



# COVID-19, SARSCoV-2

última actualización 7 de enero de 2022 4:17 p. m . © Antimicrobial Therapy, Inc.

Coronavirus, SARS CoV-2, COVID-19

## Manejo de COVID-19

### Evaluación clínica inicial

- Persona sintomática con resultado de prueba positivo (PCR o antígeno)
- La evaluación clínica inicial se centra en:
  - **Fecha de inicio de los síntomas, no fecha de la primera prueba positiva** (para determinar la duración de la enfermedad)
  - Factores de riesgo
    - Edad > 65 años, estado inmunocomprometido, obesidad (IMC  $\geq$  35), diabetes mellitus, enfermedad renal crónica
  - Posible disfunción orgánica limitante del tratamiento (renal, hepática)
  - Gravedad de la enfermedad (ver tabla a continuación)
  - Niño o adolescente, ver también MIS-C / MIS-A
- Referencias generales: [Pautas de tratamiento NIH COVID-19 ; N Engl J Med 2020;382:1708 ; Lanceta 2020;395:497 ; JAMA 2020;323:1061 ; JAMA 2020;323:1239 .](#)
- **Nota importante sobre la variante Delta** (agosto de 2021):
  - Características clave: hipertransmisibilidad y picos de carga viral elevados.
  - Gran parte del conocimiento de los aspectos clínicos, epidemiológicos, terapéuticos y de diagnóstico de la infección y la COVID-19 se basa en estudios realizados en la **era anterior a Delta y las recomendaciones basadas en referencias anteriores a Delta deben interpretarse en ese contexto**. Por supuesto, continuaremos actualizando la información y las recomendaciones de COVID-19 en función de los nuevos desarrollos.
- **Nota importante sobre la variante Omicron** (diciembre de 2021):
  - Omicron es al menos dos veces más transmisible que Delta. La evidencia preliminar sugiere que la enfermedad clínica es menos grave que la Delta, especialmente en los "totalmente vacunados" (es decir, aquellos que recibieron 2 inyecciones iniciales con una vacuna de ARNm y recibieron un refuerzo con una tercera inyección); claro con respecto a la virulencia de Omicron entre individuos no vacunados.
  - Opciones de tratamiento para Omicron:
    - **S otrovimab tiene actividad contra Omicron** y debería ser el tratamiento de elección con anticuerpos monoclonales.
    - Dos antivirales orales recientemente aprobados: **Paxlovid** ( [nirmatrelvir + ritonavir](#) ) y **molnupiravir** también tienen actividad contra Omicron.
  - **Ni las preparaciones de anticuerpos monoclonales ( casirivimab + imdevimab ) ni ( bamlanivimab + etesevimab ) funcionan contra Omicron y NO deben usarse.**
- Consulte [Aislamiento/Cuarentena](#) para conocer las recomendaciones actuales de los CDC emitidas a la luz de la variante Omicron
- Consulte [Prevención de COVID-19](#) para conocer la profilaxis previa a la exposición, la profilaxis posterior a la exposición y las vacunas e información autorizadas.

#### Manejo de COVID-19

Evaluación clínica inicial  
Gravedad de la enfermedad

#### Tratamiento

Principios generales de la terapia  
Recomendaciones basadas en la gravedad  
Regímenes Recomendados, Dosificación  
Evaluación de laboratorio sugerida, paciente hospitalizado  
Predictores de laboratorio: enfermedad grave, mal resultado  
Consideraciones de administración:

#### Comentarios

Otras Terapias: No Recomendado  
anticoagulación  
Transmisión  
Personas completamente vacunadas  
Aislamiento / Cuarentena

### Gravedad de la enfermedad

Gravedad	Indicadores
asintomático	Sin síntomas
Enfermedad leve	Fiebre, tos, dolor de garganta, N/V, diarrea, pérdida del gusto o del olfato pero sin disnea; Saturación de O2 normal y radiografía de tórax normal
enfermedad moderada	Síntomas de enfermedad leve más evidencia de infección del tracto respiratorio inferior (examen y/o estudios por imágenes), saturación de O2 $\geq$ 94 % en aire ambiente

<b>Enfermedad severa</b>	Síntomas de enfermedad moderada pero saturación de O <sub>2</sub> <94 %, PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <300 mmHg, frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto o infiltrados pulmonares >50 %
<b>enfermedad crítica</b>	Síntomas de enfermedad grave pero intubado con insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción multiorgánica

## Tratamiento

### Principios generales de la terapia

- Diagnóstico temprano de COVID-19
- Nota importante: la fecha de **inicio de los primeros síntomas** determina la toma de decisiones sobre el tratamiento ( **no** la fecha de la primera prueba positiva).
- Dos etapas de la enfermedad:
  - Día 1-7: **replicación viral activa**
    - Es más probable que las terapias antivirales sean eficaces en esta etapa inicial
      - Por ejemplo, Remdesivir, anticuerpos monoclonales antivirales y agentes antivirales orales de acción directa (Paxlovid y molnupiravir)
    - No recomendado: corticosteroides sistémicos y otros inmunomoduladores (p. ej., inhibidores de IL-6)
      - Es improbable que sea beneficioso, puede ser dañino, puede prolongar el período de replicación viral
  - Día 8-14 o más: **disfunción inmunitaria** (p. ej., compromiso respiratorio, otra enfermedad grave)
    - Terapias antivirales menos efectivas, y quizás ineficaces, en esta etapa de la enfermedad
    - Es probable que los corticosteroides y otros moduladores inmunitarios **sean beneficiosos para las personas con enfermedad grave**

### Recomendaciones basadas en la gravedad

- Consulte la tabla a continuación para conocer las dosis/indicaciones, consulte también las páginas de medicamentos.

Ámbito, gravedad de la enfermedad, riesgo de progresión	Terapia	Comentarios
<b>No hospitalizado u hospitalizado, asintomático</b>	Ninguno recomendado	Seguimiento clínico estrecho
<b>No hospitalizado, enfermedad de leve a moderada, SIN alto riesgo de progresión de la enfermedad</b>	Paxlovid o Molnupiravir (ambos po) O Remdesivir (IV) NO se recomienda dexametasona	Seguimiento clínico estrecho
<b>No hospitalizado, enfermedad de leve a grave, alto riesgo de progresión de la enfermedad</b>	Anticuerpo monoclonal: ( Casirivimab + Imdevimab ) tiene buena actividad frente a todas las variantes <b>excepto Omicron</b>  Sotrovimab : Buena actividad frente a todas las variantes, incluido Omicron  ( Bamlanivimab + Etesevimab ) <b>retiene ~actividad completa frente a las variantes de tipo salvaje, alfa y Delta, pero pierde actividad frente a Omicron.</b> No es tan activo frente a las variantes Beta, Gamma, Mu y Delta-plus (no lo use en regiones donde estas variantes son > 5 % de los casos)  <b>NO se recomienda dexametasona / esteroides sistémicos</b>	Se prefiere fuertemente el anticuerpo monoclonal al plasma convaleciente. Debe administrarse lo antes posible en el curso de la enfermedad; no se recomienda después del día 7-9 de síntomas ya que es poco probable que sea efectivo. Sotrovimab es una preparación de un solo anticuerpo que conserva la actividad frente a la variante de Omicron.  <b>Casi-Imde y Bam-Ete NO tienen actividad frente a la variante Omicron.</b>

<b>Hospitalizado, enfermedad leve (sin enfermedad del tracto respiratorio inferior). Paciente con alto riesgo de progresión de la enfermedad.</b>	Remdesivir O Anticuerpo monoclonal si ingresa por otra razón que no sea COVID-19  NO se recomienda dexametasona Anticoagulación profiláctica (ver más abajo)	Se prefiere fuertemente el anticuerpo monoclonal al plasma convaleciente. Debe administrarse lo antes posible en el curso de la enfermedad; no lo dé después del día 7-9 de síntomas.
<b>Hospitalizado, enfermedad moderada (evidencia de enfermedad del tracto respiratorio inferior) sin requerimiento de O2 suplementario. Paciente con alto riesgo de progresión de la enfermedad.</b>	remdesivir NO se recomienda dexametasona Anticoagulación profiláctica (ver más abajo)	Se puede usar plasma convaleciente si $\leq 3$ días de síntomas, pero el beneficio no está claro (consulte los comentarios a continuación).
<b>Enfermedad grave hospitalizada ( saturación de O2 &lt;94% y/o PaO2/FiO2 &lt;300) requiere O2 suplementario.</b>	Remdesivir + Dexametasona $\pm$ Tocilizumab Considere la anticoagulación terapéutica (ver más abajo)	En pacientes que no puedan recibir dexametasona, utilizar como alternativa Baricitinib (más Remdesivir); ver <u>Notas sobre los regímenes recomendados</u> para el uso de tocilizumab.
<b>Enfermedad crítica hospitalizada: requiere ventilación mecánica o ECMO</b>	Dexametasona $\pm$ Remdesivir $\pm$ Tocilizumab Anticoagulación profiláctica (ver más abajo)	Beneficio de Remdesivir no probado, pero recomendado por algunas autoridades Considerar un bloqueador del receptor de IL-6 en las primeras 24 horas de ingreso en la UCI (se puede usar con Remdesivir y dexametasona, no se recomendaría junto con Baricitinib) En pacientes que no pueden recibir dexametasona, considere <u>baricitinib</u> . Consulte <u>las Notas sobre los regímenes recomendados</u> para el uso de tocilizumab.

- **En el ámbito ambulatorio** : terapia complementaria con paracetamol, ibuprofeno (o naproxeno), guaifenesina, ondansetrón, Imodium, albuterol inhalado, esteroide inhalado, bloqueador H2 y/o somníferos (p. ej., melatonina) según sea necesario prn
- Se recomienda la anticoagulación en dosis profiláctica con heparina para pacientes hospitalizados con enfermedad leve o moderada o para aquellos con enfermedad crítica que requieren ventilación mecánica o ECMO. Considere el uso de anticoagulación terapéutica con heparina para pacientes con enfermedad grave que requieren oxígeno suplementario. Ver Comentarios .

## Regímenes Recomendados, Dosificación

Escribe	Droga	Dosis/duración	Indicación	Comentarios
Antivírico	<b>Molnupiravir</b>	800 mg (cuatro cápsulas de 200 mg) po cada 12 h durante cinco días, con o sin alimentos	Adultos con enfermedad leve a moderada con al menos un factor de riesgo de enfermedad grave (obesidad, edad >60 años, diabetes, ECV)	
Antivírico	<b>Paxlovid (nirmatrelvir + ritonavir)</b>	300 mg (dos tabletas de 150 mg) de nirmatrelvir + 100 mg (una tableta) de ritonavir, las 3 tabletas por vía oral 2 veces al día	Cualquier persona $\geq 12$ años de edad con prueba viral SARS-CoV-2 positiva y que tenga al menos un factor de riesgo de enfermedad grave (obesidad, edad > 60 años, diabetes, ECV + otros, consulte la página de medicamentos)	<b>Esté atento a las interacciones farmacológicas</b> (ritonavir es un potente inhibidor de CYP 3A4)

Antivírico	<u>remdesivir</u>	Adulto (peso > 40 kg): dosis de carga IV de 200 mg el día 1, luego dosis de mantenimiento diaria de 100 mg IV. Infundir cada dosis durante 30-120 min. Pediátrico (peso 3,5 - 40 kg): dosis de carga de 5 mg/kg el día 1, luego dosis de mantenimiento de 2,5 mg/kg Duración: 5 días si no está en ventilación/ECMO. Si no hay mejoría clínica a los 5 días, extender a 10 días. 10 días para pacientes con ventilación mecánica/ECMO	Pacientes hospitalizados con enfermedad grave. Considere también en pacientes con enfermedad moderada y crítica.	
Antiviral (anticuerpo monoclonal)	<u>Bamlanivimab + Etesevimab</u>	( Bamlanivimab 700 mg + Etesevimab 1400 mg) coadministrado como una infusión única en un entorno de atención médica.	Pacientes ambulatorios con enfermedad leve a grave con alto riesgo de progresión a enfermedad más grave y hospitalización	El beneficio es mayor si se administra poco después del inicio de los síntomas. <b>No lo use si se sospecha de la variante Delta-plus u Omicron</b>
Antiviral (anticuerpo monoclonal)	<u>Casirivimab + Imdevimab</u>	Combinación de casirivimab + imdevimab 1.200 mg (casirivimab 600 mg + imdevimab 600 mg) infusión IV única	Pacientes ambulatorios con enfermedad leve a grave con alto riesgo de progresión a enfermedad más grave y hospitalización o muerte.	El beneficio es mayor si se administra poco después del inicio de los síntomas. La dosis de cada anticuerpo se redujo a 600 mg el 3 de junio de 2021. <b>No usar si se sospecha una variante de Omicron</b>
Antiviral (anticuerpo monoclonal)	<u>sotrovimab</u>	500 mg IV durante 30 minutos	Pacientes ambulatorios con enfermedad leve a grave con alto riesgo de progresión a enfermedad más grave y hospitalización	El beneficio es mayor si se administra poco después del inicio de los síntomas. <b>Variante Works vs Omicron</b>
Antiinflamatorio (inhibidor de IL-6)	<u>Tocilizumab</u>	8 mg/kg, peso corporal real hasta 800 mg, como una infusión IV única con una segunda dosis 12-24 h más tarde si no mejora	Paciente hospitalizado con enfermedad grave o crítica progresiva; El ensayo RECUPERACIÓN incluyó inflamación sistémica, definida como CRP $\geq$ 75 mg/L, como criterio	El beneficio probablemente sea mayor si se administra temprano, es decir, dentro de las 48 horas posteriores a la hospitalización o < 24 horas después de la admisión en la UCI. Posible aumento del riesgo de infección, especialmente si se usa junto con corticosteroides: controle clínicamente las infecciones bacterianas, fúngicas y otras infecciones oportunistas secundarias.

Antiinflamatorio (inhibidor de JAK)	<b>baricitinib</b>	4 mg po diarios (hasta 14 días) + <u>Remdesivir</u> 200 mg el día 1, luego 100 mg IV diarios hasta 10 días $\pm$ dexametasona.	Pacientes hospitalizados sin ventilación mecánica o ECMO con enfermedad grave y crítica, idealmente administrada dentro de las primeras 72h de hospitalización	Se puede usar en combinación con Remdesivir en la rara situación en la que no se puede usar un corticosteroide. También se puede usar en lugar de un inhibidor de IL-6 en combinación con un corticosteroide; no debe usarse en combinación con la terapia con inhibidores de IL-6
Antiinflamatorio (inhibidor de JAK)	<b>tofacitinib</b>	10 mg po cada 12 h (hasta 14 días) + <u>Remdesivir</u> 200 mg el día 1, luego 100 mg IV diarios hasta 10 días + Dexametasona	Pacientes hospitalizados sin ventilación mecánica o ECMO con enfermedad grave y crítica, idealmente administrada dentro de las primeras 72h de hospitalización	Posible alternativa a Baricitinib. Lo ideal es usarlo en combinación con dexametasona en lugar de un inhibidor de IL-6; no debe usarse en combinación con la terapia con inhibidores de IL-6
Antiinflamatorio	<b>Dexametasona</b>	6 mg una vez al día IV o po x 10 días para pacientes con oxígeno suplementario o ventilación mecánica	Pacientes hospitalizados con enfermedad grave y crítica	<b>NO RECOMENDADO a menos que el paciente reciba oxígeno suplementario</b> El ensayo <u>RECUPERACIÓN ( N Engl J Med. 2021; 394:755 )</u> menor mortalidad a los 28 días; El metanálisis ( <u>JAMA 2020;324: 1330</u> ) de pacientes en estado crítico mejoró la supervivencia a los 28 días con dexametasona.
Otro	<b>Plasma convaleciente</b>	Varios: transfusión única de 250 a 700 ml o dos transfusiones de 200 a 500 ml con 24 horas de diferencia	Eficacia limitada; Cobertura incierta de variantes. <b>No recomendado</b>	Dificultad para determinar el título de anticuerpos; variabilidad de dosis a dosis.

## Evaluación de laboratorio sugerida, paciente hospitalizado

Cuándo	que ordenar
<b>Al ingreso hospitalario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBC con diferencial, troponina, LFT, Chem 10, CPK</li> <li>• Ferritina, PCR, LDH, dímero D, PT/PTT/fibrinog</li> <li>• Para estratificación de riesgo (repetir si el paciente empeora clínicamente): <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ LDH (repetir diariamente si está elevado)</li> <li>◦ troponina</li> <li>◦ EKG de referencia</li> </ul> </li> <li>• Serologías virales (a menos que se revisen recientemente): <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ VIH</li> <li>◦ anticuerpo contra el VHC</li> <li>◦ Anticuerpo de superficie del VHB, anticuerpo central y antígeno de superficie</li> </ul> </li> <li>• Si está clínicamente indicado: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hemocultivos x 2, cultivo de esputo (BAL recomendado por algunos), AU con reflejo al cultivo y antígeno estreptocócico/legionela en orina</li> <li>◦ <math>\beta</math>-HCG para mujeres en edad fértil</li> </ul> </li> </ul>

<b>Laboratorios diarios recomendados (hasta que se estabilice)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBC con diff (esp. recuento total de linfocitos)</li> <li>• Panel metabólico completo</li> <li>• CPK (creatina quinasa)</li> <li>• PCR primera semana de hospitalización; marcadores inflamatorios difíciles de interpretar más allá de 1 semana</li> </ul>
<b>Recomendado cada dos días (diariamente si está elevado o pt en UCI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PT/PTT/fibrinógeno</li> <li>• dímero D</li> </ul>
<b>Radiología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax portátil al ingreso; imágenes adicionales basadas en la evaluación, preocupación por infección bacteriana secundaria, embolia pulmonar, etc.</li> </ul>

## Predictores de laboratorio: enfermedad grave, mal resultado

- Recuento absoluto de linfocitos disminuido
  - Relación entre el recuento absoluto de neutrófilos y el recuento absoluto de linfocitos > 3,5
- CPK, CRP, ferritina, dímero D, LDH, troponina, PT elevados
- Trombocitopenia
- LFTs 5x límite superior de lo normal
- Lesión renal aguda
- Ver [Lancet 2020;395:1054](#) .

## Consideraciones de administración:

- La neumonía bacteriana concomitante es **poco común** ; Con LBA al ingreso, posible patógeno bacteriano encontrado en el 21 % de los pacientes (Am J Respir Crit Care Med. 2021;204: 921)
  - Por lo tanto, no se recomienda la cobertura empírica de rutina para la coinfección bacteriana.
- **Los pacientes hospitalizados** con neumonía por COVID-19 pueden desarrollar neumonía bacteriana y fúngica **en el entorno de atención médica**
  - Tasa general de infección bacteriana del 7,1 %, con un 3,5 % de pacientes infectados en el momento de la presentación y un 15,5 % de pacientes que desarrollaron infecciones bacterianas secundarias durante el curso de la enfermedad ( [Clin Microbiol Infect 220; 22 de julio; S1198-743X\(20\)30423-7](#) )
  - Un estudio de centro único de 4267 pacientes hospitalizados en la ciudad de Nueva York entre el 1/3/20 y el 28/4/20 ( [Infect Control Hosp Epidemiol 2020; 24 de julio, 1-13. doi: 10.1017/ice.2020.368](#) ) encontró bacterias y tasa de infección fúngica del 3,6 % con infección respiratoria únicamente en el 46 %, sangre únicamente en el 40 %, ambas en el 14 %. El 95% de los pacientes con cultivos respiratorios positivos fueron intubados. Hallazgos similares en un segundo estudio multicéntrico ( [Open Forum Infect Dis. 2020 Dec 21;8\(1\):ofaa578](#) ).

## Comentarios

### Otras Terapias: No Recomendado

- **Colchicina: Eficacia no probada**
  - El ensayo aleatorizado controlado con placebo (no revisado por pares, preimpreso en medRxiv ) de pacientes no hospitalizados con COVID-19 comprobado o presunto no encontró diferencias estadísticamente significativas en el criterio principal de valoración compuesto de eficacia de muerte u hospitalización por COVID-19 en el análisis primario población, con posible beneficio (4,6 % frente a 6 %) en un análisis de subpoblación de aquellos que dieron positivo por PCR para COVID-19.
- **Interferón beta 1-a: Eficacia desconocida, no recomendado fuera de un ensayo clínico.**
  - [El comunicado de prensa del 20 de julio de Synairgen](#) anunció los resultados positivos de un ensayo de fase II controlado con placebo de interferón-beta inhalado.
- **Ivermectina: No recomendado**
  - No se observó eficacia en 2 grandes ensayos aleatorizados. ( [Jama. 325, 1426, 2021](#) ; [BMC Infectious Diseases.21\(1\):635, 2021](#) )
  - La empresa fabricante (Merck) recomienda no usar ivermectina para el tratamiento de la enfermedad COVID-19
- **Inhibidores de IL-1: Eficacia no probada, no recomendado fuera de un ensayo clínico.**
- **Cloroquina o hidroxicloroquina ± azitromicina: no se recomienda** en ningún entorno debido a la falta de eficacia y al riesgo de arritmia cardíaca grave y potencialmente mortal
- **Inhibidores de la proteasa del VIH: No recomendado** , beneficio clínico no demostrado

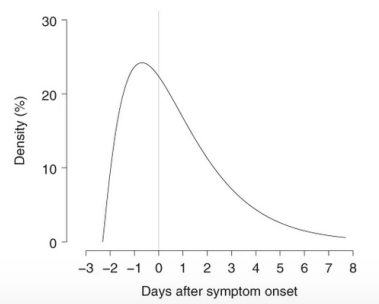
## anticoagulación

- **Zona de rápida evolución**

- Dos ensayos controlados aleatorios, uno en pacientes que no están en estado crítico ( [N Engl J Med. 2021;385:790-802](#) ) y el otro en pacientes en estado crítico que requieren atención a nivel de UCI ( [N Engl J Med. 2021 ;:777-789](#) ), compararon los resultados de la anticoagulación terapéutica con heparina con la atención habitual en pacientes hospitalizados con COVID-19.
  - **En pacientes no críticos** , hubo una diferencia del 4 % (80,2 % frente a 76,4 %) en la supervivencia sin recibir apoyo orgánico en el grupo de anticoagulación terapéutica en comparación con la atención habitual (98,6 % de probabilidad de superioridad); la diferencia en la supervivencia hospitalaria hasta el alta no fue estadísticamente significativa.
  - En **pacientes en estado crítico que requieren atención a nivel de la UCI** , la anticoagulación terapéutica en comparación con la atención habitual no resultó en una mejor supervivencia o en menos días de soporte cardiovascular o respiratorio.

## Transmisión

- Predominantemente gotitas, con menos frecuencia en el aire; las personas asintomáticas pueden transmitir la infección
  - La transmisión a través del contacto con superficies u objetos contaminados (fómites) es baja (generalmente 1:10,000) según la Guía de los CDC del 5 de abril de 2021
- **La eliminación viral máxima comienza antes de la aparición de los síntomas** , consulte la figura a continuación ( [He et al, Nature on line, 15 de abril de 2020](#) (extracto de la Figura 1c utilizado con autorización)



- **Se estima que el tiempo medio** de incubación es de ~5 días después de la exposición (rango de 4,1 a 7,0 días, pero tan corto como 36 horas).
- **Excreción viral** (Referencias: [Nature. 2020;581\(7809\):465-469](#) ; [Lancet Infect Dis. 2020;20\(5\):565-574](#) ; [Nat Commun. 2021 Jan 11;12\(1\):267](#) , [N Engl J Med. 27 de enero de 2021. doi: 10.1056/NEJMc2027040](#) ):
  - Es poco probable que el virus infeccioso se aisle después de la primera semana desde el inicio de los síntomas, cayendo por debajo del 5% después de 2 semanas.
  - La eliminación de ARN viral analizado por RT-PCR de la saliva y las secreciones nasofaríngeas permanece alta durante aproximadamente 6 días, disminuye significativamente en la segunda semana de la enfermedad y, por lo general, cesa después de 2 a 3 semanas.
- **Variantes emergentes del SARS CoV-2**
  - Consulte los CDC para obtener información actualizada sobre variantes emergentes e implicaciones para la eficacia de la vacuna y la posibilidad de reinfección.
  - Las variantes alfa y beta son ~ 50 - 60 % más infecciosas que la cepa de tipo ancho original
  - La variante delta es aproximadamente un 60 % más infecciosa y transmisible que la cepa alfa (y, por extensión, aproximadamente un 90 % más infecciosa que la cepa de tipo salvaje original)
  - Omicron ~ 2 veces más transmisible que la variante Delta. Ro se acerca al de Sarampión.
- **Reinfección**
  - La reinfección representa <1% de los casos de COVID-19. Un estudio observacional de cohortes ( [The Lancet, publicado en línea el 17 de marzo de 2021](#) ) realizado en Dinamarca estimó que la inmunidad protectora de una infección previa por COVID-19 es ~80 % en general y ~47 % en personas de 65 años o más. El efecto protector fue duradero con una protección de hasta 7 meses y más.

## Personas completamente vacunadas

- **Personas completamente vacunadas**, consulte [la guía provisional de los CDC](#) (actualizada el 19 de noviembre de 2021)
  - Puede participar en muchas actividades previas a la pandemia.
  - Reanudar los viajes nacionales y abstenerse de realizar pruebas o ponerse en cuarentena antes o después del viaje
  - Abstenerse de realizar pruebas antes de un viaje internacional, a menos que así lo exija el destino, y abstenerse de someterse a cuarentena al regresar.
  - Abstenerse de las pruebas de detección de rutina si es factible
  - Debe usar una máscara en el interior en público si se encuentra en un área de transmisión sustancial o alta
  - Hágase la prueba si experimenta síntomas de COVID-19
  - Hágase la prueba de 5 a 7 días después del contacto cercano con una persona con sospecha o confirmación de COVID-19. Use una máscara en interiores durante 14 días o hasta que el resultado de la prueba sea negativo.
  - Siga todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales, locales, tribales o territoriales
  - Personas inmunocomprometidas:
    - Potencial de respuesta inmune reducida de las vacunas, por lo tanto, use medidas de prevención (máscara, distanciamiento de 6 pies, evite las multitudes y los espacios interiores con poca ventilación)

- **Trabajo de máscaras:** reducción en la transmisión documentada en múltiples estudios, resumida aquí ( [JAMA](#), febrero de 2021 ; [MMWR](#) 5 de marzo de 2021 )

## Aislamiento / Cuarentena

- En respuesta a la variante Omicron, recomendaciones de los CDC para el [aislamiento y la cuarentena \(27/12/2021\)](#)
- Mascarillas: se prefiere KN-95 a las de tela.

Estado	Quién	Recomendación
Dio positivo por COVID-19	Todos	<p><b>Aislar</b> durante 5 días. Si no hay síntomas o los síntomas se resuelven después de 5 días, finalice el aislamiento. Use mascarilla alrededor de otras personas durante 5 días adicionales . Si tiene fiebre, continúe con el aislamiento hasta que la fiebre desaparezca.</p>
Expuesto a alguien con COVID-19, recientemente vacunado por completo	Impulsado O Serie primaria completa (Pfizer o Moderna) dentro de los 6 meses O Serie primaria completa (J&J) dentro de los 2 meses	<p><b>Cuarentena.</b> Use una máscara alrededor de otras personas durante 10 días. Hágase la prueba el día 5 si es posible. Si se desarrollan síntomas, hágase la prueba y aíslese.</p>
Expuesto a alguien con COVID-19, no vacunado, vacunado remotamente	Serie primaria completada (Pfizer o Moderna) hace más de 6 meses y sin refuerzo O Serie primaria completada (J&J) hace más de 2 meses y sin refuerzo O no están vacunados	<p><b>Cuarentena.</b> Quédese en casa durante 5 días y luego use una máscara alrededor de otras personas durante 5 días adicionales. Si no puede ponerse en cuarentena, use una máscara cerca de otras personas durante 10 días. Hágase la prueba el día 5 si es posible. Si se desarrollan síntomas, hágase la prueba y aíslese.</p>