



Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Depto. Enfermedades Transmisibles
PDN/ AZJ/ ILH/ JAA/ ETS/ ATC/ SSR/ PCC



CIRCULAR B21/Nº 05 /

Santiago,

03 ABR 2020

RECOMENDACIONES GENERALES DE MANEJO CLÍNICO COVID-19

En el contexto de la alerta sanitaria por el Coronavirus, el Departamento de Enfermedades Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública, ha elaborado un documento sobre recomendaciones generales de manejo clínico COVID-19.

Solicitamos dar amplia difusión al presente documento.

Dado el continuo cambio que va experimentando la pandemia, se continuará entregando información complementaria a este documento en los próximos días y mientras dure la alerta sanitaria.



DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

Distribución:

- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Directores Servicios de Salud del país
- Directores Hospitales Bases del país
- Fondo Nacional de Salud
- Superintendencia de Salud
- Asociación de Clínicas de Chile
- Asociación de Municipalidades
- Instituto de Salud Pública
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- División de Atención Primaria
- División de Gestión de Red Asistencial
- Departamento de Enfermedades Transmisibles
- Oficina de Partes del MINSAL

ORIENTACIONES DE MANEJO CLÍNICO INFECCIÓN POR COVID-19

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades

CIPER



Estas orientaciones fueron elaboradas con la intención de guiar a profesionales de la salud en la atención clínica de pacientes con sospecha y confirmación de COVID-19, en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Su objetivo no es 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.

1. 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 17 de marzo de 2020 documenta la importación en al menos 150 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.

2. 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 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 confirmado y caso sospechoso
- Notificación e Investigación Epidemiológica
- Definición de contactos
- Manejo de contactos

3. 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 N° 9 de 13.03.2013 de "Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención en salud"¹ 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.² 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>.

1 <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)

4. 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. 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>.

5. MANEJO CLÍNICO DE CASOS³

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 14% 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 3%, variando esta cifra entre los países afectados.

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 que presentan un deterioro clínico, (aproximadamente 14% de los casos) lo hacen 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.

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

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.
- 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:

Síndromes clínicos asociados con la infección COVID-19	
Enfermedad sin complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Los adultos mayores y los

	<p>inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos.</p>
<p>Neumonía Leve</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con neumonía que no presentan signos de neumonía grave. - Niños con neumonía no grave que presentan tos o dificultad para respirar + taquipnea: (en respiraciones/min): <2 meses, ≥ 60; 2–11 meses, ≥ 50; 1 a 5 años, ≥ 40.
<p>Neumonía Grave</p>	<p>Adultos: presencia de fiebre o sospecha de infección respiratoria, además de: frecuencia respiratoria $> 30/\text{min}$, distrés respiratorio severo o $\text{SpO}_2 < 92\%$ con aire ambiente.</p> <p>Niños: presencia de tos o dificultad respiratoria, además de al menos uno de los siguientes signos: cianosis o $\text{SpO}_2 < 92\%$; 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): <2 meses, ≥ 60; 2–11 meses, ≥ 50; 1–5 años, ≥ 40.</p> <p>El diagnóstico es clínico; las imágenes de tórax permiten descartar complicaciones.</p>
<p>Síndrome Distrés Respiratorio Agudo (SDRA)</p>	<p>Inicio: síntomas respiratorios nuevos o que empeoran dentro de la primera semana del cuadro clínico conocido. Imagen de tórax (radiografía o tomografía computarizada): opacidades bilaterales, no explicadas por derrame pleural, atelectasias o nódulos pulmonares.</p>

	<p>Origen del edema pulmonar: insuficiencia respiratoria no explicada por 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>Criterios en adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SDRA leve: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (con PEEP o CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, o no ventilado) - SDRA moderado: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, o no ventilado) - SDRA grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ con PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, o no ventilado) - Cuando PaO_2 no está disponible, $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ sugiere SDRA (incluso en pacientes no ventilados) <p>Criterios en niños (OI= Índice de oxigenación; OSI= Índice de oxigenación usando SpO_2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - BIPAP o CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ a través de una máscara facial completa: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ o $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$ - SDRA leve (ventilación invasiva): $4 \leq \text{OI} < 8$ o $5 \leq \text{OSI} < 7.5$ - SDRA moderado (ventilación invasiva): $8 \leq \text{OI} < 16$ o $7.5 \leq \text{OSI} < 12.3$ - SDRA grave (ventilación invasiva): $\text{OI} \geq 16$ u $\text{OSI} \geq 12.3$
--	---

<p>Sepsis</p>	<p>Adultos: 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 > 2 mmol/L, hiperbilirrubinemia.</p> <p>Niños: 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>
<p>Shock Séptico</p>	<p>Adultos: hipotensión persistente a pesar de la reanimación volumétrica, con requerimiento de drogas vasopresoras para mantener PAM ≥ 65 mmHg y lactato sérico > 2 mmol/L.</p> <p>Niños: cualquier hipotensión, o 2-3 de los siguientes: estado mental alterado; taquicardia o bradicardia (FC <90 lpm o > 160 lpm en lactantes y FC <70 lpm o > 150 lpm en niños); llene capilar prolongado (> 2 segundos) o vasodilatación con pulso amplio; taquipnea; máculas cutáneas o erupción petequeial o purpúrica; lactato aumentado, oliguria, hipertermia o hipotermia.</p>

SpO2: Saturación de oxígeno; SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo; PaO2: Presión arterial de oxígeno; FiO2: 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 cardiaca; lpm: latidos por minuto.

a) 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.⁴

b) Recomendaciones Generales

Considerar que estos criterios son susceptibles de actualizar dependiendo del comportamiento epidemiológico de esta enfermedad.

- Según evaluación clínica se decidirá la unidad de hospitalización.
- 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. A la fecha no existe tratamiento antiviral específico para COVID-19.
- Pacientes de UPC, con infección respiratoria alta y sin comorbilidades: entregar tratamiento de soporte. Si son mayores de 65 años y/o con comorbilidades; cursan con neumonía grave o infección respiratoria con progresión: administrar Hidroxicloroquina / Cloroquina.
- 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

⁴ https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/02/Gu%C3%ADa-HANTA-completa.pdf

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.
- Identificar las comorbilidades del paciente para adaptar el manejo de la enfermedad.
- Evaluar derivación a un establecimiento de menor complejidad de la Red Asistencial, una vez que el paciente se encuentre estable, fuera de riesgo vital y próximo al alta.

c) Condiciones para el alta hospitalarias

Considerar que estos criterios son susceptibles de actualizar dependiendo del comportamiento epidemiológico de esta enfermedad.

- Clínica: Mejoría del estado general.
 - Evolución sin fiebre por al menos 48 horas.
 - Gasometría normal, y sin necesidad de O2 adicional.
- Resultados de Laboratorio: En normalización si previamente estuvieron alterados.

d) Seguimiento clínico posterior al alta hospitalarias

Considerar que estos criterios son susceptibles de actualizar dependiendo del comportamiento epidemiológico de esta enfermedad.

- Indicar reposo y aislamiento domiciliario hasta completar 14 días desde la confirmación de COVID-19. Sin perjuicio de lo anterior, dicho tiempo puede extenderse si no se ha recuperado totalmente de la enfermedad.
- Indicar control de temperatura dos veces al día. Si se presenta alza (mayor a 37,8°C) en más de dos mediciones, reportar inmediatamente al centro donde estuvo hospitalizado.

- Restricción de salidas y de visitas en el domicilio para evitar riesgos de transmisión comunitaria.

CIPER