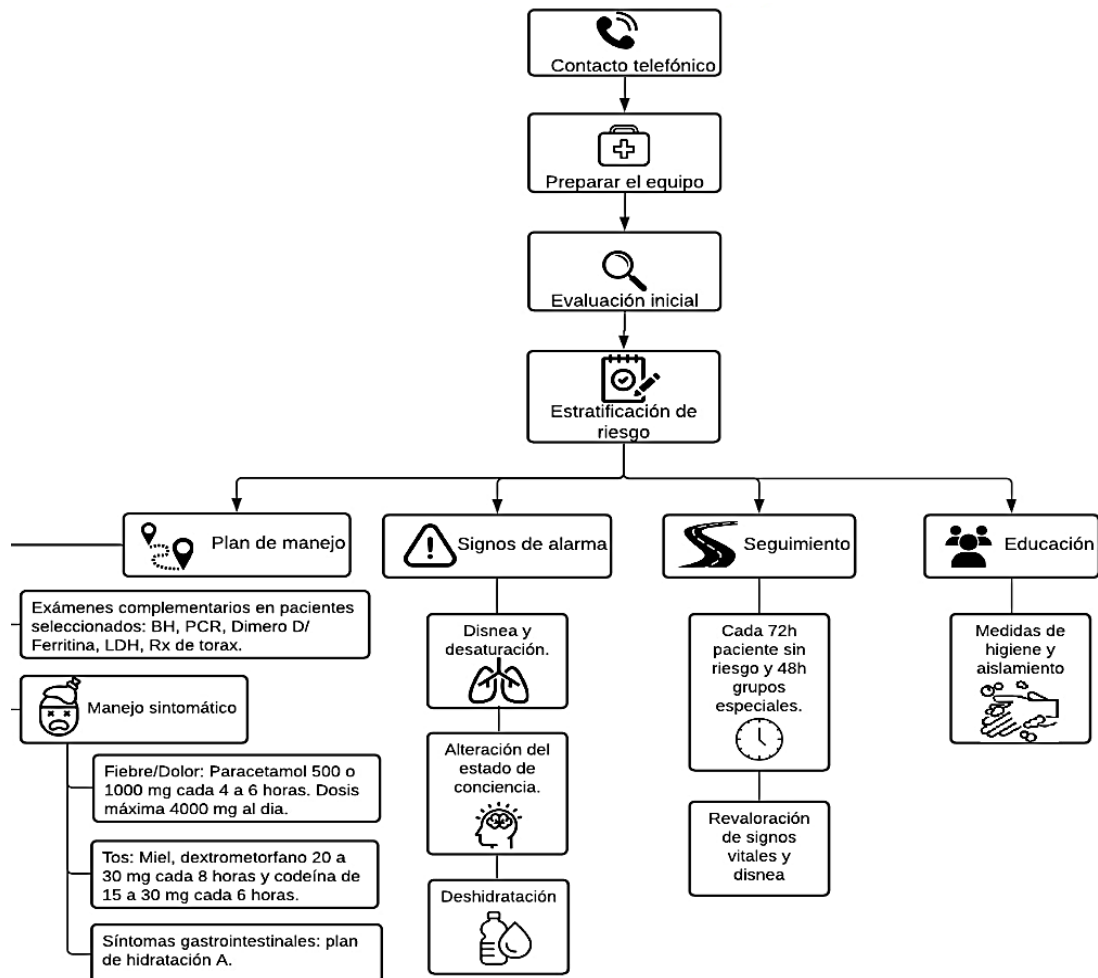
Flujo de usuario – farmacia – hospital COVID-19

Flujo de farmacia. Relación entre usuario —farmacia ambulatoria/comunitaria— hospital



Realizado por León, E. 09/2020

6.2.1 Flujoograma de visita domiciliar COVID-19



Sospecha de infección bacteriana	Sospecha de coinfección viral con influenza	Necesidad de oxigenoterapia	Alto riesgo de enfermedad tromboembólica
Valoración con CRB-65 / CURB-65 / Centor / FeverPAIN	Criterios IDSA	SpO2 menor a 93% (nivel mar) SpO2 menor a 90% (altura) SpO2 menor a 88% (EPOC) Cianosis facial o labial	Factores riesgo o trombosis previa
Antibioticoterapia específica	Oseltamivir	Dexametasona o corticoide equivalente	Trombopprofilaxis o Anticoagulación
<p>INDIVIDUALIZAR DECISIÓN TERAPÉUTICA, NO SE RECOMIENDA USO GENERALIZADO DE ESTOS MEDICAMENTOS EN TODOS LOS PACIENTES AMBULATORIOS COVID-19 (1)</p> <p>Ver en sección 6.3 “Manejo farmacológico-sintomático ambulatorio de COVID-19”</p>			

Realizado por: Vargas, A. Moreno-Piedrahita, F. 09/2020

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 29 de 62

Manejo ambulatorio de pacientes COVID-19

7.1 Manejo no farmacológico del paciente COVID-19 ambulatorio:

(13–18,52,53)

- Identificar tempranamente factores de riesgo, comorbilidades del paciente y sus contactos.
- Verificar comprensión del paciente y su familia respecto al riesgo, medidas de aislamiento y manejo.
- Verificar si los pacientes disponen de una red de apoyo familiar-social-económica y de medios para comunicar su seguimiento/deterioro oportunamente.
- Minimizar la separación familiar individualizando el riesgo y considerando el uso de centros de aislamiento temporal supervisados (29,54).
- Mantener la hidratación adecuada y necesaria, no excesiva del paciente.
- Utilizar oxigenoterapia en los casos que se requiera y esté disponible.
- Vigilar las enfermedades crónicas y comorbilidades, su control metabólico y tratamiento del paciente COVID-19 y la población general.
- Mantener medidas para control de enfermedades y prevención como la realización de actividad física (intradomiciliaria) 30 a 60 minutos, 3 a 5 días por semana (55).

- El manejo sintomático del paciente con COVID-19 en domicilio debe estar enfocado a:
 - Monitoreo de los niveles de saturación de oxígeno (si está disponible)
 - Manejo de la tos (casos severos)
 - Inicio de antibioticoterapia empírica precoz (sospecha de infección)
 - Mantenimiento y desescalamiento de antibioticoterapia iniciada en hospitalización
 - Control de la disnea (Vigilar progresión)
 - Control de fiebre y dolor

7.1.1 Manejo de la Disnea:

Se recomienda valorar la disnea con un método objetivo como la escala de evaluación de la New York Heart Association (NYHA), sobre todo vigilar el aumento progresivo o súbito.

Escala de evaluación de la disnea NYHA: New York Heart Association (56)

I	Sin limitación de actividad física. La actividad física ordinaria no causa fatiga excesiva, palpitaciones, Disnea (falta de aliento).
II	Ligera limitación de la actividad física. Cómodo en reposo. La actividad física ordinaria provoca fatiga, palpitaciones, Disnea (falta de aliento).
III	Limitación marcada de la actividad física. Cómodo en reposo. Una actividad inferior a la normal causa fatiga, palpitaciones o Disnea.
IV	Incapaz de realizar cualquier actividad física sin molestias. Síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo. Si se realiza alguna actividad física, aumenta la incomodidad.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 30 de 62

Recomendaciones generales en el manejo de la disnea:

- Mantener los ambientes frescos y ventilados (Ventana abierta, puerta cerrada), se debe evitar que el flujo de aire de la habitación del paciente se disperse al interior del domicilio por el riesgo de propagación.
- Cambios de posición corporal frecuentes.
- Técnicas de relajación corporal: Relajación con hombros caídos.
- Técnicas de respiración controlada:
- Posicionamiento: sentado en posición vertical para aumentar capacidad ventilatoria.
- Respiración con labios fruncidos: Inhalar por la nariz con la boca cerrada, exhalar lentamente con los labios fruncidos (4 a 6 segundos)
- Reentrenamiento respiratorio.
- Oxigenoterapia para probar mejoría, de estar disponible.
- Se puede ayudar con benzodiazepinas en pacientes muy ansiosos u opioides para manejo de la disnea del final de la vida.

7.2 Medicamentos antivirales o experimentales para COVID-19:

(57)

- No se ha encontrado eficacia de ningún medicamento como tratamiento curativo de COVID-19. El manejo ambulatorio de estos pacientes puede exponerlos a mayor riesgo derivados del medicamento y de falta de supervisión (58).
- No se recomienda incluir fármacos experimentales específicos para COVID-19 que están siendo evaluados o no tienen pruebas suficientes de su efectividad y seguridad en el tratamiento ambulatorio de pacientes posibles/confirmados.
- Cloroquina/Hidroxiclороquina: No se debe utilizar cloroquina o hidroxiclороquina sola o combinada para el tratamiento de pacientes con COVID-19 a nivel ambulatorio ni hospitalario. La evidencia actual señala que no aporta ningún beneficio clínico (59–64).
- La polimedición y uso de medicación inapropiada tiene efectos directos sobre la salud y la seguridad de los pacientes. Supone mayores riesgos de los efectos de los mismos medicamentos, sus interacciones o lesiones derivadas de sus efectos secundarios (65).
- No se recomienda el uso de otros tratamientos como ivermectina, famotidina, colchicina, azitromicina, vitamina D, vitamina C, estatinas como tratamiento de COVID-19, los datos existentes son insuficientes para demostrar su efectividad y seguridad.
- El manejo de pacientes ambulatorios SARS-COV-2/COVID-19 (no grave) NO debe incluir fármacos experimentales, hasta probar eficacia.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 31 de 62

7.3 Manejo farmacológico-sintomático ambulatorio de COVID-19:

(13–18)

7.3.1 Fiebre y dolor:

Para manejo de la fiebre o dolor se recomienda iniciar con paracetamol individualizando la dosis terapéutica. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) pueden utilizarse, se recomienda utilizar la dosis más baja posible y durante el menor tiempo posible para reducir la probabilidad de efectos adversos graves. No suspender si se usan crónicamente (15,16,66,67).

Dosis de paracetamol e ibuprofeno en adultos, niños y enfermedad renal

	Dosis	Dosis máxima	Ajuste renal
Paracetamol			
Adultos	500 a 1000mg cada 4 a 6 horas	4000mg/24 horas	Si ClCr menor de 30ml/min intervalo cada 8 horas
Niños	10 a 15 mg/Kg cada dosis por vía oral cada 4 a 6 horas	Cinco dosis/día; 1000 mg/dosis o 75 mg/Kg por día hasta 4000 mg/día	
Ibuprofeno			
Adultos	200 a 400mg cada 4 a 6 horas	1200mg/día, no más de 10 días	No recomendado
Niños	5 a 10mg/kg cada 6 a 8 horas	Cuatro dosis/día, no más de 10 días	

Realizado por: Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (68)

7.3.2 Antitusígenos:

Se pueden instaurar medidas antitusígenas farmacológicas en los casos más severos, el tratamiento debe ser escalonado y cuando no existan contraindicaciones para su uso(18). Sugerir acostarse en decúbito prono para hacer ineficaz la tos (69,70).

Medicamentos antitusígenos en COVID-19 ambulatorio

Medidas no farmacológicas	Medidas farmacológicas	
	Dextrometorfano	Fosfato de codeína
Miel una cucharita (mayores de 1 año) 3 a 4 veces/día	Dosis: 20 a 30 mg cada 6 a 8 horas. Máximo 120mg/día Vigilar: Uso con precaución en menores de edad	Dosis: 15 a 30 mg/dosis cada 4 horas, no más 4 dosis/24 horas. Vigilar: depresión respiratoria, no menores de 18 años, uso con precaución en adultos mayores.

Realizado por: Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (18,68)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 32 de 62

7.3.3 Corticosteroides:

No se recomienda el uso generalizado de corticoides como tratamiento de pacientes con COVID-19 a nivel ambulatorio. La evidencia disponible señala un beneficio del uso de dexametasona en la mortalidad de los pacientes hospitalizados que requerían oxigenoterapia o ventilación mecánica (58,71).

Punto de buena práctica 1: Se recomienda el inicio temprano de dexametasona 6mg dosis diaria, **ÚNICAMENTE** en pacientes con COVID-19 que necesiten uso de oxígeno suplementario o tengan baja saturación, cuya recepción en una unidad de atención hospitalaria retrase el beneficio de su inicio temprano o en manejo ambulatorio, hasta 10 días (71–73).

Punto de buena práctica 2: aunque se desconoce de la validez de otros corticoides, es razonable el uso de corticosteroides alternativos en dosis equivalentes: hidrocortisona 150mg, metilprednisolona 32mg, prednisona 40mg. No se requieren pautas escalonadas de retiro de corticoides para tratamientos de corta duración. Las vías de administración de estos medicamentos pueden ser oral, intramuscular, intravenosa o subcutánea, dependiendo del contexto, forma farmacéutica y facilidades del paciente (74–76).

7.3.4 Tromboprofilaxis y anticoagulación

Existe evidencia del aumento de eventos tromboembólicos relacionados con la gravedad de la enfermedad COVID-19, sobre todo presentes en pacientes severos y críticos.

No se recomienda el uso generalizado de tromboprofilaxis o anticoagulación en pacientes con COVID-19. El paciente con COVID-19 leve o ambulatorio sólo se beneficiará de la tromboprofilaxis si tiene criterios de riesgo para complicaciones embólicas. En los pacientes con enfermedad de cualquier severidad se debe individualizar el riesgo de desarrollar patología trombótica, independientemente de tener dímero D elevado e iniciar heparina de bajo peso molecular con pautas estándar de manejo (77–80).

Punto de buena práctica 1: Se recomienda el inicio temprano de anticoagulación o tromboprofilaxis, **ÚNICAMENTE** en pacientes con COVID-19 que tengan riesgo elevado de enfermedad tromboembólica, de presentar nuevo evento trombótico y/o cuya recepción en una unidad de atención hospitalaria retrase el beneficio de su inicio temprano o en manejo ambulatorio a dosis individualizada con pautas generales de manejo.

Para verificar criterios remítase a documento de “Consenso de recomendaciones de Hematología sobre el tratamiento de COVID-19” (81).

Dosis SC de medicamentos anticoagulantes sugeridas para COVID-19

Heparina	Motivo de administración	Dosis estándar	Dosis ClCr (<30ml/min)	Dosis embarazo
ENOXAPARINA	Tromboprofilaxis (Paciente COVID-19 en hospitalización)	<40Kg: 20 mg QD <80Kg: 40mg QD ≥80Kg: 60 mg QD ≥100Kg: 40 mg BID	20 mg/día, considerar HNF o hemodiálisis.	<80Kg: 40mg QD ≥80Kg: 60 mg QD ≥100Kg: 40 mg BID

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 33 de 62

	Anticoagulación (condición previa + alto riesgo de ETEV o TEP)	1mg/Kg/QD	0,25mg/Kg/BID o 50% de la dosis	
	Terapéutica (condiciones previas + sospecha o evidencia de ETEV o TEP)	<50Kg: 1.5mg/Kg/QD >50Kg: 1mg/kg/BID	1mg/Kg/QD o 50% de la dosis	1mg/Kg/BID
DALTEPARINA	Tromboprofilaxis (Paciente COVID-19 en hospitalización)	5000ui QD	Usar otro anticoagulante	5000ui QD
	Anticoagulación (condición previa + alto riesgo de ETEV o TEP)	5000ui BID		
	Terapéutica (condiciones previas + sospecha o evidencia de ETEV o TEP)	200ui/Kg QD o 100ui/Kg BID		100ui/Kg BID
FONDAPARINUX	Tromboprofilaxis (Paciente COVID-19 en hospitalización)	2.5 mg QD	1.5mg QD Contraindicado si ClCr < 20 ml/min	No utilizar en embarazo por riesgo de hemorragia fetal y neonatal
	Anticoagulación (condición previa + alto riesgo de ETEV o TEP)	5 mg QD	2.5mg QD Contraindicado si ClCr < 20 ml/min	
	Terapéutica (condiciones previas + sospecha o evidencia de ETEV o TEP)	<50Kg: 5mg QD >50Kg: 7.5mg/kg/QD >100Kg: 10mg QD	5mg QD Contraindicado si ClCr < 20 ml/min	
HEPARINA NO FRACCIONADA (HNF)	Tromboprofilaxis (Paciente COVID-19 en hospitalización)	5000 ui BID o TID	No requiere ajuste dosis	5000ui BID
	Anticoagulación (condición previa + alto riesgo de ETEV o TEP)	7500 ui TID		1erT: 5000ui BID 2doT: 7500ui BID 3erT: 10 000ui BID
	Terapéutica (condiciones previas + sospecha o evidencia de ETEV o TEP)	5000 ui Bolo, seguido 1000 ui/hora según TTPa		5000ui Bolo, seguido 1000ui/hora según TTPa

Tomado de Tromboprofilaxis y anticoagulación en pacientes con COVID-19 (82)

SC: subcutánea, QD: cada día, BID: cada 12 horas, ETEV: enfermedad tromboembólica venosa, TEP: tromboembolia pulmonar, TID: cada 8 horas, 1erT, 2doT, 3erT: primer, segundo y tercer trimestre, ui: unidades internacionales, TTPa: tiempo de tromboplastina parcial activado, ClCr: aclaramiento renal, IMC: índice de masa corporal, HNF: heparina no fraccionada

7.3.5 Uso de antibióticos a nivel ambulatorio

Los antibióticos no tienen efecto antiviral, no se recomienda su uso como terapéutica generalizada para COVID-19. Únicamente se justifica el uso de antibióticos en pacientes en los que se sospeche complicación bacteriana, a saber, neumonía por SARS-CoV-2 ambulatorios cuando presente leucocitosis, procalcitonina > 1.50 ng/ml, y o radiografía de tórax con infiltrados predominantemente unilaterales (17,48,83,84).

Los principales factores para considerar para elegir la antibiototerapia empírica son los patrones locales de susceptibilidad y el haber tenido exposición previa a antimicrobianos en los últimos 30 días; otros factores a considerar son (17,85):

- Comorbilidades del paciente
- Gravedad de la enfermedad
- Origen de la infección
- Guías de práctica clínica vigentes
- Identificación del agente causal de la infección

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 34 de 62

- Costo de los antimicrobianos
- Seguridad del medicamento
- Disponibilidad del fármaco

Punto de buena práctica 1: En casos de demora o que sea innecesaria la atención hospitalaria, y ante la sospecha de coinfección bacteriana adicional se recomienda inicio temprano de antibioticoterapia. Usar la escala de CRB-65/CURB-65 para evaluar la gravedad de la neumonía y para determinar la necesidad de hospitalización o si puede realizarse manejo domiciliario (17,48,83,84). Se recomienda que expertos en enfermedades infecciosas participen de la elección del agente antimicrobiano cuando sea posible, sobre todo cuando se sospeche de infecciones resistentes.

Tratamiento antibiótico en pacientes ambulatorios, ante la sospecha de bacterias multirresistentes (No tratamiento antiviral, solo indicado si se sospecha de COVID-19 + coinfección bacteriana) (17,85)

Sin factores de riesgo para MRSA o Pseudomonas aeruginosa:	Con factores de riesgo para infección por MRSA: ^b	Con factores de riesgo para infección por Pseudomonas aeruginosa: ^b
<p><u>Terapia combinada:</u> Amoxicilina o Amoxicilina/Clavulanato o Ampicilina/Sulbactam + Azitromicina o Claritromicina</p> <p><u>Monoterapia:</u> Levofloxacin o Moxifloxacin</p>	<p>Betalactámicos + Macrólido</p> <p>o</p> <p>Betalactámicos + Levofloxacin o Moxifloxacin</p>	<p>Moxifloxacin o Levofloxacin</p> <p>+</p> <p>Azitromicina o Claritromicina</p>
<p>DOSIS:</p> <p>Amoxicilina o Amoxicilina/Clavulanato: Adulto: 2000mg (componente amoxicilina) vía oral cada 12 horas por 7 a 10 días (Si ClCr menor a 10 ml/min igual dosis cada 24 horas)</p> <p>Ampicilina/Sulbactam: Adulto: 750mg vía oral cada 6 horas por 5 a 7 días (No cambia dosis por TFG, solo cambia intervalo de dosificación: Si ClCr menor a 50ml/min: cada 8 horas; Si ClCr menor a 30 ml/min: cada 12 horas; Si ClCr menor a 15 ml/min: cada 24 horas) corregir dosis para función renal y edad</p> <p>Azitromicina: Adulto: 500mg día 1, seguido de 250 mg día 2 a día 5, vía oral cada día por 5 a 7 días (Usar con precaución si ClCr menor a 10 ml/min)</p> <p>Claritromicina: Adulto: 500mg PO cada 12 horas por 5 a 7 días (Si ClCr menor a 30 ml/min: reducir 50% dosis)</p> <p>Levofloxacin: Adulto: 750mg vía oral cada día por 5 a 7 días</p>		

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 35 de 62

(Si ClCr menor a 50 ml/min cada 48 horas; Si ClCr menor a 20 ml/min: 750mg día 1, luego 500 mg cada 48 horas)

Moxifloxacino:

Adulto: 400mg vía oral cada día por 5 a 7 días

(No requiere ajuste dosis por TFG)

MRSA: Staphylococcus aureus resistente a la meticilina, TFG: tasa de filtrado glomerular, ClCr: Clearance de creatinina
B: considerar criterio de experto

Realizado por Celi, P. Moreno-Piedrahita, F. Zambrano, G. 09/2020 (31,85)

7.3.6 Pautas para el uso de antibiótico terapia en domicilio

Existen varios protocolos para la administración segura de fármacos en el paciente ambulatorio, entre estos tenemos: Outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) e IV-Oral Antibiotic Switch Therapy (IVOST).

7.3.6.1.1 Terapia antimicrobiana parenteral ambulatoria (OPAT)

La terapia antimicrobiana parenteral ambulatoria OPAT por sus siglas en inglés (Outpatient parenteral antimicrobial therapy), este protocolo permite la administración de antibióticos via intravenosa sin necesidad de mantener al paciente hospitalizado (86), esta estrategia permite la administración segura de antibióticos reduciendo también los costos generados por el proceso de hospitalización, además permite descongestionar las unidades hospitalarias.

Se usa fundamentalmente en terapias a corto o mediano plazo. OPAT ha sido utilizado para diversidad de patologías como endocarditis, infecciones osteoarticulares e infecciones como Tb.

7.3.6.1.2 Recomendaciones de buena práctica clínica para la implementación de OPAT

- Equipo y estructura del servicio: Delimitación de funciones explicitas en todo el equipo de implementación OPAT, incluso un médico responsable del proceso, un equipo multidisciplinario responsable, un plan estructurado de referencia, comunicación formal y estructurada.
- Selección del paciente: El equipo responsable de OPAT debe generar criterios de inclusión y exclusión para cada paciente.
- Manejo de antibióticos y dispensación de fármacos: Un plan de tratamiento vigilado por el equipo de OPAT, un médico clínico y el equipo de vigilancia de multiresistencia, registro adecuado y documentado de uso.
- Monitorización del paciente: El equipo responsable de OPAT debe monitorizar la respuesta clínica, disponer de exámenes mínimos para esta actividad.
- Un proceso de vigilancia y respuesta urgente en el proceso de asesoramiento/revisión/admisión de los pacientes seleccionados para OPAT
- Monitoreo de resultados y respuesta: Un proceso de registro estandarizado para todos los pacientes.

Adaptado por León, E. 09/2020 (86)

En el tratamiento tanto de COVID-19 como de infecciones sobreañadidas puede pasar un largo período de tiempo entre la presentación del cuadro clínico y la realización de pruebas

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 36 de 62

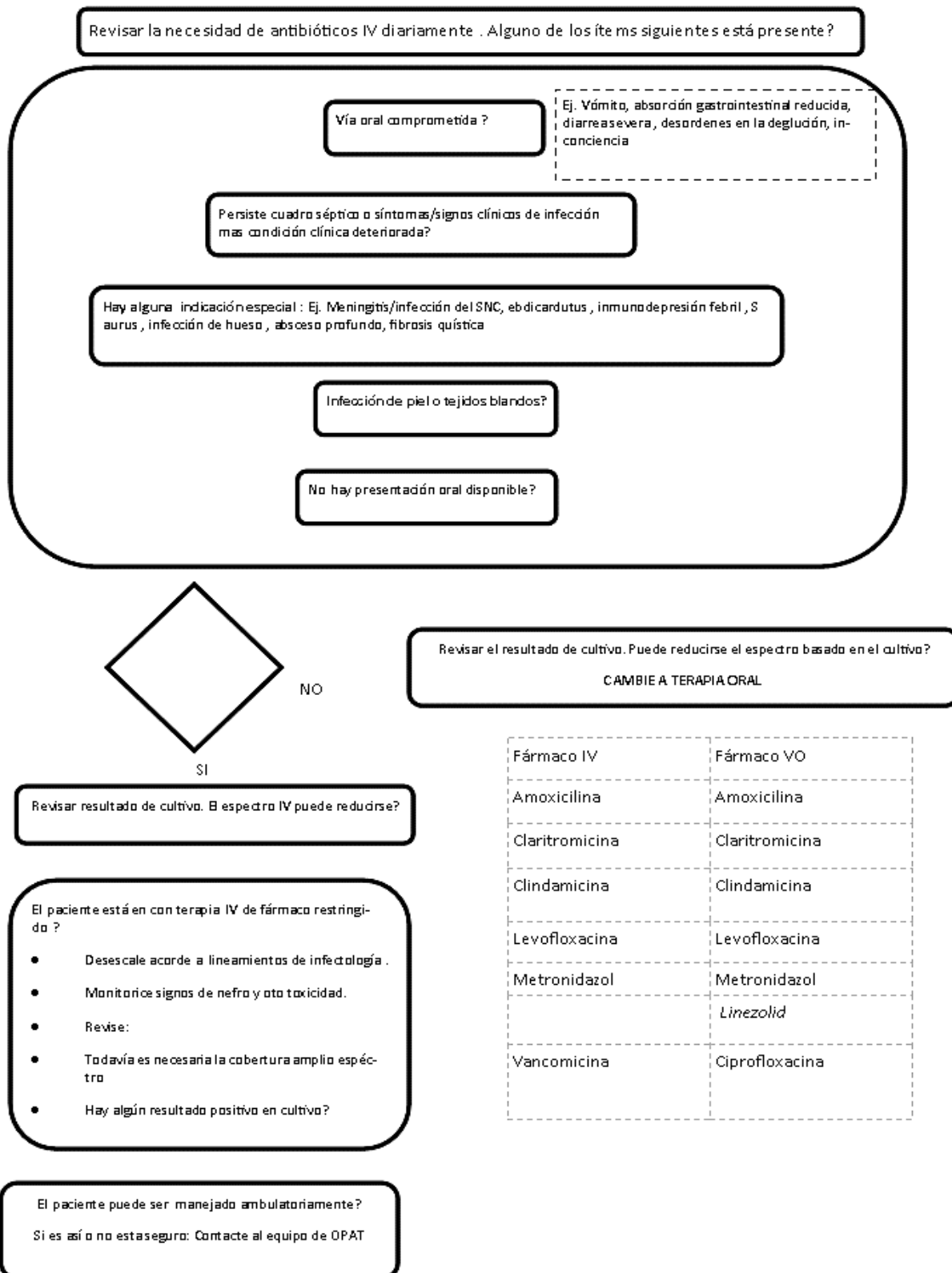
confirmatorias, mientras tanto el paciente ya ha recibido las primeras dosis de fármacos para combatir la infección; por lo que es necesario generar pautas para desescalar estos fármacos. Además, en los pacientes que son hospitalizados se inicia terapia antimicrobiana empírica para la neumonía bacteriana concomitante o secundaria, son necesario desescalar estos fármacos como factor de control de multirresistencia(87).

7.3.6.1.3 Cambio de la terapia oral a endovenosa (IVOST)

(IV-Oral Antibiotic Switch Therapy - IVOST): Es el proceso de cambio de terapia Intravenosa a terapia Oral, tiene criterios como (88):

- Paciente: Tracto gastrointestinal funcional
- Infección: Que no sea infecciones consideradas como de mala respuesta al tratamiento oral como son: Meningitis bacteriana, absceso cerebral, endocarditis infecciosa
- Organismo patógeno: Susceptible a agentes orales
- Antibiótico: Buena biodisponibilidad oral y penetración a los tejidos infectados, ausencia de alergias o efectos adversos del fármaco.

Guía de cambio de medicación intravenosa a oral (IVOST)



Adaptado por: León, E. 09/2020 (88)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 38 de 62

7.3.7 Fármacos para la coinfección con influenza

Inhibidores de neuraminidasa: Iniciar tratamiento con Oseltamivir a dosis individualizada, en caso de sospechar influenza (confirmada o no) y que tenga criterios de riesgo de presentar complicaciones graves de la infección por influenza, hasta que su presencia/coinfección hay sido descartada (89,90).

Grupos de alto riesgo de presentar complicaciones por influenza:

- Niños menores de 5 años
- Adultos mayores (≥ 65 años)
- Embarazadas y puerperio hasta 2 semanas.
- Comorbilidades: pulmonares, neurológicas, cardíacas, hematológicas, endócrinas, renales, hepáticas, inmunodeficiencias, obesidad extrema.
- Enfermedad grave o progresiva.

Realizado por Moreno-Piedrahita, F. 09/2020(91)

7.3.8 Antidiarreicos:

No se han descrito como parte del manejo de SARS-COV-2/COVID-19. Loperamida está contraindicada en pacientes con insuficiencia respiratoria, puede ocasionar empeoramiento de la diarrea, depresión respiratoria y anomalías del QT (18).

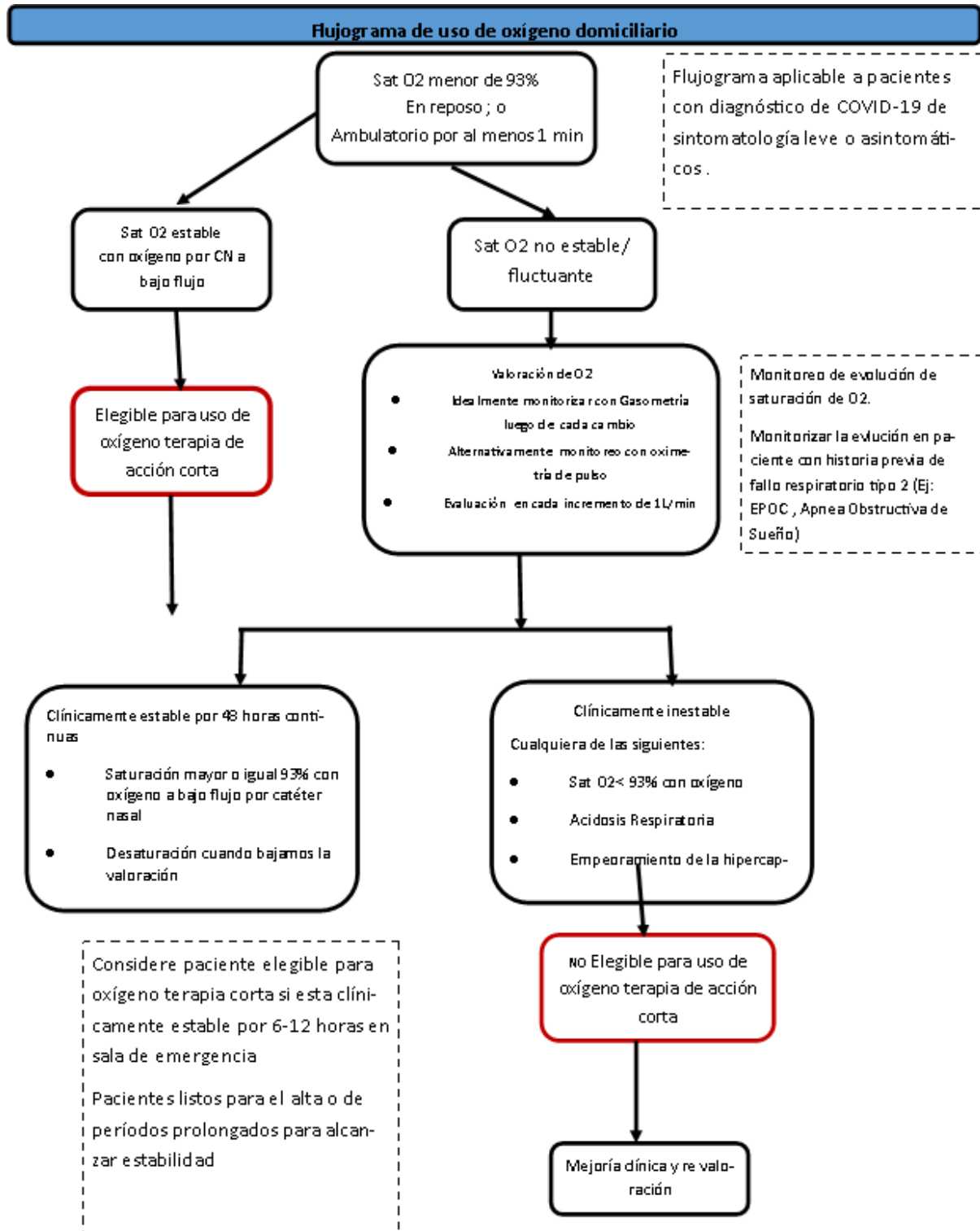
7.3.9 Terapias respiratorias y medicamentos inhalados:

No está indicado el uso de nebulizaciones por el riesgo de aerosolización de partículas e infección de superficies. En caso de ser necesario se recomienda utilizar inhaladores (18).

De requerir de manera ambulatoria la administración de fármacos tipo broncodilatadores estos deben ser administrados con dispositivos para la entrega óptima de los mismos tipo aerocámara con doble válvula para garantizar la entrega y accionar del producto, este dispositivo se puede usar con o sin mascarilla de acuerdo con la edad del paciente y condición clínica. En los pacientes adolescentes se puede recomendar el uso de aerosoles sin necesidad de dispositivos bajo técnica adecuada. Este será administrado por el propio paciente de acuerdo con su edad o por sus familiares, no se deberán utilizar broncodilatadores nebulizados.

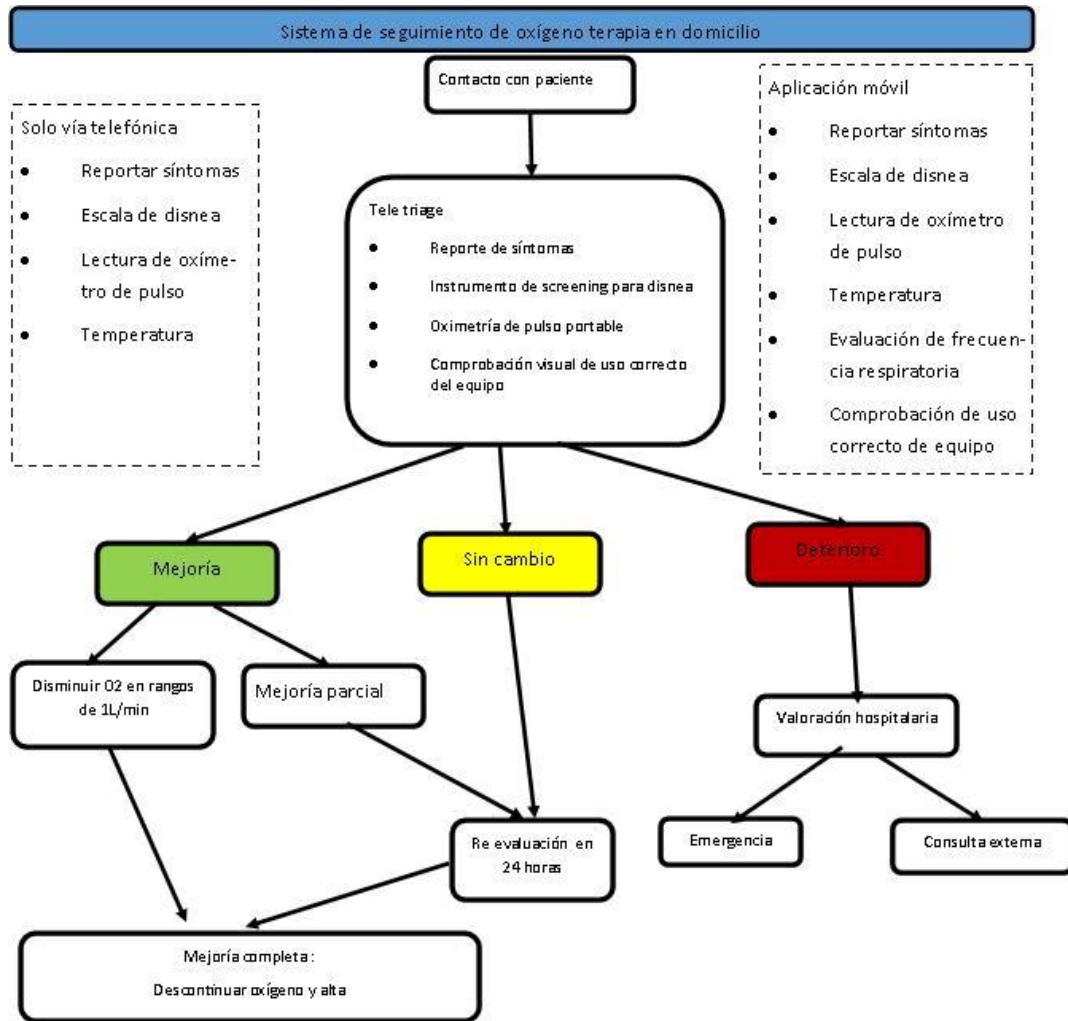
7.3.10 Manejo de oxigenoterapia en domicilio

7.3.10.1.1 Flujograma de manejo de oxigenoterapia en domicilio



Adaptado por León, E. 09/2020 de Sardesai, et al. 2020 (92)

7.3.10.1.2 Sistema de seguimiento de oxigenoterapia en domicilio



Parámetro	Valores que requieren evaluación de riesgos	Equipo requerido	Desventajas
Saturación de oxígeno	<93% (depende de alturas sobre el nivel del mar)	Oxímetro portátil	<ul style="list-style-type: none"> • Uso incorrecto • Malfuncionamiento del equipo
Frecuencia cardíaca / pulso	<45 o >120 latidos por minuto	Oxímetro portátil	<ul style="list-style-type: none"> • Uso incorrecto • Malfuncionamiento • Medicamentos que provoquen la alteración • Ansiedad
Temperatura	<35 o >38,5 grados centígrados	Termómetro	<ul style="list-style-type: none"> • Uso incorrecto • Dependiendo del tipo de termómetro: mal funcionamiento o error de técnica
Frecuencia respiratoria	>12 o >20 respiraciones por minuto	Video	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conexión • Dificultades de visualización

Realizado por León, E. 09/2020

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 41 de 62

Seguimiento clínico del paciente COVID-19 ambulatorio

8.1 Control y seguimiento

Proveer un plan de seguimiento estructurado es una actividad central en atención primaria acorde al principio de longitudinalidad de la atención, permite observar la forma en que evoluciona la enfermedad y detectar a tiempo los signos de alarma.

- El período de incubación tras el contacto inicial es alrededor de 4 a 5 días. El cuadro clínico tiene una duración en promedio de 11,5 días y entre el 5to y 9no suelen ser críticos y es en donde algunos de los pacientes presentan deterioro clínico. Por lo tanto, establecer con la mayor precisión el inicio de los síntomas permite organizar la prestación de servicios para un oportuno control (93).
- Los pacientes que tienen factores de riesgo entre ellos edad avanzada o comorbilidades pueden complicarse rápidamente en horas. La “Hipoxia feliz” es una condición en la que la hipoxemia es relativamente asintomática y necesita una valoración clínica por una persona entrenada en detectar signos de hipoxia (94).
- Se debe ejecutar una buena dispensarización de los servicios de salud acorde a la categorización de riesgo de cada paciente.
- El seguimiento debe realizarse mediante visitas de telemedicina: llamada telefónica convencional, celular o videollamada a los pacientes:

<ul style="list-style-type: none"> ○ Sin comorbilidades ○ Sin factores de riesgo para enfermedad severa 	<p>Cada 48 a 72 horas (día 4, 7 y 10 de inicio de síntomas)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Con comorbilidades ○ Con factores de riesgo para enfermedad severa 	<p>Cada 24 a 48 horas</p>

- Se recomienda evaluar la prescripción de ciertos fármacos que pueden incrementar el riesgo de complicaciones en cuadros de neumonía como (inmunosupresores, antipsicóticos, analgésicos opiáceos, antipsicóticos e inhibidores de la bomba de protones), porque producen depresión ventilatoria, aumentan el riesgo de aspiración o de atelectasia (95).
- Los signos de alarma deben buscarse activamente, preguntar sobre disnea, cianosis, hemoptisis, alteración del estado de conciencia, síntomas gastrointestinales severos, riesgo de deshidratación, estado general, fiebre, dolor torácico, anuria, petequias, equimosis, así como el contexto familiar y social de riesgo para violencia o enfermedad mental en telemedicina y consulta regular siempre.
- Documentar en las visitas domiciliarias o citas médicas regulares los signos vitales y las escalas pertinentes de evaluación de disnea, gravedad de neumonía, riesgo de tromboembolismo, enfermedad mental etc.
- Dirigir a los usuarios a la asistencia de salud requerida del siguiente nivel de atención o ayuda diagnóstica.
- El aislamiento en pacientes con Covid-19 no puede ser guiado por pruebas de PCR, porque algunos pacientes persisten positivos meses y por el costo. Se considera 10 días de aislamiento

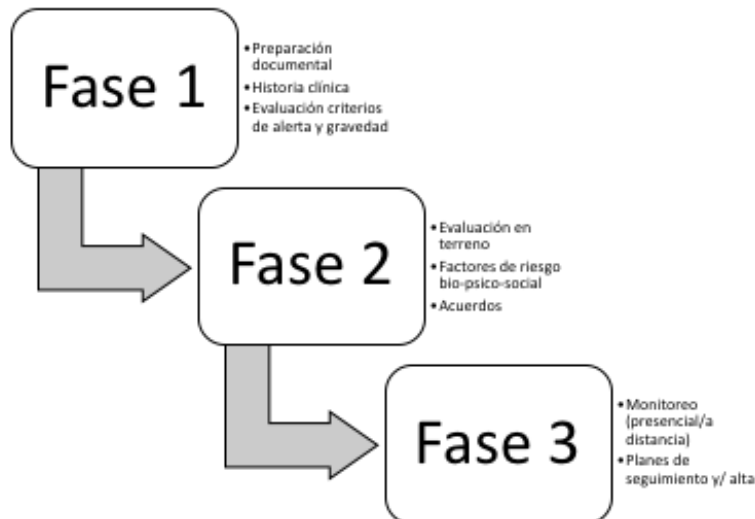
	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 42 de 62

suficiente en pacientes con cuadros leves a moderados, 15 en pacientes críticos para suspender las precauciones de aislamiento en forma segura (96)

- Ejecutar un plan organizado de telesalud - telemedicina.

8.2 Fases del Seguimiento ambulatorio

Fases del seguimiento ambulatorio del paciente COVID-19



Estas fases deben ser planificadas teniendo en cuenta la disponibilidad del RRHH y el contexto local de vivienda del paciente.

Realizado por León, E. 09/2020

8.3 Cuestionario de seguimiento clínico mediante telesalud de pacientes COVID-19

8.3.1 Características mínimas para la teleasistencia:

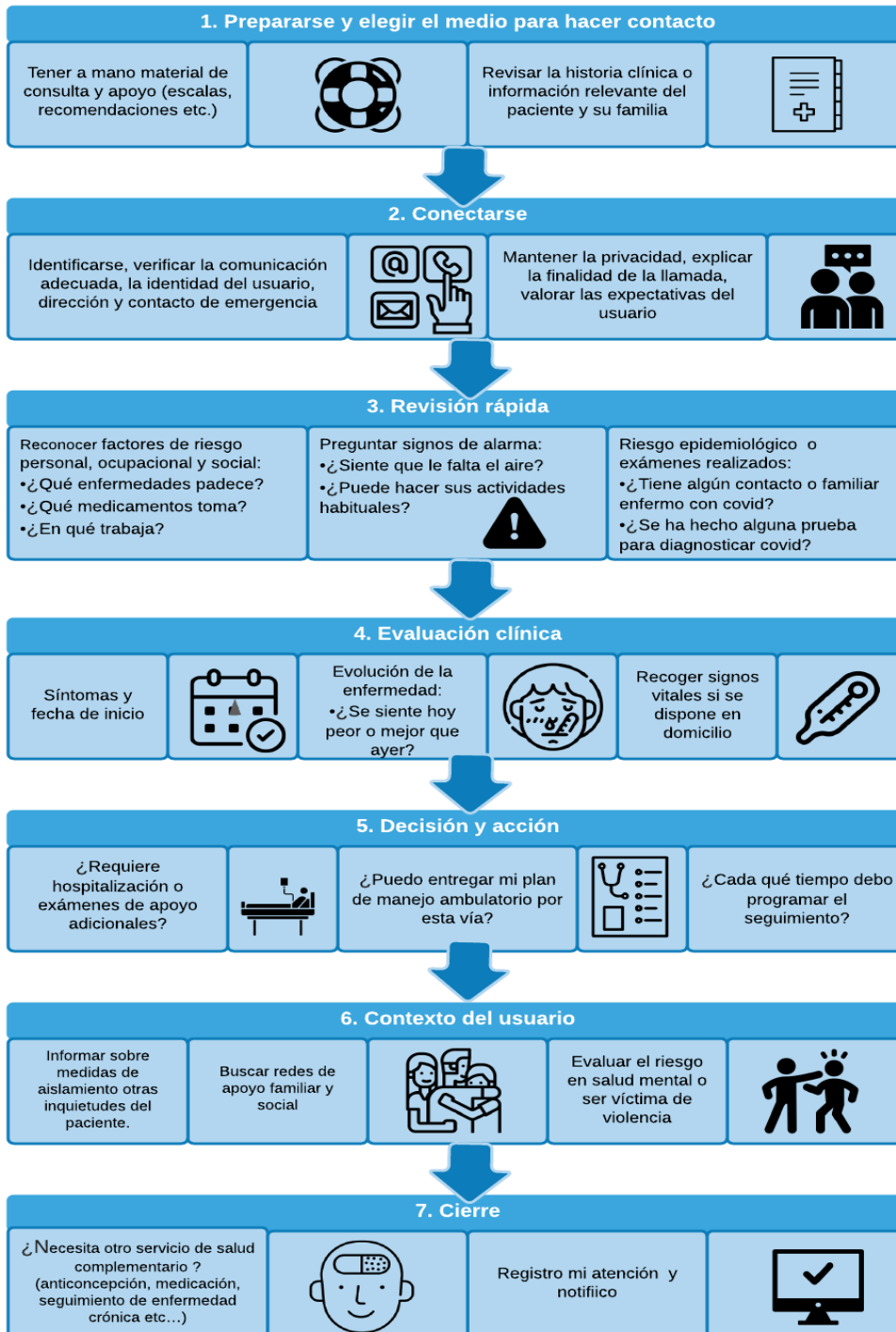
- Educación del paciente, a su cuidador, proveedor del hogar, familia y contactos acerca de las banderas rojas de deterioro clínico y las normas de aislamiento con respecto a la familia, la designación de un único cuidador y el uso de espacios compartidos.
- Monitoreo diario de la evolución clínica (Vigilar el deterioro súbito) mediante video consulta, llamada telefónica, y solo si es necesario de forma presencial.

Evaluar la capacidad de monitoreo domiciliario del paciente por parte de los cuidadores y la capacidad de cumplir con el aislamiento (Estructura del domicilio, riesgo de hacinamiento, acceso a higiene de manos) (97).

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 43 de 62

8.3.2 Plan de seguimiento por teleasistencia

Plan del seguimiento en teleasistencia a pacientes COVID-19



Adaptado por: Vargas A. y Rubianes P. 08/2020 para SEMFYC de BMJ 2020;368:m1182 (98)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 44 de 62

8.4 Valoración de salud mental en pacientes COVID-19

8.4.1 Cribado de depresión

Cuestionario de salud del paciente-2 (PHQ-2)

¿A quiénes aplicar?: pacientes, población general o personal de salud	
Señales de alerta ante posible depresión: Insomnio, fatiga, dolor crónico, contacto con sospechosos/diagnosticados SARS-COV-2/COVID-19, preocupación excesiva por exposición o falta de equipos de protección, síntomas de salud inexplicables. [S: 76%, E: 87%]	
1. Durante el último mes, ¿se ha sentido molesto, deprimido o desesperado a menudo?	
2. Durante el último mes, ¿a menudo le ha molestado tener poco interés o placer en hacer las cosas?	
Evaluación positiva, si al menos una respuesta positiva	
Con ideas autolíticas: Realizar intervención urgente.	Sin ideas autolíticas: Evaluación con psicología, psiquiatría, medicina familiar o profesional competente.

Adaptado por Moreno-Piedrahita, F. 09/2020 (93,94)

8.4.2 Cribado de ansiedad:

Escala para trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Cribado y monitoreo de la gravedad de los síntomas de ansiedad en el tiempo.	
<p>Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado. • No ha podido dejar de preocuparse. • Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas. • Ha tenido dificultad para relajarse. • Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto. • Se ha irritado o enfadado con facilidad • Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible. 	<p>Para cada ítem se califica 0, 1, 2 o 3</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nunca - 0 puntos - * Menos de la mitad de los días - 1 puntos - * Más de la mitad de los días - 2 puntos - * Casi todos los días - 3 puntos -
<p>Interpretación GAD-7: (sumatoria total)</p> <p>0 a 4 puntos: Ansiedad mínima o nula</p> <p>5 a 9 puntos: Ansiedad leve</p> <p>10 a 14 puntos: Ansiedad moderada</p> <p>15 a 21 puntos: Ansiedad severa</p>	

Fuente: (95)

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 45 de 62

Aspectos administrativos en el manejo ambulatorio de pacientes COVID-19

Los planes de acción a nivel comunitario, respecto a SARS-COV-2/COVID-19 deben incluir: (99)

- Valoración de riesgos en personas vulnerables.
- Mantener el funcionamiento las unidades asistenciales.
- Manejar efectivamente los casos sospechosos, probables y confirmados.
- Gestionar adecuadamente los equipos de protección personal.
- Garantizar el aislamiento oportuno de los pacientes sospechosos, probables y confirmados mediante la educación directa.

9.1 Puntos clave del manejo comunitario de SARS-COV-2/COVID-19:

- Se recomienda adoptar estrategias de participación, organización social a nivel comunitario para vigilar y colaborar en la contención, manejo y vigilancia de los casos, así como la afectación de la comunidad por SARS-COV-2/COVID-19 (100,101).
- Se recomiendan las estrategias de pesquisa masiva con profesionales de la salud encargados de poblaciones específicas y herramientas móviles.
- Se recomienda implementar estrategias de vigilancia comunitaria para poder identificar casos que necesiten fortalecerse sus redes de apoyo social, soporte alimenticio y provisión de servicios.
- Se recomienda aumentar la comprensión de la enfermedad por parte de la población, con el fin de evitar o disminuir la estigmatización de la enfermedad.
- Se recomienda mantener estrategias de educación para el personal sanitario, familiares, cuidadores, proveedores, contactos y pacientes SARS-COV-2/COVID-19 a nivel comunitario. Estas recomendaciones deben orientarse con enfoque intercultural e interdisciplinario, adaptando la información y recomendaciones con respeto de la diversidad los pueblos y nacionalidades, condicionados por la movilidad humana y habitantes de calle.
- Los servicios y las decisiones de salud para contener al SARS-COV-2/COVID-19 deben adaptarse a cada contexto específico para aumentar su eficiencia y efectividad, dentro de la estrategia global de abordaje de la epidemia.
- Se recomienda generar estrategias pensadas desde el marco de la salud pública, centradas y gestionadas con la comunidad, articulando con desde los servicios sanitarios con las autoridades para toma de decisiones, ejecución y adherencia local a estas medidas.
- Aumentar la vigilancia en sitios y a población vulnerable de la comunidad como centros penitenciarios, centros de cuidado, personas en situación de calle, etc.
- Se recomienda habilitar centros de estancia para realizar el aislamiento y cuarentena a nivel comunitaria, a fin de que se disminuya el riesgo de familiares en lugares donde se torne complejo el aislamiento domiciliario. Estos sitios deberían tener la vigilancia de profesionales de la salud claficados para el seguimiento e identificación de complicaciones oportunamente.
- Se recomienda trabajar articuladamente con la comunidad acerca del cumplimiento de las medidas de distanciamiento social efectivo, cumplimiento de la cuarentena, implementar sistemas de vigilancia comunitaria. Se sugiere flexibilizar y adaptar estas medidas dependiendo las realidades de cada región y zona del país.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 46 de 62

- Se recomienda establecer sistemas de vigilancia mediante la implementación y ejecución de mapas parlantes con georreferenciación, para los pacientes con SARS-COV-2/COVID-19.
- Se recomienda establecer políticas que los medicamentos de uso para SARS-COV-2/COVID-19 sean comercializados únicamente con prescripción médica y denunciar el comercio irregular de los mismos.

9.2 Responsabilidades administrativas del personal de salud

La pandemia producida por el COVID -19, no solo ha implicado retos clínicos sino también administrativos, comprometiendo los esfuerzos de todos los niveles jerárquicos.

El médico que identifique un caso sospechoso de COVID -19, debe generar el siguiente proceso administrativo:

1. Solicitar prueba PCR.
2. Realizar notificación de caso sospechoso.
3. Emitir certificado médico en caso de requerirlo.

9.3 Proceso de solicitud de prueba PCR

1. Llenado del formulario de notificación y cierre de caso EPI 1 Individual, con todos los datos completos en donde se señale el tipo y número de muestra que será enviada.
2. Llenado de la ficha de investigación clínico-epidemiológica.
3. Recolección y rotulación de la muestra.
4. Llenado del formulario de trazabilidad en donde se enumere las muestras tomadas que serán enviadas al laboratorio.

Existen laboratorios de la red pública y privada de salud, además de laboratorios de instituciones de educación superior que realizan el procesamiento de las pruebas.

9.3.1 Proceso de notificación de pacientes COVID-19

1. Realizar la notificación obligatoria del caso sospechoso de manera inmediata y por la vía más rápida al proceso de vigilancia epidemiológica en territorio.
2. El responsable de epidemiología debe realizar la notificación formal a la herramienta informática del SIVE-Alerta.
3. La recepción debe ser confirmada, en caso de no recibir confirmación en las siguientes 24 horas se debe realizar nuevamente la notificación (30).

9.3.2 Conducta con el resultado de la prueba

1. Con el resultado de la prueba se puede cambiar la clasificación final del caso a confirmado con un resultado PCR +, o a probable con un PCR indeterminado.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 47 de 62

Conducta de acuerdo al resultado de la prueba PCR

POSITIVO	Resultado de alguna de las muestras (nasofaríngeo, orofaríngeo, esputo, orina) positivo
NEGATIVO	Resultado de alguna de las muestras (nasofaríngeo, orofaríngeo, esputo, orina) negativo
DUDOSO o INDETERMINADO	Resultado de la primera prueba dudoso/indeterminado, se solicitará segunda prueba, en caso de que el resultado sea negativo se clasificará como caso descartado.
NO PROCESADO	Cuando la muestra no cumple con los criterios del laboratorio y fue rechazada o cuando la muestra no llega al laboratorio

Elaborado por: Dra. Glenda Guayasamín, fuente: Lineamientos generales COVID – 19 (30)

9.3.3 Codificación de diagnóstico

1. CODIGO DIAGNÓSTICO INICIAL

CIE -10: U07.1 Enfermedad respiratoria aguda (U07.1 Enfermedad Respiratoria Aguda 2019-nCoV).

2. CODIGO DIAGNÓSTICO FINA

U07.1 COVID-19, virus identificado: Caso confirmado con resultado positivo de la prueba.

U07.2 COVID-19, virus no identificado (diagnóstico clínico y epidemiológico con COVID-19, caso probable y caso sospechoso de COVID-19) (102).

9.3.4 Emisión de certificado médico

La emisión de certificados médicos se basa en la normativa emitida por el órgano rector de la salud, las mismas que han sufrido y probablemente sufrirán modificaciones durante el período que dure la pandemia. A continuación, se detalla las directrices vigentes (30).

CASOS CONFIRMADOS Y CASOS PROBABLES CON SÍNTOMAS	Se considera aislamiento durante diez días considerando a partir de la fecha de aparición de los síntomas, más al menos 3 días sin fiebre, sin la administración de antipiréticos y sin síntomas respiratorios. Número total de días: 13 días
CASOS CONFIRMADOS ASINTOMÁTICOS	El aislamiento corresponde a diez días después de la fecha de resultado positivo para COVID-19.
CASOS PROBABLES ASINTOMÁTICOS	El aislamiento corresponde a diez días después de la fecha de exposición con un caso positivo para COVID-19 por RT-PCR
CONTACTOS	El aislamiento corresponde a diez días, posterior al contacto con el caso confirmado o probable de COVID-19, siempre que no presente síntomas o que cumpla con la definición de caso sospechoso

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 48 de 62

	Si el contacto sospechoso con el que estuvo en contacto fue descartado, el aislamiento termina inmediatamente.
--	--

Elaborado por: Dra. Glenda Guayasamín

Fuente: Lineamientos generales COVID – 19 (30)

Recursos educativos y de apoyo para pacientes COVID-19

Educación al paciente COVID-19

La población debe ser informada en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, los factores de riesgo, signos de alarma, tiempo indicado para realizar las pruebas de detección en caso de solicitarlas, medidas de prevención y flujos de atención.

Duración de los síntomas en cuadros leves a moderados

PERÍODO	DURACIÓN
Incubación (desde la exposición hasta presentar síntomas)	4 a 5 días
Clínico (presencia de síntomas)	11 a 14 días*
*Con excepción de la tos y astenia que pueden prolongarse varias semanas	

Adaptado por: Vargas A. 08/2020 (103)

10.1 Signos de alarma del paciente COVID-19

SIGNOS DE ALARMA
Falta de aire
Respiración rápida y agitada
Fiebre mayor a 38
Vómitos persistentes
Cambios en el estado mental: somnolencia o falta de respuesta
Dolor intenso en el pecho
Expectoración con sangre
En ancianos, niños y personas necesidades especiales: mal estado general, irritabilidad, falta de apetito o incontinencia nueva.

Adaptado por Vargas A. 08/2020 de (103)

10.2 Medidas de prevención en casos ambulatorios

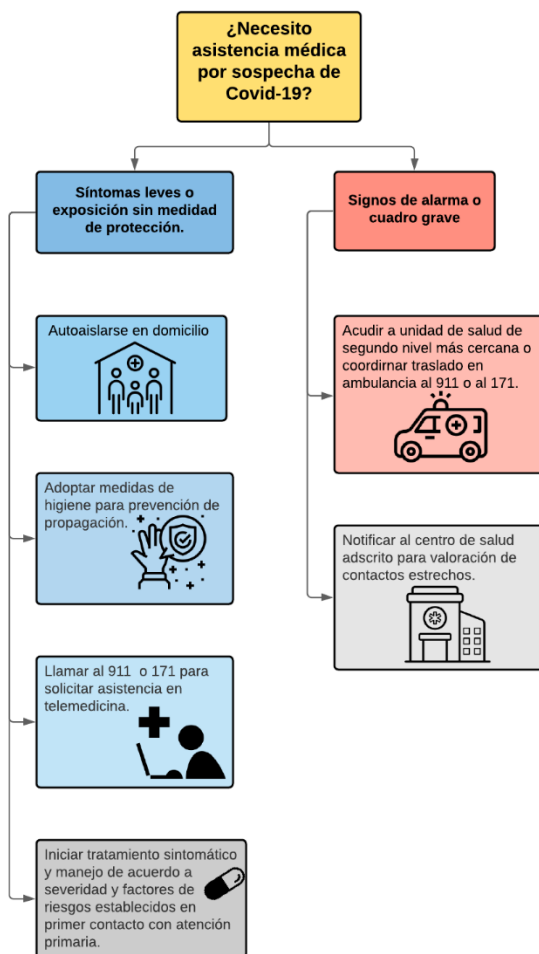
MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Aislamiento en casa 10 días desde inicio del cuadro en casos leves y 15 días en casos moderados
Reducir los espacios compartidos dentro de la casa
No permitir visitas
Lavado frecuente de manos con agua y jabón o desinfección con alcohol gel
Limpieza de superficies con desinfectante
Al manipular secreciones del paciente (saliva, heces y orina) usar guantes desechables

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 49 de 62

- Mantener ambientes ventilados y garantizar entrada de luz solar
- Cuidador designado que pueda reconocer signos de alarma
- Distanciamiento con personas vulnerables
- Uso de mascarilla quirúrgica o equivalente en tela que cubra nariz y boca, tanto el paciente como los contactos cercanos
- Acceso a telemedicina o contacto con servicio de salud en atención primaria
- En caso de niños hasta 2 años no suspender lactancia y si la madre es sintomática utilizar mascarilla durante el amamantamiento
- Alimentación: no es necesario un régimen especial, se debe mantener suficiente hidratación
- No hay evidencia de que las mascotas tengan un rol en la propagación del COVID-19
- Se recomienda suspender actividad física intensa durante 2 semanas

Adaptado por Vargas A. 08/2020 para SEMFYC de (20)

10.3 Flujograma de solicitud de atención médica para pacientes



Adaptado por Vargas, A. y Rubianes, P. para SEMFYC de: CONSENSO MULTIDISCIPLINARIO INFORMADO EN LA EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DE COVID-19 MTT2-PRT-0014 [Versión 9.0, 08 de agosto del 2020] AÑO 2020, disponible en https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Consenso-Multidisciplinario-informado-en-la-evidencia-sobre-el-tratamiento-de-Covid-19-V9_11_08_2020_compressed.pdf

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 50 de 62

10.4 Indicaciones en el aislamiento domiciliario de los pacientes pediátricos y sus familiares:

Pautas generales para el personal de salud que brinda indicaciones a los pacientes pediátricos con COVID-19 (104,105):

1. Las indicaciones se darán por escrito
2. El aislamiento, la limpieza y el tratamiento de residuos
3. Se acordará con ellos el sistema de seguimiento: teléfono de contacto, horario, datos a vigilar
4. A los cuidadores se les entregará unas hojas de seguimiento diario que tendrán que cumplimentar para monitorizar la progresión del cuadro clínico
5. Se darán por escrito datos de alarma ante cuya aparición deben consultar y cómo hacerlo

Indicaciones de lugar y condiciones del aislamiento de niños con COVID-19

Lugar del aislamiento
<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño y su cuidador permanecerán aislados en una habitación lo más alejada del resto de convivientes y con la puerta cerrada. Deberá tener ventilación a la calle, evitando corrientes de aire hacia el resto de la casa. Utilizarán si es posible un baño de uso exclusivo. 2. En la medida de lo posible se intentará limitar la circulación del paciente por el entorno doméstico para minimizar el contacto con el resto de los familiares o convivientes. Si la situación lo requiere el paciente circulará por el entorno domiciliario haciendo un uso correcto de la mascarilla y siempre manteniendo distancia de 2 metros respecto al resto de convivientes. 3. Dispondrá de un cesto de basura con tapa y bolsa en su interior para alojar cualquier desecho.
Comunicación con el resto de los familiares y personal sanitario
<ol style="list-style-type: none"> 1. La vivienda deberá de disponer de un teléfono para la comunicación directa con el personal sanitario designado para el seguimiento de la evolución del paciente. Con el fin de minimizar el contacto del paciente con el resto de los familiares, se puede utilizar teléfono celular.
Lavado de manos y aseo personal
<ol style="list-style-type: none"> 1. El lavado de manos es una de las medidas principales para evitar el contagio por coronavirus, se tiene que realizar: después del contacto con saliva, secreciones oculares y nasales, manipular pañuelos, antes y después del cambio de pañal 2. Después de toser o estornudar 3. Antes y después de cada contacto que se tenga con el paciente 4. Antes de que el paciente salga de su habitación 5. Antes de comer 6. Después de realizar la limpieza de cualquier útil o superficie. 7. Si no hay suciedad en las manos también puede usarse alcohol en gel al 70% por 20 segundos 8. Cuando haya suciedad visible hay que lavarse con agua y jabón

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 51 de 62

9. Para secarse las manos después de lavárselas es preferible usar toallitas de papel desechables, de no tenerles se utilizarán toallas de tela limpia que se deberán cambiar a menudo
10. Las sábanas, toallas, platos, cubiertos y alimentos utilizados y consumidos por el paciente no deben compartirse con otras personas
11. No es necesario desechar estos artículos, pero sí lavarlos con agua y jabón después de su uso
12. No debe sacudirse la ropa sucia
13. En la estancia del enfermo es necesario limpiar y desinfectar diariamente las superficies de uso cotidiano con las que exista contacto frecuente (como mesa de velador, la estructura de la cama y otros muebles). Tras una limpieza inicial con jabón o detergente doméstico ordinarios se aplicará un desinfectante doméstico de tipo habitual que contenga 0,1% de hipoclorito sódico (equivalente a 1000 ppm).
14. Para la limpieza de superficies y la manipulación de ropa, sábanas o toallas manchadas con fluidos corporales se deben utilizar guantes y ropa de protección (por ejemplo, delantales de plástico). Según el contexto pueden emplearse guantes de limpieza domésticos o guantes desechables. Después de su uso los guantes deben lavarse con agua y jabón y descontaminarse con una solución de hipoclorito sódico al 0,1%.
15. Los guantes desechables (por ejemplo, de nitrilo o látex) deben desecharse después de su uso. Antes y después de quitarse los guantes se deben aplicar medidas de higiene de manos.

Uso de mascarilla

1. Los niños mayores de 2 años podrían usar mascarilla si comparten áreas comunes en el domicilio, y de acuerdo con su tolerancia
2. Cuando se encuentren en la misma área que el paciente, los cuidadores deberán utilizar una mascarilla médica. La mascarilla no debe tocarse ni manipularse durante su uso. Si se moja o se mancha con secreciones, deberá sustituirse inmediatamente por una mascarilla seca nueva. Para quitarse la mascarilla se utilizará una técnica adecuada que evite tocar su parte frontal. Inmediatamente después de ello se debe desechar la mascarilla y aplicar medidas de higiene de manos.

Realizado por Martínez, M. 09/2020 (40,104,105)

Temas para el abordaje de educación/información respecto al SARS-COV-2/COVID-19 en el primer nivel de atención: (11,106)

Público objetivo	Información para abordar
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes SARS-COV-2/COVID-19 • Casos sospechosos • Cuidadores de pacientes • Contactos con pacientes • Familiares de pacientes • Proveedores del hogar • Comunidad en general 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de la enfermedad. • Signos de alarma. • Distanciamiento social (de personas y mascotas) • Uso adecuado de la mascarilla. • Etiqueta respiratoria. • Higiene de manos. • Desinfección de superficies en contacto con el paciente (incluidos los espacios compartidos como el baño) • Dinámicas en casa y provisión de alimentos para evitar la transmisión. • Manejo de desechos, residuos y lavado de ropa.

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 52 de 62

Enlaces recomendados para brindar información a pacientes:

- CDC - COVID-19, cómo protegerse y proteger a los demás: <https://bit.ly/3jXyuRU>
- Duelo en situación de aislamiento, recomendaciones para afrontar la pérdida de un ser querido: <https://bit.ly/3eeEuTx>
- Recomendaciones para el cuidado emocional ante una situación de aislamiento: <https://bit.ly/2xlmKVO>
- Aplicación móvil para regulación emocional y reducir el estrés: <https://bit.ly/3eet5Tz>
- Guía de conversación en una intervención telefónica u online por parte del equipo de salud mental: <https://bit.ly/2V5uSmJ>
- Guía para hacer compras: <https://bit.ly/2XvNIVw>
- Guía apoyo psicosocial: <https://bit.ly/3c9Wxbv>

G. Referencias bibliográficas

1. Ecuador M-N. Consenso Multidisciplinario Informado en la Evidencia Sobre el Tratamiento de COVID-19, v 9.0 [Internet]. Quito; 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Consenso-Multidisciplinario-informado-en-la-evidencia-sobre-el-tratamiento-de-Covid-19-V9_11_08_2020_compressed.pdf
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) [Internet]. Quito; 2012 [citado el 8 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
3. Organización Panamericana de Salud (PAHO). Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidance for Outpatient and Ambulatory Care Settings | CDC [Internet]. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020 [citado el 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ambulatory-care-settings.html>
5. Ministerio de Salud República del Perú. Prevención y atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú (Documento técnico) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574295/resolucion-ministerial-139-2020-MINSA.PDF>
6. Organización Mundial de la Salud (WHO). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community [Internet]. Interim guidance, 19 March 2020. 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/operational-considerations-for-case-management-of-covid-19-in-health-facility-and-community>
7. Organización Mundial de la Salud (WHO). Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 [Internet]. Coronavirus disease 2019, Technical guidance. 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
8. Organización Mundial de la Salud (WHO). Maintaining Essential Health Services and Systems [Internet]. Coronavirus disease 2019, Technical guidance. 2020 [citado el 6 de abril de 2020].

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 53 de 62

- Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>
9. Organización Mundial de la Salud (WHO). Guidance for health workers [Internet]. Coronavirus disease 2019, Technical guidance. 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/health-workers>
 10. España M de SG de. Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19 [Internet]. (Documento técnico). 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf
 11. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19 (Documento técnico) [Internet]. (Documento técnico). 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
 12. European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally-fifth update [Internet]. Stockholm; 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>
 13. Romanov BK. Coronavirus disease COVID-2019. Saf Risk Pharmacother. 2020;8(1):3–8.
 14. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected (v1.2). 2020;1–21. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
 15. The European Medicines Agency (EMA). EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19 [Internet]. 2020 [citado el 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>
 16. Agence France-Press. WHO Now Doesn't Recommend Avoiding Ibuprofen For COVID-19 Symptoms [Internet]. Science alert. 2020. Disponible en: <https://www.sciencealert.com/who-recommends-to-avoid-taking-ibuprofen-for-covid-19-symptoms>
 17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing [Internet]. NICE guideline. 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng138/resources/visual-summary-pdf-6903410941>
 18. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community [Internet]. NICE guideline [NG163]. 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/chapter/6-Managing-breathlessness>
 19. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Visita Domiciliaria [Internet]. 2020. Disponible en: <http://semf.ec/visita-domiciliaria/>
 20. Organización Mundial de la Salud (WHO). Atención en el domicilio a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos [Internet]. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331528/WHO-nCov-IPC-HomeCare-2020.3-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Martínez-Riera JR, Gras-Nieto E. Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. Enfermería Clínica [Internet]. mayo de 2020; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862120302990>
 22. Glauser W. Proposed protocol to keep COVID-19 out of hospitals. Can Med Assoc J [Internet].

	<p>Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0025</p>	<p>MTT2-NACIONAL</p> <hr/> <p>Página 54 de 62</p>
--	---	--

- el 9 de marzo de 2020;192(10):E264–5. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.1095852>
23. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID 19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida [Internet]. 2020. Disponible en: [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23 FIN DE VIDA Y COVID 19 _1.Documento para profesionales_1.pdf](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23_FIN_DE_VIDA_Y_COVID_19_1.Documento_para_profesionales_1.pdf)
 24. Organización Mundial de la Salud (WHO). Framework for the Implementation of a Telemedicine Service [Internet]. 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28414/9789275119037_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
 25. Cureatr. The Two Forms of Telemedicine: Synchronous vs. Asynchronous [Internet]. 2020. Disponible en: <https://blog.cureatr.com/two-forms-telemedicine-synchronous-vs-asynchronous#:~:text=ATA defines asynchronous telemedicine as,does not take place simultaneously.%22>
 26. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med [Internet]. el 30 de abril de 2020;382(18):1679–81. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2003539>
 27. Organización Mundial de la Salud (WHO). WHO COVID-19 Case definition [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1
 28. Mehring WM, Poksay A, Kriege J, Prasannappa R, Wang MD, Hendel C, et al. Initial Experience with a COVID-19 Web-Based Patient Self-assessment Tool. J Gen Intern Med [Internet]. el 15 de junio de 2020; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-020-05893-0>
 29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infection Control: COVID-19 [Internet]. 2020 [citado el 29 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/index.html>
 30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). COVID-19, Lineamientos Generales de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/Lineamientos_generales_COVID-19-04-08-2020-FE-DE-ERRATAS.pdf
 31. El Comercio. El 43,8% de contagiados es personal médico, según Salud [Internet]. 04 junio 2020. 2020. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/contagios-medicos-personal-salud-covid19.html>
 32. Zhu J, Ji P, Pang J, Zhong Z, Li H, He C, et al. Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: A meta-analysis. J Med Virol [Internet]. el 24 de junio de 2020;jmv.25884. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.25884>
 33. Ministerio de Salud de Argentina. TRIAGE de Enfermería Pacientes con infección respiratoria aguda. 2020; Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/triage-covid-19.pdf>
 34. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos para el servicio de atención pre-hospitalaria por posible evento de salud pública de importancia internacional – ESPII [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/LO_APH-COVID-19vf.pdf
 35. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Manejo en urgencias del COVID-19 [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
 36. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response CC for DC and P. The

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 55 de 62

- epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi [Internet]. el 10 de febrero de 2020;41(2):145–51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32064853>
37. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. JAMA [Internet]. el 26 de mayo de 2020;323(20):2052. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>
 38. Izcovich A, Aires H, Aires B, First A, Ragusa M, Tortosa F, et al. The Lancet Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review [Internet]. 2020. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3627285
 39. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf
 40. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. Acta Paediatr [Internet]. el 14 de junio de 2020;109(6):1088–95. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.15270>
 41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19) [Internet]. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
 42. Garcia RA, L'Abbate S, Arakaki J. Estrategias de articulación entre Atención Primaria y Vigilancia en Salud y la interfaz entre los sujetos. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. septiembre de 2015;19(54):431–42. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300431&lng=es&tlng=es
 43. Mao L, Wang M, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Case Series Study. SSRN Electron J. 2020;
 44. Jain V, Yuan J-M. Systematic review and meta-analysis of predictive symptoms and comorbidities for severe COVID-19 infection. medRxiv [Internet]. el 1 de enero de 2020;2020.03.15.20035360. Disponible en: <http://medrxiv.org/content/early/2020/03/16/2020.03.15.20035360.abstract>
 45. Wynants L, Van Calster B, Bonten MMJ, Collins GS, Debray TPA, De Vos M, et al. Systematic review and critical appraisal of prediction models for diagnosis and prognosis of COVID-19 infection. medRxiv [Internet]. el 1 de enero de 2020;2020.03.24.20041020. Disponible en: <http://medrxiv.org/content/early/2020/04/05/2020.03.24.20041020.abstract>
 46. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing [Internet]. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html>
 47. Caruana G, Croxatto A, Coste AT, Opota O, Lamoth F, Jatón K, et al. Diagnostic strategies for SARS-CoV-2 infection and interpretation of microbiological results. Clin Microbiol Infect [Internet]. septiembre de 2020;26(9):1178–82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1198743X20303633>
 48. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pneumonia in adults: diagnosis and management. Nice [Internet]. 2018;(December 2014):1–18. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg191>

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 56 de 62

49. Lim WS. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* [Internet]. el 1 de mayo de 2003;58(5):377–82. Disponible en: <http://thorax.bmj.com/cgi/doi/10.1136/thorax.58.5.377>
50. Organización Panamericana de Salud (PAHO). Consideraciones para el uso de hoteles durante la pandemia de la COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52240>
51. Ministerio de Salud de Argentina. Recomendaciones para el 1er nivel de atención de personas gestantes, niños/as y adolescentes [Internet]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001873cnt-covid-19-recomendaciones-1-nivel-atencion-gestantes-ninos-ninas-adolescentes.pdf>
52. Moreno-Piedrahita F, Jimbo R, Sánchez X, Armijos L. Cloroquina/Hidroxicloroquina para profilaxis pre y post-exposición de COVID-19 en el personal sanitario [Internet]. Quito, Ecuador; 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340332734_CloroquinaHidroxicloroquina_para_p_rofilaxis_pre_y_post-exposicion_de_COVID-19_en_el_personal_sanitario
53. Boulware DR, Pullen MF, Bangdiwala AS, Pastick KA, Lofgren SM, Okafor EC, et al. A Randomized Trial of Hydroxychloroquine as Postexposure Prophylaxis for Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. el 3 de junio de 2020;NEJMoa2016638. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2016638>
54. Park PG, Kim CH, Heo Y, Kim TS, Park CW, Kim C-H. Out-of-Hospital Cohort Treatment of Coronavirus Disease 2019 Patients with Mild Symptoms in Korea: an Experience from a Single Community Treatment Center. *J Korean Med Sci* [Internet]. 2020;35(13). Disponible en: <https://jkms.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2020.35.e140>
55. Astudillo L, Flores A, Guevara D, Romero C, Sevilla L, Concha O, et al. Actividad física, inmunidad y COVID-19 [Internet]. Quito, Ecuador; 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342339536_Actividad_fisica_inmunidad_y_COVID-19
56. American Heart Association. Classes of Heart Failure [Internet]. Health topics. 2020 [citado el 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure/classes-of-heart-failure>
57. Food and Drug Administration Department of Health and Human Services (FDA). FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems [Internet]. FDA Drug Safety Communication. 2020. Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-cautions-against-use-hydroxychloroquine-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or>
58. Siemieniuk RA, Bartoszko JJ, Ge L, Zeraatkar D, Izcovich A, Pardo-Hernandez H, et al. Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis. *BMJ* [Internet]. el 30 de julio de 2020;370:m2980. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m2980>
59. Qaseem A, Yost J, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Humphrey LL. Update Alert 2: Should Clinicians Use Chloroquine or Hydroxychloroquine Alone or in Combination With Azithromycin for the Prophylaxis or Treatment of COVID-19? Living Practice Points From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. el 30 de julio de 2020;L20-1007. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/L20-1007>
60. Hernandez A V., Roman YM, Pasupuleti V, Barboza JJ, White CM. Hydroxychloroquine or Chloroquine for Treatment or Prophylaxis of COVID-19: A Living Systematic Review. *Ann Intern Med* [Internet]. el 27 de mayo de 2020;M20-2496. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-2496>

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 57 de 62

61. Food and Drug Administration Department of Health and Human Services (FDA). FDA Revokes Emergency Use Authorization for Chloroquine and Hydroxychloroquine [Internet]. FDA News - Coronavirus (COVID-19) Update. 2020. Disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-revokes-emergency-use-authorization-chloroquine-and>
62. Skipper CP, Pastick KA, Engen NW, Bangdiwala AS, Abassi M, Lofgren SM, et al. Hydroxychloroquine in Nonhospitalized Adults With Early COVID-19. *Ann Intern Med* [Internet]. el 16 de julio de 2020;M20-4207. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-4207>
63. Mitjà O, Corbacho-Monné M, Ubals M, Tebe C, Peñafiel J, Tobias A, et al. Hydroxychloroquine for Early Treatment of Adults with Mild Covid-19: A Randomized-Controlled Trial. *Clin Infect Dis* [Internet]. el 16 de julio de 2020; Disponible en: http://fdslive.oup.com/www.oup.com/pdf/production_in_progress.pdf
64. Randomised Evaluation of COVID-19 thERapy (RECOVERY). No clinical benefit from use of hydroxychloroquine in hospitalised patients with COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.recoverytrial.net/news/statement-from-the-chief-investigators-of-the-randomised-evaluation-of-covid-19-therapy-recovery-trial-on-hydroxychloroquine-5-june-2020-no-clinical-benefit-from-use-of-hydroxychloroquine-in-hospitalised-patients-with-co>
65. Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud* [Internet]. 2011;35(1):114–23. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/Poli medicadosVol35n4.pdf
66. Rinott E, Kozer E, Shapira Y, Bar-Haim A, Youngster I. Ibuprofen use and clinical outcomes in COVID-19 patients. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. junio de 2020; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1198743X20303438>
67. Jeong HE, Lee H, Shin HJ, Choe YJ, Filion KB, Shin J-Y. Association between NSAIDs use and adverse clinical outcomes among adults hospitalized with COVID-19 in South Korea: A nationwide study. *Clin Infect Dis* [Internet]. el 27 de julio de 2020; Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1056/5876905>
68. IBM Watson Health. IBM Micromedex® [Internet]. Web application, Medication Essential Fact Sheets. 2020. Disponible en: <https://www.micromedexsolutions.com/>
69. Yancy WS, McCrory DC, Coeytaux RR, Schmit KM, Kemper AR, Goode A, et al. Efficacy and Tolerability of Treatments for Chronic Cough. *Chest* [Internet]. diciembre de 2013;144(6):1827–38. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369215486933>
70. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. el 10 de abril de 2018; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007094.pub5>
71. RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, et al. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 - Preliminary Report. *N Engl J Med* [Internet]. el 17 de julio de 2020;NEJMoa2021436. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2021436>
72. Villar J, Ferrando C, Martínez D, Ambrós A, Muñoz T, Soler JA, et al. Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* [Internet]. marzo de 2020;8(3):267–76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32043986>
73. USA National Institutes of Health (NIH). Corticosteroids [Internet]. NIH COVID-19 Treatment Guideliness. 2020. Disponible en: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/immune-based-therapy/immunomodulators/corticosteroids/>

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 58 de 62

74. Tongyoo S, Permpikul C, Mongkolpun W, Vattanavanit V, Udompanturak S, Kocak M, et al. Hydrocortisone treatment in early sepsis-associated acute respiratory distress syndrome: results of a randomized controlled trial. *Crit Care* [Internet]. 2016;20(1):329. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27741949>
75. Czock D, Keller F, Rasche FM, H??ussler U. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Systemically Administered Glucocorticoids. *Clin Pharmacokinet* [Internet]. 2005;44(1):61–98. Disponible en: <http://link.springer.com/10.2165/00003088-200544010-00003>
76. Joseph RM, Hunter AL, Ray DW, Dixon WG. Systemic glucocorticoid therapy and adrenal insufficiency in adults: A systematic review. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. agosto de 2016;46(1):133–41. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0049017216000913>
77. Nutescu EA, Spinier SA, Wittkowsky A, Dager WE. Anticoagulation: Low-Molecular-Weight Heparins in Renal Impairment and Obesity: Available Evidence and Clinical Practice Recommendations Across Medical and Surgical Settings. *Ann Pharmacother* [Internet]. el 19 de junio de 2009;43(6):1064–83. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1L194>
78. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [Internet]. octubre de 2018;132(4):1068. Disponible en: <http://journals.lww.com/00006250-201810000-00049>
79. Akima S, McLintock C, Hunt BJ. International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) interim guidance to recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost* [Internet]. el 15 de agosto de 2020;18(8):2057–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jth.14853>
80. Bikdeli B, Madhavan M V., Jimenez D, Chuich T, Dreyfus I, Driggin E, et al. COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-Up. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. junio de 2020;75(23):2950–73. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109720350087>
81. Ecuador M-N. Consenso de recomendaciones de Hematología sobre el tratamiento de Covid-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/2.0-Conseso-de-recomendaciones-de-Hematología-sobre-el-tratamiento-de-COVID-19-1.pdf>
82. Tacuri J, Benitez M, Acuña D, Caldas J, Ajila J, Padilla S, et al. Tromboprofilaxis y anticoagulación en pacientes con COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/343921888_Tromboprofilaxis_y_anticoagulacion_en_pacientes_con_COVID-19/citations
83. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. el 1 de octubre de 2019;200(7):e45–67. Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201908-1581ST>
84. Gbinigie K, Frie K. Should azithromycin be used to treat COVID-19? A rapid review. *BJGP Open* [Internet]. el 12 de mayo de 2020;bjgpopen20X101094. Disponible en: <http://bjgpopen.org/lookup/doi/10.3399/bjgpopen20X101094>
85. Infectious Diseases Society of America (IDSA). A Focus on Extended-Spectrum β -lactamase Producing Enterobacterales (ESBL-E), Carbapenem-Resistant Enterobacterales (CRE), and *Pseudomonas aeruginosa* with Difficult-to-Treat Resistance (DTR-P. *aeruginosa*) [Internet]. IDSA Guidance on the Treatment of Antimicrobial Resistant Gram-Negative Infections. 2020. Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/amr-guidance/>
86. Barr D, Seaton R. Outpatient parenteral -antimicrobial therapy (OPAT) and the general

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 59 de 62

- physician. Barlow G, editor. Clin Med (Northfield Il) [Internet]. el 10 de octubre de 2013;13(5):495–9. Disponible en: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmedicine.13-5-495>
87. Mazdeyasna H, Nori P, Patel P, Doll M, Godbout E, Lee K, et al. Antimicrobial Stewardship at the Core of COVID-19 Response Efforts: Implications for Sustaining and Building Programs. Curr Infect Dis Rep [Internet]. el 3 de septiembre de 2020;22(9):23. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11908-020-00734-x>
 88. NHS Greater Glasgow and Clyde. GGC Medicines Adult Therapeutics Handbook [Internet]. Disponible en: <https://handbook.ggcmedicines.org.uk/media/1031/antibiotic-iv-oral-antibiotic-switch-therapy-1901f.pdf>
 89. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza Antiviral Medications [Internet]. Summary for Clinicians. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>
 90. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, Englund JA, File TM, Fry AM, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenzaa. Clin Infect Dis [Internet]. el 5 de marzo de 2019;68(6):895–902. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/68/6/e1/5251935>
 91. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, Englund JA, File TM, Fry AM, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenzaa. Clin Infect Dis [Internet]. el 5 de marzo de 2019;68(6):e1–47. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/68/6/e1/5251935>
 92. Sardesai I, Grover J, Garg M, Nanayakkara PB, Di Somma S, Paladino L, et al. Short term home oxygen therapy COVID-19 patients: The COVID-HOT algorithm. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2020;9(7):3209. Disponible en: <http://www.jfmpc.com/text.asp?2020/9/7/3209/290740>
 93. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. abril de 2020;382(18):1708–20.
 94. Galwankar S, Paladino L, Gaieski D, Nanayakkara KPWB, Somma S, Grover J, et al. Management algorithm for subclinical hypoxemia in coronavirus disease-2019 patients: Intercepting the “Silent Killer”. J Emerg Trauma Shock. 2020;13(2):110.
 95. Laporte J, Healy D. Medicamentos que aumentan el riesgo de neumonía. nogracias. org. 2020. p. 4.
 96. Rhee C, Kanjilal S, Baker M, Klompas M. Duration of SARS-CoV-2 Infectivity: When is it Safe to Discontinue Isolation? Clin Infect Dis. agosto de 2020;
 97. Sutherland AE, Stickland J, Wee B. Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the Covid-19 pandemic: rapid review. BMJ Support Palliat Care [Internet]. septiembre de 2020;10(3):271–5. Disponible en: <http://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2020-002326>
 98. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ [Internet]. el 25 de marzo de 2020;m1182. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1182>
 99. Kidd M. Australia’s primary care COVID-19 response [Internet]. The Royal Australian College of General Practitioners 2020 - Coronavirus (COVID-19) Pandemic. 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www1.racgp.org.au/getattachment/8f404e46-5525-46f7-928d-82214aac3d52/Australias-primary-care-COVID19-response.aspx>
 100. El Desconcierto. “La epidemia aquí está fuera de control” [Internet]. 2020 [citado el 13 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/03/26/desgarradora->

	<p>Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19</p> <p>MTT2-PRT-0025</p>	<p>MTT2-NACIONAL</p> <hr/> <p>Página 60 de 62</p>
--	---	--

- carta-de-medicos-de-hospital-en-bergamo-relata-grave-situacion-en-la-ciudad-italiana-la-epidemia-aqui-esta-fuera-de-control/
101. Colombia M de S de. Prevención , contención y mitigación del Covid- - 19 en habitantes de la calle [Internet]. Prevención, contención y mitigación. 2020. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/Infografía Habitante de Calle.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/Infografía_Habitante_de_Calle.pdf)
 102. Organización Mundial de la Salud (WHO). Codificación del COVID-19 con la CIE-10 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=468-covid-cie-codigos-2020-03-25-espanol&category_slug=documentos&Itemid=624
 103. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med [Internet]. 2020;382(18):1708–20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32109013>
 104. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. Pediatr Infect Dis J [Internet]. mayo de 2020;39(5):355–68. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/INF.0000000000002660>
 105. Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). Protocolo de manejo para servicios de salud de primer y segundo nivel de atención en COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://alape.org/wp-content/uploads/2020/04/PROTOCOLO-COVID-19.pdf>
 106. Organización Mundial de la Salud (WHO). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. Technical documentation, 19 march 2020. 2020 [citado el 6 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 61 de 62

H. ANEXOS

Colaboradores del brazo de Equipo Multidisciplinario del primer nivel de atención MTT2

DRA. ELIZABETH AGUIRRE CÉSPEDES	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, MSP Distrito 17D04 - Médico Familiar. Pichincha
DRA. SUSANA ALVEAR DURÁN	Especialista en Medicina Familiar, Magister Salud Pública, Phd(c) Salud Pública, Comité de Ética y Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Centro de Medicina Familiar La Y - CEMEF. Pichincha
DRA. ANA MARÍA AVECILLAS GRISALES	Especialista en Medicina Familiar, Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco. Pichincha
DRA. ANGELICA CAROLINA ANDRADE ORTIZ	Especialista en Medicina Familiar, Magister en Desarrollo Local de la Salud, Administradora técnica del CS TIPO C ESPOCH Lizarzaburu. Chimborazo
DR. XAVIER ASTUDILLO ROMERO	Especialista en Medicina Familiar, Magister en Gerencia en Salud Para el desarrollo Local, Universidad Técnica Particular de Loja (Docente Investigador) - Hospital UTPL (Médico Tratante). Loja
DR. MIGUEL BOLAÑOS NOROÑA	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, IESS, CSB Atuntaqui. Imbabura
LCDA. ENF. RUTH NARCISA CAJO	Licenciada en Enfermería, líder de Enfermería Unidad Médica Eloy Alfaro IESS. Pichincha
LCDA. ENF. BETTY SORAYA CULQUI MOPOSITA	Licenciada en Enfermería, Magister en Salud Pública - Investigación en Servicios de Salud, MSP Distrito 21d02, Enfermera Unidad Móvil de Salud General. Sucumbíos
DRA. KARLA FLORES SACOTO	Especialista en Medicina Familiar, Magister en Salud Pública, Magister en Gerencia en Salud Para el desarrollo Local, Coordinadora Unidad Médica Eloy Alfaro IESS, Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pichincha
DR. DIEGO FERNANDO GÓMEZ CORREA	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Docente Universidad de las Américas, Centro de Medicina Familiar La Y - CEMEF. Pichincha
DRA. ANA MARÍA GÓMEZ JARAMILLO	Especialista en Medicina Interna, Magister en Enfermedades Infecciosas, Magister en Docencia Universitaria, Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pichincha
DRA. VERÓNICA ANAVEL INUCA TOCAGÓN	Especialista en Medicina Familiar, Docente Universidad Central del Ecuador, Interculturalidad Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Pichincha
DRA. RUTH JIMBO SOTOMAYOR	Especialista en Medicina Familiar, Magister en Economía de la Salud y del Medicamento, Phd(c) Epidemiología y Salud Pública, Docente-Subdecano Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pichincha

	Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19	MTT2-NACIONAL
	MTT2-PRT-0025	Página 62 de 62

DR. EDGAR LEÓN SEGOVIA	Especialista en Medicina Familiar, Presidente Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pichincha
DRA. ROSA FRANCELINA MAYTA ZAPATA	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Médica del Centro de Salud El Priorato, Interculturalidad y Cosmovisión. Imbabura
LCDA. TS. OMAIRA STELLA MORALES ZURITA	Trabajadora Social, Especialista en Gerencia Social. Pichincha
DR. FELIPE MORENO-PIEDRAHITA HERNANDEZ	Especialista en Medicina Familiar, Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Implementación y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Centro de Medicina Familiar La Y - CEMEF. Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, Movimiento Waynakay Ecuador. Pichincha
DRA. ISABEL PACHECO CORREA	Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Quevedo. Los Ríos
DR. MIGUEL PIZZANELLI BÁEZ	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Docente Asistencial Rural de Florida “Hugo Dibarboure Icasuriaga”. Profesor Facultad de Medicina UDELAR. Primary Care Assessment Tool y Prevención cuaternaria CIMF-WONCA. Uruguay
DRA. PSIC. SORAIDA PAREDES	Doctora en Psicología Clínica, Centro de Medicina Familiar La Y - CEMEF, Centro Médico Carapungo -Fundación Vozandes. Pichincha
DR. XAVIER SÁNCHEZ CHOEZ	Especialista en Medicina Familiar, Magíster en Economía de la Salud y del Medicamento, Phd(c) Epidemiología y Salud Pública, Docente-Jefe de Carrera de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pichincha
DR. GALO SÁNCHEZ DEL HIERRO	Doctor en Ciencias Médicas (PhD), Especialista en Medicina Familiar, Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Centro de Medicina Familiar La Y - CEMEF. Pichincha
DR. SALVADOR TRANCHE IPARRAGUIRRE	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Cristo (Oviedo), Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). España
DRA. ANA CRISTINA VARGAS REYES	Medicina Familiar y comunitaria Universidad Central del Ecuador, Grupo de Visita Domiciliaria de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. Pichincha