

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



**Algoritmo de manejo de la
COVID-19 en el primer nivel de atención**

Segunda edición

NOTA

En esta publicación se presenta un algoritmo de manejo de los pacientes con sospecha de COVID-19 en el primer nivel de atención de la Región de las Américas, con el fin de realizar una identificación temprana de los casos según la gravedad clínica y brindar indicaciones de remisión oportunas. El algoritmo fue adaptado con base en los resultados de un proceso de revisión de la evidencia y validación con expertos en la Región; y está sujeto a revisión a medida que se disponga de evidencia nueva.

Algoritmo de manejo de la COVID-19 en el primer nivel de atención. Segunda edición

OPS/IMS/EIH/COVID-19/22-0020

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ALGORITMO DE MANEJO DE LA COVID-19 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El personal de salud que atiende a los pacientes debe contar con equipos de seguridad y los insumos necesarios.

Vigilancia de casos de pacientes con sospecha de COVID-19

- Fiebre mayor a 38 C con tos seca y/o dificultad respiratoria.
- Disnea, artralgia, mialgia, anosmia, astenia, disgeusia, diarrea, dolor abdominal, diarrea persistente, dolor de cabeza, escalofríos, fatiga y/o dolor de garganta
- Un paciente con enfermedad respiratoria aguda y la ausencia de un diagnóstico alternativo que explique la presentación clínica

NO

Evaluación clínica usual de acuerdo a los lineamientos nacionales, incluyendo evaluación de otras infecciones respiratorias

SI

Pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 leve (con o sin factores de riesgo) y COVID-19 moderado sin factores de riesgo.

Aislamiento en casa o en instalaciones asignadas para atender a los pacientes con sospecha de COVID-19 por 7 días
 Administrar acetaminofén (500 mg cada 6 a 8 horas, máximo 4 gr al día) en caso de fiebre o dolor, Y7o antitusivos
 Brindar recomendaciones de hidratación y nutrición adecuadas; identificación de signos de emergencia
 No administrar antibióticos
 Monitoreo de señales de emergencia.
 Uso de pulsoxímetro de acuerdo a disponibilidad
 Seguimiento por telesalud

Pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 moderado con factores de riesgo*

Aislamiento en instalaciones de los proveedores de salud, domicilio o instalaciones asignadas por 7 días
 Monitoreo de signos vitales y de emergencia
 Uso de pulsoxímetros de acuerdo a disponibilidad
 Considerar aporte de oxígeno y administración de fluidos
 Exámenes de laboratorio e imágenes disponibles**
Administrar molupinavir, remdesivir, nirmatrelvir/ritonavir según criterio clínico y disponibilidad siguiendo las indicaciones de uso (Ver cuadro 2)
 Seguimiento por telesalud

Evaluar riesgo de tromboembolismo (tasa respiratoria mayor a 24, aumento en proteína C reactiva, niveles de dímero D y fibrinogeno)

BAJO Y MODERADO

ALTO

Remitir a segundo nivel de atención

Remitir a segundo nivel de atención al paciente

Si presenta alguna de las siguientes señales de emergencia.
 SpO₂ <90% o Frecuencia respiratoria alta para la edad (>20 en adultos) o presencia de dificultad respiratoria, dolor o presión persistente en el pecho, confusión, incapacidad de despertarse o permanecer despierto, coloración azulada en labios o rostro, neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida)
 Consultar e iniciar proceso de remisión a segundo nivel de atención

Administrar profilaxis anticoagulante según evaluación clínica.
 No administrar antibióticos a menos que se sospeche infección bacteriana.

Iniciar oxígeno a 5 L/min (flujos mayores secan las membranas mucosas)
 Utilizar cánula nasal usando posición prono vigil intermitente
 Limpieza de las vías aéreas en pacientes con producción de secreciones
 Evaluar respuesta y signos de emergencia
 Administrar fluidos intravenosos de forma conservadora
 Estimar FIO₂ cuando se administre oxígeno: 2-4 L/min (FIO₂ 0,28-0,36); 5 L/min min (FIO₂ 0,40); 6-10 L/min (FIO₂ 0,44-0,60); 10-15 L/min (FIO₂ 0,60-0,95).

Administrar corticoesteroides según criterio clínico
Administrar tocilizumab o baricitinib según criterio clínico y disponibilidad siguiendo las indicaciones de uso (Ver cuadro 2).
 Si el paciente se estabiliza (SpO₂>90%, signos vitales estables) continuar manejo, evaluar respuesta y estar alerta de señales de deterioro***

Si se aumenta el distrés respiratorio del paciente o SpO₂ continua menor a 90%:
 Utilizar máscara de oxígeno
 Aumentar el flujo de oxígeno de 6 a 10 L/min
 Utilizar máscara de oxígeno usando posición prono vigil intermitente
 Evaluar respuesta y signos de deterioro cada hora durante 4 horas***

Si el paciente se estabiliza (SpO₂>90%, signos vitales estables) continuar manejo, evaluar respuesta y estar alerta de señales de deterioro***

Si continúa aumentado el distrés respiratorio del paciente o SpO₂ es menor a 90% y se presentan señales de alarma:

Utilizar máscara de oxígeno con reservorio
 Aumento el flujo de oxígeno de 10 a 15 L/min
 Asegurarse que la bolsa se infle
 Buscar ayuda de un clínico experto por interconsulta virtual o presencial
 Evaluar remisión al segundo nivel de atención

Si continúa aumentado el distrés respiratorio o SpO₂ es menor a 90%, remitir al paciente lo más rápido posible al hospital más cercano que cuente con ventilador mecánico

* Factores de riesgo

- Arteroesclerosis
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad hepática
- Enfermedad neurológica
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad renal
- Hipertensión arterial
- Inmunodeficiencia por cualquier causa
- Obesidad
- Personas mayores de 60 años
- Mujeres embarazadas
- No vacunados

** Exámenes de laboratorio rutinarios de acuerdo a disponibilidad

- Especímenes respiratorios para valoración viral de COVID-19
- Función hepática
- Hemograma
- Otras pruebas de laboratorio basadas en epidemiología local (como influenza, otras infecciones respiratorias, dengue, malaria)
- Uroanálisis

Exámenes de laboratorio adicionales de acuerdo a disponibilidad

- Dímero D y fibrinógeno
- Proteína C reactiva

Imágenes diagnósticas de acuerdo a disponibilidad

- Radiografía de tórax
- Tomografía de tórax

***Señales de deterioro

- Aumento en la dificultad respiratoria
- Caída en la presión arterial
- Coloración azul en labios y rostro
- Confusión o inhabilidad de levantarse
- Debilidad aumentada
- Disminución de la saturación de oxígeno menor a 90%
- Dolor persistente en el pecho
- Enrojecimiento o inflamación de las extremidades
- Mareo
- Pérdida del conocimiento
- Tasa respiratoria mayor a 20

Definiciones operativas para la identificación de casos de COVID-19 según la gravedad clínica

Cuadro 1. Síntomas y factores de riesgo asociados con la COVID-19 (1)

Cuadro clínico	<p>Los signos y síntomas de presentación de la COVID-19 son diversos.</p> <p>La mayoría de las personas presentan fiebre (83%-99%), tos (59%-82%), fatiga (44%-70%), disminución del apetito (40%-84%), disnea (31%-40%) y mialgias (11%-35%). También se ha descrito la presencia de otros síntomas inespecíficos como dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, diarrea, náuseas y vómitos. Se ha observado también una pérdida de la sensibilidad olfativa (anosmia) o gustativa (ageusia) que preceden al inicio de los síntomas respiratorios.</p> <p>En particular, las personas mayores y los pacientes con inmunodepresión pueden presentar al inicio síntomas atípicos como fatiga, disminución del grado de alerta, reducción de la movilidad, diarrea y pérdida del apetito o estado confusional (delirium), sin que haya fiebre.</p> <p>Puede haber un solapamiento de los síntomas de la COVID-19 con otros síntomas como la disnea, algunos síntomas gastrointestinales o fatiga debidos a las adaptaciones fisiológicas en las embarazadas, a eventos adversos en el embarazo o a otras enfermedades como la malaria.</p> <p>En la población infantil, la fiebre o la tos pueden no ser tan frecuentes como en los adultos.</p>
-----------------------	--

Cuadro 2. Clasificación de gravedad de la COVID-19 (2,3)

Enfermedad leve	Pacientes sintomáticos (cuadro 1) que satisfacen los criterios de definición de caso de COVID-19 y no presentan signos de neumonía viral ni de hipoxia	
Enfermedad moderada	Neumonía	<p>Adolescente o adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida), pero sin signos de neumonía grave, incluida una $SpO_2 \geq 90\%$ respirando aire ambiente (4).</p> <p>Niño con signos clínicos de neumonía no grave (tos o dificultad para respirar + respiración rápida o tiraje torácico) y sin signos de neumonía grave.</p> <p>Respiración rápida (medida en respiraciones/min):</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 2 meses: ≥ 60. • 2-11 meses: ≥ 50. • 1-5 años: ≥ 40. <p>Aunque el diagnóstico puede ser clínico; los estudios por imágenes de tórax (radiografía, TAC y ecografía) pueden ser útiles para el diagnóstico y la identificación o exclusión de complicaciones pulmonares.</p>

<p>Enfermedad leve</p>	<p>Neumonía grave</p>	<p>Adolescente o adulto con signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida) más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/min. • Dificultad respiratoria grave. • SpO₂ < 90% respirando aire ambiente. <p>Niño con signos clínicos de neumonía (tos o dificultad para respirar) + al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cianosis central o SpO₂ < 90%; dificultad respiratoria grave (p. ej., respiración rápida, quejido espiratorio, tiraje torácico muy intenso) y signos de alerta generales: incapacidad de mamar o de beber, letargia o pérdida del conocimiento, o convulsiones. • Respiración rápida (medida en respiraciones/min): <ul style="list-style-type: none"> o < 2 meses: ≥ 60. o 2-11 meses: ≥ 50. o 1-5 años: ≥ 40. <p>Aunque el diagnóstico puede ser clínico, los estudios por imágenes de tórax (radiografía, TAC y ecografía) pueden ser útiles para el diagnóstico y la identificación o exclusión de complicaciones pulmonares.</p>
<p>Enfermedad crítica</p>	<p>Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)</p>	<p>Inicio: en el plazo de una semana tras un evento clínico conocido (es decir, una neumonía) o la aparición de síntomas respiratorios o el empeoramiento de los ya existentes.</p> <p>Estudios por imágenes de tórax: (radiografía, TAC o ecografía pulmonar): opacidades bilaterales que no se explican por completo por una sobrecarga de volumen, un colapso lobular o pulmonar, o la presencia de nódulos.</p> <p>Origen de los infiltrados pulmonares: insuficiencia respiratoria que no se explica por completo por una insuficiencia cardíaca o sobrecarga de líquidos. Es necesaria una evaluación objetiva (p. ej., mediante ecocardiografía) para excluir una causa hidrostática de los infiltrados o el edema si no hay ningún factor de riesgo.</p> <p>Déficit de oxigenación en los adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SDRA leve: 200 mmHg < PaO₂/FiO₂a ≤ 300 mmHg (con PEEP o CPAP ≥ 5 cmH₂O).^b • SDRA moderado: 100 mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 200 mmHg (con PEEP ≥ 5 cmH₂O).^b • SDRA grave: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mmHg (con PEEP ≥ 5 cmH₂O).^b <p>Déficit de oxigenación en niños: evaluar el OI y el OSI.^c Usar el OI cuando se disponga de él. Si no se dispone de la PaO₂, desconectar la FiO₂ para mantener una SpO₂ ≤ 97% con objeto de calcular el OSI o el cociente de SpO₂/FiO₂:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema binivel (VNI o CPAP) ≥ 5 cmH₂O mediante mascarilla facial completa: PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg o SpO₂/FiO₂ ≤ 264. • SDRA leve (con ventilación invasiva): 4 ≤ OI < 8 o 5 ≤ OSI < 7,5. • SDRA moderado (con ventilación invasiva): 8 ≤ OI < 16 o 7,5 ≤ OSI < 12,3. • SDRA grave (con ventilación invasiva): OI ≥ 16 u OSI ≥ 12,3.

Enfermedad crítica	Sepsis	<p>Adultos: disfunción aguda de órganos con peligro para la vida, causada por una regulación alterada de la respuesta del paciente frente a una infección presunta o comprobada. Los signos de disfunción de los órganos incluyen los siguientes: alteración del estado mental, dificultad respiratoria o respiración rápida, saturación de oxígeno baja, reducción de la diuresis, frecuencia cardíaca rápida, pulso débil, extremidades frías, presión arterial baja, moteado de la piel, signos analíticos de coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactato elevado e hiperbilirrubinemia.</p> <p>Niños: infección presunta o comprobada y ≥ 2 criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) correspondientes a la edad, e uno de los cuales debe ser la temperatura anormal o el recuento leucocitario anormal.</p>
	Choque séptico	<p>Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reanimación con administración de volumen, que requiere vasopresores para mantener una PAM ≥ 65 mmHg y concentración de lactato en suero > 2 mmol/l.</p> <p>Niños: cualquier valor de hipotensión (PA sistólica $<$ percentil 5 o > 2 DE por debajo del valor normal para la edad) o dos o tres de los siguientes: alteración del estado mental; bradicardia o taquicardia (FC < 90 lpm o > 160 lpm en lactantes y frecuencia cardíaca < 70 lpm o > 150 lpm en niños); llenado capilar prolongado (> 2 s) o pulso débil; respiración rápida; piel moteada o fría, o erupción petequeal o púrpura; lactato elevado; reducción de la diuresis; hipertermia e hipotermia.</p>

Otras complicaciones que se han descrito en los pacientes con COVID-19 son trastornos agudos y con peligro para la vida, como los siguientes: embolia pulmonar aguda, accidente cerebrovascular agudo, síndrome coronario agudo y estado confusional (delirium). El grado de sospecha clínica respecto a estas complicaciones debe ser mayor cuando se atiende a pacientes con COVID-19, y debe disponerse de protocolos de diagnóstico y tratamiento apropiados.

*Si la altitud es de más de 1000 m, se debe calcular el factor de corrección como sigue: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times \text{presión barométrica}/760$.

^bCuando no se dispone de la PaO_2 , un valor de $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ sugiere la presencia un SDRA (también en los pacientes no ventilados).

^cEl índice de oxigenación (OI, por su sigla en inglés) es un parámetro determinado de forma invasiva que indica la gravedad de la insuficiencia respiratoria hipoxémica y puede usarse para predecir la evolución de los pacientes pediátricos. Se calcula de la siguiente manera: $\text{FiO}_2 \times \text{presión media de las vías aéreas}/\text{presión parcial de oxígeno arterial}$ (en mmHg). El índice de saturación de oxígeno (OSI, por su sigla en inglés) es un parámetro determinado de forma no invasiva y se ha observado que es un indicador sustitutivo fiable del OI en niños y adultos con insuficiencia respiratoria. El OSI reemplaza la PaO_2 por la saturación de oxígeno medida con oximetría de pulso (SpO_2) en la ecuación del OI.

^dLa puntuación SOFA toma valores entre 0 y 24, e incluye puntuaciones relativas a seis sistemas orgánicos: respiratorio (hipoxemia definida por un valor bajo de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$); coagulación (recuento de plaquetas bajo); hígado (bilirrubina alta); cardiovascular (hipotensión); sistema nervioso central (nivel de conciencia bajo definido por la escala de coma de Glasgow); y urinario (diuresis baja o creatinina alta). La septicemia se define por un aumento de la puntuación SOFA de ≥ 2 puntos. En el caso de que no se disponga de datos al respecto, se presupondrá que la puntuación inicial es 0.

^eCriterios de SRIS: temperatura anormal ($>38,5$ °C o <36 °C); taquicardia correspondiente a la edad o bradicardia correspondiente a la edad si el paciente tiene < 1 año; taquipnea correspondiente a la edad o necesidad de ventilación mecánica; recuento de leucocitos anormal para la edad o $>10\%$ de células en banda.

PA, presión arterial; lpm, latidos por minuto; CPAP, presión de vías aéreas positiva continua; TAC, tomografía computarizada; FiO_2 , fracción inspirada de oxígeno; PAM, presión arterial media; VNI, ventilación no invasiva; OI, índice de oxigenación (por su sigla en inglés); OSI, índice de oxigenación con el empleo de SpO_2 ; PaO_2 , presión parcial de oxígeno arterial; PEEP, presión teleespiratoria positiva (por su sigla en inglés); PAS presión arterial sistólica; DE, desviación estándar; SRIS, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica; SOFA, evaluación secuencial de disfunción de órganos (por su sigla en inglés); SpO_2 , saturación de oxígeno.

Cuadro 2. Consideraciones de administración y seguridad de antivirales y anticuerpos monoclonales para el manejo de pacientes con COVID-19 leve o moderada (5-11)

Medicamento	Dosis y consideraciones de administración	Efectos secundarios
Molnupiravir	<p>800 mg por vía oral dos veces al día. Administrar a pacientes adultos (no administrar a menores de 18 años) que no pueden ser tratados con otros medicamentos. Administrar lo antes posible y en los 5 días siguientes a la aparición de los síntomas. No administrar para la prevención de la enfermedad en pacientes que hayan tenido contacto con casos positivos.</p> <p>Evitar en embarazadas o en mujeres lactantes: se recomienda encarecidamente hacer test de embarazo y la abstención, o tomar medidas anticonceptivas durante el tratamiento y al menos hasta los 4 días posteriores a la última toma.</p> <p>Fomentar la notificación de eventos al sistema nacional de farmacovigilancia.</p>	<p>Mareo. Dolor de cabeza. Vómito. Alergia. No se han notificado interacciones medicamentosas.</p>
Nirmatrelvir- Ritonavir	<p>Nirmatrelvir: 150 mg / ritonavir: 100 mg Evaluar si el paciente toma medicamentos que interactúan con nirmatrelvir- ritonavir. El paciente debe acudir al proveedor de servicios de salud. Administrar lo antes posible y dentro de los 5 días de la aparición de los síntomas.</p>	<p>Ritonavir no debe administrarse con medicamentos como amiodarona (y varios otros fármacos antiarrítmicos), rifampicina o rivaroxabán. Otros medicamentos, como los inhibidores de la calcineurina, pueden necesitar una reducción de la dosis o una estrecha vigilancia. El listado de las interacciones se encuentra en este link: https://www.fda.gov/media/155050/download</p>
Remdesivir	<p>La dosis recomendada de remdesivir es una dosis diaria durante 3 días consecutivos en infusión intravenosa. Se administra en forma de 200 mg por vía intravenosa el primer día, seguido de 100 mg por vía intravenosa los días 2 y 3. La administración debe ser lo más temprana posible en el curso de la enfermedad. En los estudios incluidos, remdesivir se administró en los 7 días siguientes al inicio de la enfermedad.</p>	<p>Reacciones alérgicas. Riesgo de aumento de los niveles de transaminasas.</p>
Baricitinib	<p>4 mg diarios en total en adultos con eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² durante 14 días o hasta egreso hospitalario. Puede administrarse con corticoesteroides.</p>	<p>No debe administrarse simultáneamente con tocilizumab. No administrar a pacientes con tuberculosis. Téngase en cuenta la relación entre beneficio y riesgo en pacientes con infecciones graves activas. Se debe usar en pacientes con terapia anticoagulante profiláctica. Pueden presentarse trombosis, embolismo pulmonar e infecciones graves.a,b</p>

Medicamento	Dosis y consideraciones de administración	Efectos secundarios
Tocilizumab	<p>Dosis únicas por vía intravenosa (8 mg/kg de peso corporal hasta un máximo de 800 mg), normalmente durante 1 hora. Se podrá administrar una segunda dosis entre 12 y 48 horas después de la primera en función del criterio clínico.</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento deberán hacerse análisis de sangre que incluyan el recuento de neutrófilos y de plaquetas, las transaminasas y la bilirrubina total.</p> <p>No se especifica un tiempo determinado para el inicio de la terapia.</p>	<p>Los pacientes deben ser observados para detectar signos y síntomas de infección, dado el aumento del riesgo que supone la inmunodepresión añadida a los corticoesteroides sistémicos.</p> <p>Los pacientes que reciben tratamientos prolongados corren el riesgo de padecer tuberculosis activa, infecciones fúngicas invasivas e infecciones por microorganismos patógenos oportunistas.</p> <p>Se aconseja precaución al plantear el uso del tocilizumab en pacientes con antecedentes de infecciones recurrentes o crónicas o con afecciones subyacentes que puedan predisponerlos a las infecciones.</p>
Corticoesteroides	<p>Dexametasona (6 mg diarios hasta un máximo de 10 días o hasta el egreso hospitalario).</p> <p>Hidrocortisona (50 mg cada 8 horas).</p> <p>Prednisona (40 mg cada 6 horas o 16 mg cada 12 horas)</p> <p>Metilprednisona (8 mg cada 6 horas o 16 mg cada 12 horas)</p> <p>El tratamiento debe iniciarse en los 7 días siguientes a la aparición de los síntomas.</p>	<p>Posibles hiperglucemia e hipernatremia.</p> <p>En general, los corticosteroides tienen un perfil de seguridad adecuado y la mayoría del personal médico tiene experiencia en el uso de estos medicamentos.</p>

Dadas las particularidades de la administración de estos medicamentos se recomienda consultar la información sobre posología y administración provista por la autoridad regulatoria nacional o la ficha técnica, para cada uno.

En los países en los que la variante ómicron del SARS-CoV-2 es más prevalente, se debe considerar no administrar casirivimab e imdevimab o sotrovimab dada su reducida eficacia frente a esta variante, o utilizarlos solo en pacientes que han sido infectados por otra variedad de COVID-19 y no estén vacunados.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con COVID-19 en las Américas. Versión 2, 29 de julio de 2020. Washington D.C.: OPS; 2020. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52529/OPSIMSEIHCOVID-19200014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Organización Mundial de la Salud. Clinical care of severe acute respiratory infections: tool kit. COVID-19 adaptation. Ginebra : OMS ; 2020. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>.
3. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales, 27 de mayo de 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos técnicos y regulatorios sobre el uso de oxímetros de pulso en el monitoreo de pacientes con COVID-19, 7 de agosto del 2020. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52551/OPSHSSMTCOVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=yOPS/IMS/EIH/COVID-19/20-0012
5. Administración de Alimentos y Medicamentos. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Limits Use of Certain Monoclonal Antibodies to Treat COVID-19 Due to the Omicron Variant. Maryland: FDA; 2022. Disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-limits-use-certain-monoclonal-antibodies-treat-covid-19-due-omicron>.
6. Administración de Alimentos y Medicamentos. Emergency use authorization of sotrovimab for the treatment of coronavirus disease 2019. Filadelfia: FDA; 2021. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/149533/download#:~:text=The%20side%20effects%20of%20getting,possible%20side%20effects%20of%20sotrovimab>.
7. Agencia Europea de Medicamentos. Conditions of use, distribution and patients targeted for Lagevrio (molnupiravir). Amsterdam: EMA; 2022. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/lagevrio-also-known-molnupiravir-mk-4482-covid-19-article-53-procedure-conditions-use-conditions_en.pdf.
8. Administración de Alimentos y Medicamentos. Highlights of prescribing remdesivir. Filadelfia: FDA; 2021. Disponible en: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/214787Orig1s010Lbl.pdf
9. Administración de Alimentos y Medicamentos. Emergency use authorization for paxlovid. Filadelfia: FDA; 2021. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/155050/download>

10. Administración de Alimentos y Medicamentos. Emergency use authorization of sotrovimab for the treatment of coronavirus disease 2019. Filadelfia: FDA; 2021. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/149533/download#:~:text=The%20side%20effects%20of%20getting,possible%20side%20effects%20of%20sotrovimab>.

11. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre el uso de antivirales, anticuerpos monoclonales y otras intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19 en América Latina y el Caribe. Abril 2022. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55799>



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

CONÓCELO. PREPÁRATE. ACTÚA.
www.paho.org/coronavirus