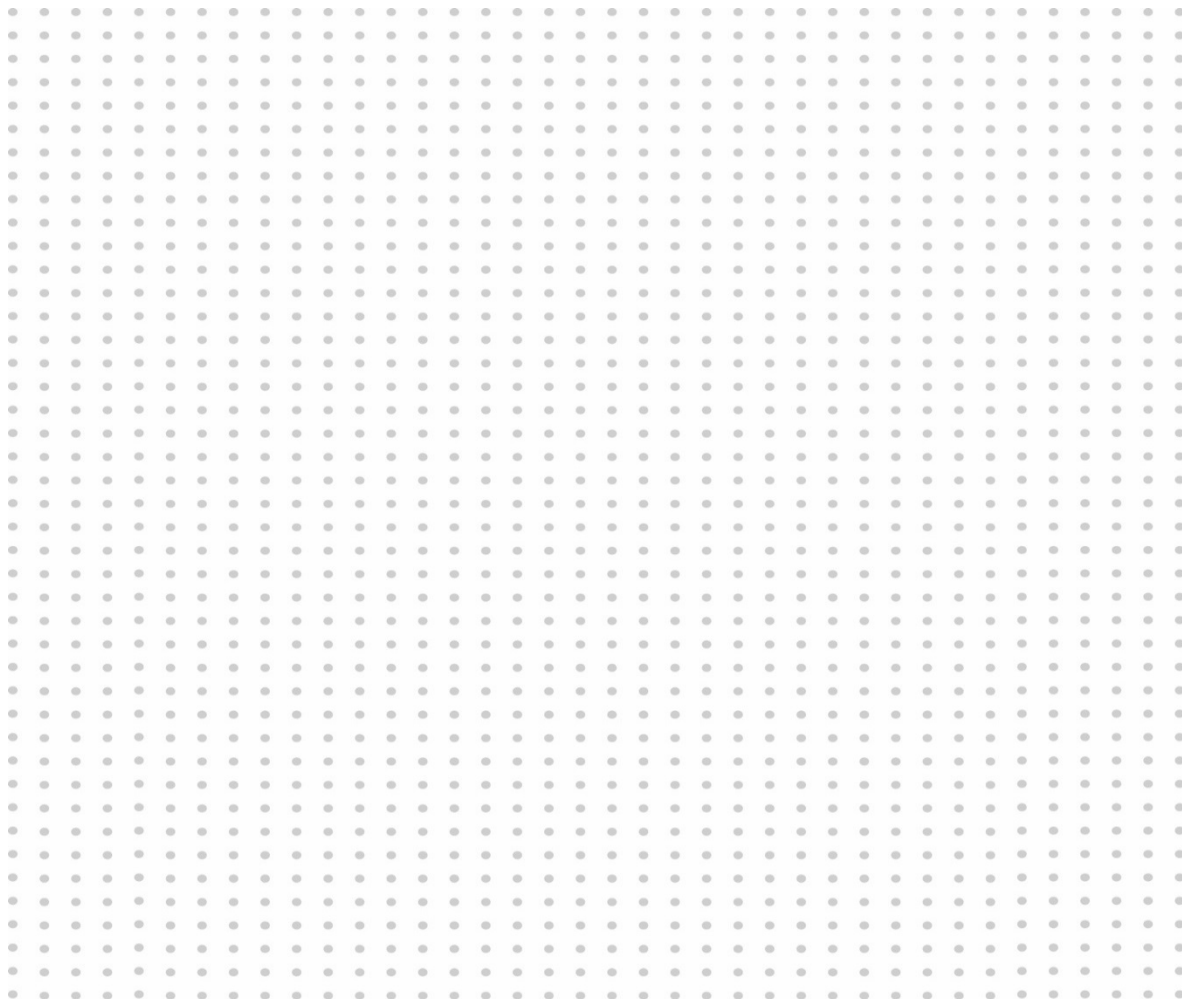




Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Departamento de Enfermedades Transmisibles



# **Orientaciones de Manejo Clínico Infección por nuevo Coronavirus (COVID19)**

Estas orientaciones no fueron elaboradas con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las orientaciones de este documento no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

#### **Responsables técnicos MINSAL y revisores**

Dra. Sylvia Santander Rigollet.  
Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades.  
Subsecretaría de Salud Pública.

Patricia Contreras Cerda.  
Jefa (S) Departamento de Enfermedades Transmisibles.  
División de Prevención y Control de Enfermedades.  
Subsecretaría de Salud Pública.

#### **Autores y revisores:**

Patricia Contreras Cerda.  
Jefa (S) Departamento de Enfermedades Transmisibles.  
División de Prevención y Control de Enfermedades.  
Subsecretaría de Salud Pública.

Dra. Nadia Escobar Salinas.  
Departamento de Enfermedades Transmisibles.  
División de Prevención y Control de Enfermedades.  
Subsecretaría de Salud Pública.

Dr. Fernando Otaíza O'Ryan.  
Programa Prevención y Control de IAAS.  
Departamento Calidad y Seguridad de la Atención.  
División de Gestión de la Red Asistencial.  
Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Dr. Mauro Orsini Brignole.  
Programa Prevención y Control de IAAS.  
Departamento Calidad y Seguridad de la Atención.  
División de Gestión de la Red Asistencial.  
Subsecretaría de Redes Asistenciales.

María Fernanda Olivares Barraza.  
Departamento de Epidemiología.  
División de Planificación Sanitaria.  
Subsecretaría de Salud Pública.

BQ. Rodrigo Fasce Pineda.  
Jefe Subdepartamento Enfermedades Virales.  
Departamento de Laboratorio Biomédico.  
Instituto de Salud Pública de Chile.

**Colaboradores:**

Dr. Francisco Arancibia Hernández.  
Instituto Nacional del Tórax.  
Clínica Santa María.  
Past President Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.  
Secretario Asociación Latinoamericana de Tórax.

Dr. Mauricio Riquelme Oyarzún.  
Secretario Directorio 2020-2021 de Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.  
Profesor Universidad San Sebastián, Puerto Montt.  
Jefe Departamento de Medicina Interna, Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

Dr. Raúl Riquelme Oyarzún.  
Miembro titular Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.  
Profesor Universidad San Sebastián, Puerto Montt.  
Jefe Postgrado Departamento de Medicina Interna, Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

Dr. Rodrigo Díaz Gómez  
Anestesiista Cardiovascular Clínica las Condes. Jefe Unidad de ECMO.  
Miembro de Sociedad Chilena de Medicina Intensiva  
Sociedad Chilena de Anestesia, y ELSO.

Dr. Tomas Regueira Heskia  
Presidente Sociedad Chilena de Medicina Intensiva  
Clínica Las Condes

Dr. Guillermo Bugedo Tarraza  
Sociedad Chilena de Medicina Intensiva

## I. Antecedentes

Los coronavirus (CoV) son una familia de virus que causan enfermedades que van desde un resfriado común hasta cuadros más graves, como el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). Algunos coronavirus son zoonóticos, es decir, se transmiten entre animales y personas. Algunas investigaciones postulan que el SARS-CoV se transmitió desde murciélagos a civetas (*Paguma larvata*) y desde ahí a humanos, mientras que el MERS-CoV se transmitió desde murciélagos a camellos y desde ahí a humanos. Existen varios coronavirus conocidos que circulan en animales (perros, gatos, cerdos) y de los cuales aún no se han registrado casos en humanos.

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de la ciudad de Wuhan (población de 19 millones) en la provincia de Hubei (población de 58 millones), China, reportaron un conglomerado de 27 casos de síndrome respiratorio agudo de etiología desconocida entre personas vinculadas a un mercado de productos marinos. De los 27 casos, 7 fueron reportados como graves. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron la identificación de un nuevo coronavirus (denominado como "COVID-19") como etiología. La información reportada por la Organización Mundial de la Salud al 4 de marzo de 2020 documenta la importación en al menos 76 países, sumado a que China continúa aumentando el número de notificaciones de casos sospechosos. El día 3 de marzo el Ministerio de Salud de Chile confirma el primer caso de COVID-2019: hombre de 33 años que en actividad turística tiene el antecedente de viaje a sudeste asiático y Europa.

La investigación inicial de COVID-19 orienta a una fuente de origen animal, y aún se encuentra en proceso de investigación: el mecanismo de transmisión, período de incubación, la fuente de exposición y la presencia de casos asintomáticos o levemente sintomáticos que aún no han sido detectados. La OPS/OMS alienta a los Estados Miembros a fortalecer las actividades de vigilancia para detectar pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG). Así, los profesionales de la salud deben estar informados acerca de la posibilidad de aparición de una infección causada por este virus y las acciones a implementar en caso de una persona sospechosa, con el objetivo de detectar oportunamente los casos y reducir el riesgo de transmisión.

## II. Vigilancia Epidemiológica

Por tratarse de un nuevo agente infeccioso en que la Organización Mundial está actualizando constantemente su situación epidemiológica y conocimiento acerca del impacto global de este virus, el Ministerio de Salud recomienda utilizar la información publicada en su página [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) en el banner de Plan de Acción de Coronavirus COVID-2019 <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico>, en donde se informará con respecto a actualizaciones de: **Definición de Caso; Notificación e Investigación Epidemiológica y Definición de Contactos.**

### a. Manejo de contactos

Los contactos de los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 se consideran en riesgo de desarrollar la enfermedad, por lo cual deben ingresar a un sistema de vigilancia activa que permita detectar oportunamente la aparición de síntomas sugerentes del cuadro clínico y evitar su

propagación. Todos los contactos de un caso sospechoso ingresarán a un seguimiento por 14 días o hasta descartar diagnóstico, para monitorear dos veces al día la aparición de síntomas y signos sugerentes de COVID-19.

Si el contacto está asintomático deberá ser ingresado a seguimiento por 14 días donde se solicitará que se tome diariamente la temperatura (previo entrenamiento en toma de temperatura) y que la registre, dado que con frecuencia el primer síntoma que aparece es la fiebre, entre 2 y 14 días post contacto. Las personas clasificadas como contactos, podrán mantener sus actividades habituales, sin restricciones.

Si el contacto presenta fiebre o síntomas respiratorios, será derivado para ser evaluado clínica y radiológicamente en un centro de salud de nivel terciario, convirtiéndose automáticamente en un caso sospechoso.

Si se sospecha de COVID-19 mientras el contacto sospechoso está ingresado en un establecimiento de salud, se deberá colocar en forma inmediata una mascarilla que cubra nariz y boca y separarlo de otros pacientes lo antes posible, de preferencia en una habitación individual, previamente seleccionada con buena ventilación (como mínimo puerta cerrada y ventana abierta al exterior), alejada del tránsito de otros pacientes y con circulación restringida. Se aplicarán las medidas de precauciones estándares, precauciones de gotitas y contacto (de acuerdo con las indicaciones se encuentran descritas en el documento de “Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)” publicado en el banner de Plan de Acción de Coronavirus COVID-19 <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico>.

### **III. Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)**

La atención de casos sospechosos o confirmados se realizará cumpliendo las precauciones estándares (medidas que se aplican a todos los pacientes, se conozca o no su diagnóstico), de acuerdo con lo descrito en la Circular Nº 9 de 13.03.2013 de “Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención en salud”<sup>1</sup> y, adicionalmente, las precauciones adicionales basadas en mecanismo de transmisión (“aislamientos”) de contacto y gotitas descritas en la circular antes citada y la Circular C37 07 de 14.06.2018, y en concordancia con las recomendaciones actuales de OMS/OPS.<sup>2</sup> Estas indicaciones se encuentran descritas en el documento de “Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)” publicado en el banner de Plan de Acción de Coronavirus COVID-19 <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico>.

---

<sup>1</sup> <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d8615b8fdab6c48fe04001016401183d.pdf>

<sup>2</sup> Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)

#### **IV. Aspectos de laboratorio**

Las pruebas de laboratorio para el COVID-19 deben considerarse en pacientes que cumplan la definición de caso sospechoso establecida por el Ministerio de Salud. Previo al envío de las muestras sospechosas al Instituto de Salud Pública (ISP), se deben cumplir los siguientes criterios:

- Verificar definición caso sospechoso.
- Notificar el caso sospechoso a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud respectiva.
- Contar con resultados negativos a las pruebas de laboratorio para virus respiratorios disponibles en la red local y regional.

Las indicaciones de **Recomendaciones para la recolección y manejo de muestras y envío de muestras** se encuentran descritas en el documento de “Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)” en el sitio en el banner de Plan de Acción de Coronavirus COVID-19 <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico>.

#### **V. Manejo Clínico de Casos<sup>3</sup>**

Los pacientes con infección por COVID-19 presentan una amplia gama de síntomas, y a la fecha aún no está bien caracterizado. La mayoría parece tener una enfermedad leve, y aproximadamente el 20% parece progresar a una enfermedad grave, que incluye neumonía, insuficiencia respiratoria y, en algunos casos, muerte. La letalidad de la enfermedad se estima preliminarmente alrededor de 5%, basado en el reporte de casos que puede sobre representar los enfermos graves.

Preliminarmente, en base a las series de casos reportadas a la fecha, se estima que el periodo de incubación de COVID-19 varía entre 2 y 14 días, con un promedio de 5 días.

Los síntomas y signos más frecuentes caracterizados en casos confirmados por COVID-19 son: fiebre (83-98%), tos (76-82%), mialgia y fatiga (11-44%). Con menor frecuencia se ha descrito tos productiva, cefalea, hemoptisis y diarrea. Los pacientes presentan un deterioro clínico alrededor del octavo día de evolución, en el cual se ha descrito disnea, síndrome de distrés respiratorio agudo y requerimiento de traslado a una Unidad de Paciente Crítico.

La atención clínica de los pacientes sospechosos con COVID-19 debe centrarse en el reconocimiento temprano, implementación de medidas apropiadas de prevención y control de infecciones (IAAS) y atención clínica según gravedad de los casos.

##### **a. Recomendaciones de ingreso de caso sospechoso**

- Identificar precozmente a los pacientes que cumplen con definición de caso sospechoso de nuevo Coronavirus (COVID-19). Notificar inmediatamente a través del referente de epidemiología del establecimiento.

---

<sup>3</sup> Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.1

- Los pacientes que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19 deben ser atendidos de forma prioritaria para minimizar su permanencia en el mismo espacio con otros pacientes.
- Según tolerancia del paciente, colocar en forma inmediata una mascarilla que cubra nariz y boca del paciente, y separarlo de otros pacientes lo antes posible, de preferencia en una habitación individual.
- Aplicar medidas de precauciones estándar, precauciones de gotitas y contacto.
- Reducir el traslado del paciente a lo estrictamente necesario.
- Realizar identificación de contactos para el seguimiento epidemiológico.
- Asegurar la toma adecuada de las muestras clínicas requeridas, con envío oportuno al laboratorio local y al Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

Los pacientes con infección por COVID-19 pueden presentar desde una enfermedad leve, moderada o grave, incluyendo en este último, sepsis y shock séptico:

<b>Síndromes clínicos asociados con la infección COVID-19</b>	
<b>Enfermedad sin complicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes con infección no complicada del tracto respiratorio superior pueden presentar síntomas inespecíficos, como fiebre, tos, odinofagia, congestión nasal, malestar general, cefalea, dolor muscular, entre otros. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, sepsis o disnea.</li> <li>- Los adultos mayores y los inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos.</li> </ul>
<b>Neumonía Leve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente con neumonía que no presentan signos de neumonía grave.</li> <li>- Niños con neumonía no grave que presentan tos o dificultad para respirar + taquipnea: (en respiraciones/min): &lt;2 meses, <math>\geq 60</math>; 2–11 meses, <math>\geq 50</math>; 1 a 5 años, <math>\geq 40</math>.</li> </ul>
<b>Neumonía Grave</b>	<p><b>Adultos:</b> presencia de fiebre o sospecha de infección respiratoria, además de: frecuencia respiratoria <math>&gt; 30</math>/min, distrés respiratorio severo o SpO<sub>2</sub> <math>&lt; 92\%</math> con aire ambiente.</p> <p><b>Niños:</b> presencia de tos o dificultad respiratoria, además de al menos uno de los siguientes signos: cianosis o SpO<sub>2</sub> <math>&lt; 92\%</math>; distrés respiratorio severo (por ejemplo quejido, retracción costal); signos clínico sugerentes de neumonía, más un signo general de alarma: incapacidad para mamar o beber líquidos, letargo o inconsciencia, o convulsiones. Otros signos de neumonía pueden estar presentes: retracción costal, taquipnea (en respiraciones/min): &lt;2 meses, <math>\geq 60</math>; 2–11 meses, <math>\geq 50</math>; 1–5 años, <math>\geq 40</math>. El diagnóstico es clínico; las imágenes de tórax permiten descartar complicaciones.</p>
<b>Síndrome Distrés Respiratorio Agudo (SDRA)</b>	<p><b>Inicio:</b> síntomas respiratorios nuevos o que empeoran dentro de la primera semana del cuadro clínico conocido.</p> <p><b>Imagen de tórax (radiografía o tomografía computarizada):</b> opacidades bilaterales, no explicadas por derrame pleural, atelectasias o nódulos pulmonares.</p> <p><b>Origen del edema pulmonar:</b> insuficiencia respiratoria no explicada por</p>

	<p>insuficiencia cardíaca o sobrecarga de fluidos. En pacientes sin factores de riesgo, se necesita objetivar con ecocardiografía para excluir causas hidrostáticas del edema.</p> <p><b>Criterios en adultos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SDRA leve: <math>200 \text{ mmHg} &lt; \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}</math> (con PEEP o CPAP <math>\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}</math>, o no ventilado)</li> <li>• SDRA moderado: <math>100 \text{ mmHg} &lt; \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}</math> con PEEP <math>\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}</math>, o no ventilado)</li> <li>• SDRA grave: <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}</math> con PEEP <math>\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}</math>, o no ventilado)</li> <li>• Cuando <math>\text{PaO}_2</math> no está disponible, <math>\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315</math> sugiere SDRA (incluso en pacientes no ventilados)</li> </ul> <p><b>Criterios en niños</b> (OI= Índice de oxigenación; OSI= Índice de oxigenación usando <math>\text{SpO}_2</math>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BIPAP o CPAP <math>\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}</math> a través de una máscara facial completa: <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}</math> o <math>\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264</math></li> <li>• SDRA leve (ventilación invasiva): <math>4 \leq \text{OI} &lt; 8</math> o <math>5 \leq \text{OSI} &lt; 7.5</math></li> <li>• SDRA moderado (ventilación invasiva): <math>8 \leq \text{OI} &lt; 16</math> o <math>7.5 \leq \text{OSI} &lt; 12.3</math></li> <li>• SDRA grave (ventilación invasiva): <math>\text{OI} \geq 16</math> u <math>\text{OSI} \geq 12.3</math></li> </ul>
<b>Sepsis</b>	<p><b>Adultos:</b> disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a una infección sospechada o confirmada, con disfunción orgánica. Los signos de disfunción orgánica incluyen: estado mental alterado, taquipnea, baja saturación de oxígeno, oliguria, taquicardia, pulso débil, hipotensión, coagulopatía, trombocitopenia, acidosis, lactato sérico <math>&gt; 2 \text{ mmol/L}</math>, hiperbilirrubinemia.</p> <p><b>Niños:</b> infección sospechada o confirmada y 2 o más criterios de SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), de los cuales uno debe ser alteración de temperatura o del recuento de leucocitos.</p>
<b>Shock Séptico</b>	<p><b>Adultos:</b> hipotensión persistente a pesar de la reanimación volumétrica, con requerimiento de drogas vasopresoras para mantener PAM <math>\geq 65 \text{ mmHg}</math> y lactato sérico <math>&gt; 2 \text{ mmol/L}</math>.</p> <p><b>Niños:</b> cualquier hipotensión, o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC <math>&lt; 90 \text{ lpm}</math> o <math>&gt; 160 \text{ lpm}</math> en lactantes y FC <math>&lt; 70 \text{ lpm}</math> o <math>&gt; 150 \text{ lpm}</math> en niños); llene capilar prolongado (<math>&gt; 2</math> segundos) o vasodilatación con pulso amplio; taquipnea; máculas cutáneas o erupción petequiral o purpúrica; lactato aumentado, oliguria, hipertermia o hipotermia.</p>

$\text{SpO}_2$ : Saturación de oxígeno; SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo;  $\text{PaO}_2$ : Presión arterial de oxígeno;  $\text{FiO}_2$ : fracción inspirada de oxígeno; PEEP: presión positiva al final de la espiración; CPAP: presión positiva continua sobre la vía aérea; OI: Índice de oxigenación; OSI: Índice de oxigenación usando saturación de oxígeno; SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica; PAM: Presión arterial media; FC: frecuencia cardíaca; lpm: latidos por minuto.

b. **Diagnóstico diferencial:** Los principales cuadros que deben ser descartados:

- Infección Respiratoria por otros agentes infecciosos virales o bacterianos. De ser identificado otro agente, NO descartaría la coinfección con COVID-19.



- Infección por Hantavirus: Considerar las diferencias en antecedentes epidemiológicos y evolución clínica. Se recomienda revisar Guía de Práctica Clínica de esta enfermedad.<sup>4</sup>

### c. Recomendaciones claves de terapia de apoyo y monitoreo temprano

- Según evaluación clínica se decidirá la unidad de hospitalización. Es posible que no se requiera hospitalización, a menos que exista un rápido deterioro clínico. Todos los pacientes dados de alta deben recibir instrucciones de volver a consultar si desarrollan un empeoramiento de los síntomas.
- Administrar oxigenoterapia suplementaria de inmediato a pacientes con IRAG y dificultad respiratoria, hipoxemia o shock. Ingresar al paciente a una Unidad de Paciente Crítico o deriva a un centro de mayor complejidad.
- Evitar las nebulizaciones o procedimientos que generen aerosoles de partículas.
- Utilizar manejo conservador de fluidos en pacientes con IRAG cuando no haya evidencia de shock.
- Administrar antimicrobianos empíricos para tratar los patógenos probables que causan IRAG. Para pacientes con sepsis administrar antimicrobianos dentro de una hora desde la evaluación inicial. **A la fecha no existe tratamiento antiviral específico para COVID-19.**
- En el periodo de otoño e invierno, hacer el diagnóstico diferencial con infección por virus influenza para los cuadros clínicos descritos.
- No administrar de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral o Síndrome de Distrés Respiratorio, a menos que sea indicado por otro motivo. Esta medida no ha demostrado utilidad en infección por coronavirus.
- Monitorear a pacientes con IRAG en busca de signos de deterioro clínico, como insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva y sepsis, y aplicar intervenciones de atención de apoyo de inmediato.
- En caso de requerir ventilación mecánica invasiva, el proceso de intubación debe realizarse con las elementos de protección personal adecuados, y ésta debe realizarse manteniendo volúmenes corrientes bajos y presiones de vía aérea contenidas. Debe procederse según la mejor evidencia disponible utilizando la maniobra de pronó si la PAFI del paciente baja de 150 y relajo neuromuscular si corresponde. Para mayor información de indicaciones de medicina intensiva, sugerimos revisar recomendaciones de Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.<sup>5</sup>
- Identificar las comorbilidades del paciente para adaptar el manejo de la enfermedad.
- Derivar a centro con capacidad ECMO (*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*), de acuerdo a los criterios establecidos por el protocolo operativo para ECMO veno-venoso en falla respiratoria grave, de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva y el Ministerio de Salud.<sup>6</sup> Se anexan criterios.

---

<sup>4</sup> [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/02/Gu%C3%ADa-HANTA-completa.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/02/Gu%C3%ADa-HANTA-completa.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.medicina-intensiva.cl/site/recomendaciones.php#>

<sup>6</sup> Protocolo operativo para ECMO veno-venoso en falla respiratoria grave. Grupo de Trabajo ECMO de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva y Ministerio de Salud, 2015. <https://nexo.medicina-intensiva.cl/herramientas/comisiones/8.pdf> Actualizado en Ordinario C26 N°4679 del 31 de octubre del 2018 del Ministerio de Salud.

#### **d. Criterios de Gravedad<sup>7</sup>**

Se debe indicar la hospitalización a todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso o confirmado, y que presentan alguno de los siguientes criterios de gravedad:

- Hipoxemia: saturación de O<sub>2</sub> < 92% respirando aire ambiental.
- Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes).
- Dificultad respiratoria o aumento del trabajo respiratorio.
- Compromiso hemodinámico.
- Consulta repetida por deterioro clínico.

#### **e. Condiciones para el alta<sup>8</sup>**

- Clínica: Mejoría del estado general.
  - Evolución sin fiebre por al menos 48 horas.
  - Gasometría normal, y sin necesidad de O<sub>2</sub> adicional.
- Resultados de Laboratorio: En normalización si previamente estuvieron alterados.
  - Recuento de leucocitos y linfocitos.
  - Recuento de plaquetas.
  - Creatinina sérica (CK).
  - Función hepática.
  - Sodio plasmático.
  - Proteína C reactiva.
  - Radiografía de tórax: mejoría de imágenes radiológicas.

#### **Seguimiento post alta de casos<sup>8</sup>**

- Indicar control de temperatura dos veces al día. Si se presenta alza en más de dos mediciones reportar inmediatamente al centro donde estuvo hospitalizado.
- Indicar reposo domiciliario por 10 días después de la resolución de la fiebre o síntomas respiratorios. Restricción de salidas y de visitas en el domicilio para evitar riesgos de transmisión comunitaria.
- Si el paciente persiste con tos en su domicilio deberá usar mascarilla hasta la resolución de los síntomas o en su defecto, sus contactos domiciliarios. Estas mascarillas son de uso individual, no pueden ser compartidas, y no son reutilizables.
- Control a los 7 días de alta con radiografía de tórax, hemograma y exámenes de laboratorio si se mantuvo alguno alterado al alta. De acuerdo con la condición del paciente, indicar nuevos exámenes en 7 días.
- Control a los 21 días desde el inicio del cuadro y control de exámenes si fuese clínicamente necesario.

<sup>7</sup> Guía Clínica Influenza año 2014. Minsal. [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-CLINICA-INFLUENZA-2014.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-CLINICA-INFLUENZA-2014.pdf)

<sup>8</sup> Recomendaciones Manejo Clínico de infección respiratoria por Nuevo Coronavirus 2019 (2019 n-cov). Comité de Infecciones Emergentes - Comité Consultivo de IAAS. Sociedad Chilena de Infectología 7 febrero 2020

- Notificar el alta y su condición clínica a epidemiología de SEREMI de Salud correspondiente para seguimiento.

## VI. Bibliografía

1. Circular C13 N°09 13/03/2013 Subsecretaría de Redes Asistenciales. Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención de salud y algunas consideraciones sobre aislamiento de pacientes. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d8615b8fdab6c48fe04001016401183d.pdf>
2. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
3. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. [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)
4. Protocolo operativo para ECMO veno-venoso en falla respiratoria grave. Grupo de Trabajo ECMO de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva y Ministerio de Salud, 2015. Actualizado en Ordinario C26 N°4679 del 31 de octubre del 2018.
5. Guía de Práctica Clínica Influenza. Ministerio de Salud 2014. [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-CLINICA-INFLUENZA-2014.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-CLINICA-INFLUENZA-2014.pdf)
6. Recomendaciones Manejo Clínico de infección respiratoria por Nuevo Coronavirus 2019 (2019 n-CoV). Comité de Infecciones Emergentes - Comité Consultivo de IAAS. Sociedad Chilena De Infectología, 7 de febrero 2020.

## Anexo

### **Criterios para considerar derivación a centro con capacidad de ECMO:**

Insuficiencia respiratoria aguda grave:

- Paciente en ventilación mecánica protectora (Vt 6 ml/kg de peso ideal) con presión de Distensión (Pmeseta-PEEP) < 15 cm H<sub>2</sub>O con PEEP optimizado. Con pruebas de reclutamiento y alto PEEP (> o = a 16 cm H<sub>2</sub>O).
- Insuficiencia respiratoria grave que no responde a medidas de soporte ():
  - Prueba o ensayo con bloqueo neuromuscular en infusión continúa.
  - Prueba o ensayo de ventilación mecánica en posición prono (sólo en centro capacitado con experiencia).
  - Persistencia de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <100 por 4 a 6 horas o
  - Persistencia de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <60 por 2 horas
  - Ph <7,0 y PaCO<sub>2</sub> > 100 x 6 hoars
- Causa potencialmente reversible de la insuficiencia respiratoria aguda.
- Score de Murray > 2,5 (Criterio Elso).

### **Contraindicaciones absolutas para ECMO:**

- Enfermedad de base irreversible, a juicio de la comisión de derivación.
- Daño encefálico irreversible documentado.

### **Contraindicaciones relativas para ECMO:**

- Impedimento de recibir productos sanguíneos.
- Ventilación mecánica mayor a 7 días.
- Edad mayor a 65 años.
- Índice de masa corporal mayor a 45.
- Contraindicación para anticoagulación.
- Hemorragia del sistema nervioso central.
- Puente a trasplante pulmonar en paciente no enlistado.
- Cirrosis con ascitis.
- Estado de inmunodeficiencia severa.

ECMO: *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*; Vt: volumen corriente; PaO<sub>2</sub>: Presión arterial de oxígeno; FiO<sub>2</sub>: fracción inspirada de oxígeno; PEEP: presión positiva al final de la espiración