

MANEJO CLINICO DE COVID 19.

Introducción:

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de la ciudad de Wuhan en la provincia de Hubei, 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 cuales 7 fueron reportados como graves. El cuadro clínico de los casos se presentaba con fiebre, algunos pacientes presentaban disnea y cambios neumónicos en las radiografías del tórax (lesiones infiltrativas en pulmones).

El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron que un nuevo coronavirus (2019- nCoV) fue identificado como la posible etiología. Otras pruebas descartaron SARS-CoV, MERS-CoV, Influenza, Influenza Aviar, Adenovirus y otras infecciones respiratorias virales o bacterianas comunes.

Rápidamente se reportaron casos en otros países de Asia y de manera progresiva se presentaron casos en otras regiones del mundo e incluso transmisión de la infección en territorios fuera de Asia.

Manifestaciones Clínicas.

El espectro clínico de una infección por COVID 19 varía desde la ausencia de síntomas (infección asintomática) o síntomas respiratorios leves hasta una enfermedad respiratoria aguda severa y la muerte. La enfermedad se presenta normalmente con fiebre, tos y dificultad respiratoria, siendo menos frecuente la cefalea y las manifestaciones digestivas. Las complicaciones aparecen habitualmente a partir de la segunda semana de la enfermedad, siendo la más frecuente el síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA).

Complicaciones más frecuentes:

- Síndrome de Distress Respiratorio Agudo.
- Arritmias cardiacas.
- Choque séptico.

El virus afecta de una forma más severa a personas en edades avanzadas de la vida, pacientes con inmunodepresión y con enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémica, Cáncer y Enfermedades Pulmonares Crónicas.

Criterios de Caso:

Caso Sospechoso: Paciente que acude por presentar manifestaciones clínicas respiratorias con historia de ser un viajero o haber estado en contacto con personas procedente del área de transmisión de la enfermedad o de alguno de los países que presentan reporte de casos de la enfermedad en los últimos 14 días.

O en el caso de:

Fallecido por una IRA grave sin causa aparente y que cumpla además al menos una de las siguientes condiciones:

- ✓ Contacto con personas que hayan padecido la enfermedad.
- ✓ Antecedentes de haber viajado en los últimos 15 días a alguno de los países que han reportado casos confirmados.

Caso Confirmado: Paciente que resulte positivo al estudio virológico para el COVID 19.

Consideraciones Generales para el manejo de pacientes probables de COVID- 19:

- El cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad resulta de extrema importancia.
- Pueden presentarse uno o varios casos al mismo tiempo.
- Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, tos y disnea. También son frecuentes las artromialgias y el malestar general.
- Las principales complicaciones son la insuficiencia respiratoria, las arritmias cardíacas, la sobreinfección bacteriana y el choque séptico. Las complicaciones respiratorias se presentan habitualmente a partir del 7mo día de inicio de los síntomas.

- Hasta el momento no está identificada una droga antiviral totalmente eficaz, ni una vacuna. El tratamiento es sintomático y de soporte, con vigilancia y manejo de las complicaciones.
- La letalidad calculada es de aproximadamente 3 a 4 %, aunque esta cifra puede variar.

Acciones en la Atención Primaria de Salud.

- Habilitar consulta diferenciada para pacientes con manifestaciones de infección respiratoria aguda en los policlínicos.
- Disponer de los medios de protección para el personal que trabajará en la consulta diferenciada.
- Realizar interrogatorio y examen físico del paciente que permita una evaluación del mismo y su clasificación de caso.
- Si el paciente se considera que cumple con los criterios de paciente sospechoso indicar aislamiento temporal en el área definida para el mismo en la institución.
- Reporte de inmediato al Centro de Higiene y Epidemiología Municipal.
- De ser necesario iniciar tratamiento sintomático (antipiréticos y analgésicos).
- Coordinar el traslado en ambulancias hacia el centro hospitalario definido para el tratamiento definitivo.

Traslado de casos en ambulancias:

El traslado de casos sospechosos se realizará en la ambulancia designada, previamente coordinado. En cada móvil existirán mascarillas respiratorias N-95, batas verdes o desechables y guantes.

Al movilizar un paciente sospechoso de COVID- 19 se adoptarán las siguientes medidas:

- Uso de mascarilla respiratoria por el paciente, personal médico y paramédico, y acompañante (sólo si estrictamente necesario). **VELAR POR EL AJUSTE DE LAS**

MASCARILLAS. De no disponer de mascarillas N-95, usar otro nasobuco.

- Apagar el aire acondicionado de la ambulancia
- Uso de guantes y ropa protectora por el personal de salud para el contacto directo con el paciente y sus secreciones.
- No se tocarán los ojos con sus manos hasta que no concluyan el trabajo y se desinfecten las manos.
- Durante el transporte del paciente, no deben realizarse actividades personales (incluyendo comer, beber, aplicación de cosméticos y manipulación de lentes de contacto).
- El personal que realiza la limpieza debe usar guantes no estériles y ropa desechable mientras se limpia el compartimiento de atención al paciente, sin retirarse los nasobucos o mascarillas (camillas, barandas, equipo médico, paneles de control, paredes y superficies de trabajo que con probabilidad se contaminen directamente durante la atención).
- Desinfectar las superficies en la cabina médica con cualquiera de los desinfectantes disponibles para uso médico preferentemente soluciones alcohólicas o cloradas.

Acciones a nivel hospitalario:

Servicio de Urgencias

- Habilitar consulta diferenciada para pacientes con manifestaciones de infección respiratoria aguda en el hospital.
- Disponer de los medios de protección para el personal que trabajará en la consulta diferenciada.
- Realizar interrogatorio y examen físico del paciente que permita una evaluación del mismo y su clasificación de caso.
- Si el paciente se considera que cumple con los criterios de paciente sospechoso, traslado de inmediato a la sala de aislamiento en la institución.
- De ser necesario iniciar tratamiento sintomático (antipiréticos y analgésicos).

Que No se debe dejar de hacer:

- El traslado precoz del paciente hacia el área de aislamiento.
- Cumplir con las normas establecidas para la protección personal.

Sala de Aislamiento.

- La sala de aislamiento debe cumplir con los requisitos mínimos exigidos para este tipo de unidad. La sala operará bajo régimen de cuarentena, no permitiéndose visitas ni acompañantes a los pacientes.
- Se definirá el personal que trabajará en la atención de la sala de aislamiento, y se les instruirá sobre las medidas de protección individual y el manejo de los materiales y utensilios contaminados.
- Suministrar los medios individuales para la protección sanitaria de contención de la contaminación para paciente (nasobucos, batas, guantes) y personal asistencial.
- Implementación de inmediato de las medidas de control de infección estándares establecidas y precauciones basadas en la transmisión.
- El tratamiento inicial será con medidas generales y sintomáticas.
- Oxigenoterapia: Se comienza con 4-5 l/min se aumenta hasta el máximo de esta terapéutica en dependencia de las capacidades del flowmeter a bajo y mediano flujo (10 - 15l/min)
- Realización de estudios complementarios generales indispensables donde se incluyen(Hemograma con diferencial, Glicemia, Creatinina, Ionograma y Gasometría, Rx de Tórax y estudios virológicos.) Reforzar las medidas de protección necesarias para el traslado y procesamiento de las muestras.
- Antibióticos de amplio espectro si sospecha de sobre infección bacteriana en su evolución.
- Evaluar las comorbilidades y su estado de compensación.

- Iniciar tratamiento con antivirales (Oseltamivir 75mgs cada 12 horas)de ser posible, posterior a la toma de muestra para estudio virológico.
- Vigilar la aparición de signos de alarmas de empeoramiento del cuadro clínico como son:
 - Intensificación de la disnea(FR mayor de 32).
 - Aumento de la frecuencia cardiaca mayor de 120 lpm.
 - Incremento de los estertores secos o húmedos.
 - Aparición de cianosis.
 - Hipotensión arterial.
 - Cambios neurológicos o del estado de conciencia.
 - Descompensación de enfermedad Crónica.
 - Oximetría de pulso por debajo de 92%.
- Ante la aparición de alguno de estos signos coordinar traslado de inmediato a Unidad de Terapia Intensiva (Cubículos de aislamiento).

Que No se debe dejar de hacer:

- La vigilancia y monitorización estricta del paciente.
- Cumplir con las normas establecidas para la protección personal.
- Iniciar terapéutica con antivirales (Oseltamivir).

Criterios de ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos.

- Disnea creciente.
- Taquipnea sostenida (frecuencia respiratoria >32/minuto).
- Uso de músculos accesorios de la respiración, tiraje intercostal o subcostal.
- Oximetría de pulso con saturación de oxígeno <92%.
- Necesidad de ventilación artificial.
- Taquicardia persistente >120/minuto.
- Hipotensión arterial (presión arterial sistólica <90 mm Hg).
- Asociación con enfermedades crónicas descompensadas (Diabetes Mellitus,Asma Bronquial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y otras)
- Toda gestante o puérpera con una afección que por su gravedad requiera ingreso en cuidados intensivos y en la que

además exista sospecha o confirmación de infección por Coronavirus.

Unidad de Cuidados Intensivos.

- Los cubículos de aislamiento debe cumplir con los requisitos mínimos exigidos para este tipo de unidad.
- El paciente dispondrá como medida de protección y de riesgo de transmisión de la enfermedad, de batas sanitarias y nasobuco de manera permanente.
- Suministrar los medios individuales para la protección del personal asistencial (Batas desechables, guantes, mascarillas N-95 y gafas o caretas para protección facial).
- Realización de estudios complementarios generales donde se incluyen (Hemograma con diferencial, Glicemia, Creatinina, Coagulograma, Lactato, Ionograma, Gasometría, Rx de Tórax, estudios virológicos)

Manejo terapéutico:

- Oseltamivir 75mgs- 150 mgs cada 12 horas por 10 días.
- Kaletra (200 Lopinavir -50 Ritonavir) 2 cápsulas cada 12 horas por 10 días.
- Antibióticos: Azitromicina 500 mgs diaria por 5 días.

En pacientes donde se diagnóstica infección bacteriana asociada utilizar como alternativas terapéuticas:

- Ceftriaxona 1gr cada 12 horas ó Claforán 1gr cada 6-8 horas.
- Vancomicina 500mgs. 1-2 gramos en infusión diluido en 100 mls de solución salina a durar 1 -2 horas. (Si se sospecha infección por estafilococos o gérmenes gram positivos)

Se pueden utilizar otros antibióticos o antimicóticos en dependencia del resultado de estudios microbiológicos.

Otras alternativas terapéuticas:

- Surfacen. (instilación por tubos orotraqueal a la dosis recomendada) en pacientes con SDRA.
- Metilprednisolona 500 mgs EV diario por tres días y continuar por vía oral.
- Cloroquina 250 mgs (150 mgs de base) 2 tabletas al día por 10 días.

- Interferón Alfa 2b según recomendación de los fabricantes.

Comentario Necesario:

La terapéutica general y la antiviral son susceptibles de modificaciones en dependencia de las recomendaciones internacionales.

Manejo ventilatorio:

- Si se dispone de terapia de alto flujo se comienza con 20l/min hasta 60 l/min
- VNI esta última con las medidas anti propagación por la alta transmisibilidad (uso de nasabuco en el paciente),
- Tener presente de no retrasar la modalidad de ventilación invasiva de ser la indicada. Se prefiere Soporte de Pr, y BPAP, con parámetros crecientes (a partir de 12 de presión alta con 8 PEEP), hasta que desaparezcan los signos de alarma respiratoria. Topes máximos recomendados presión soporte hasta 20 cmH2O, con PEEP 12 cmH2O, BPAP, Presión alta 22 cmH2O, 12 de PEEP.
- Se utilizaran los criterios de Berlín ara la definición de SDRA
 - Hallazgos clínicos, radiográficos infiltrados bilaterales + déficit de oxigenación:
 - Leve: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$
 - Moderado: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$
 - Grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$
 - Si PaO_2 no disponible $\text{SaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$
 -
- **Criterios de intubación**
 - F.R. > 35 respiraciones por minuto (sostenida).
 - $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mm Hg}$ con mascarilla de oxígeno. $\text{SaO}_2 < 90\%$ con suplemento de oxígeno en altas concentraciones FIO_2 aproximada 40% o más.
 - $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmhg}$.
 - Fatiga creciente con disminución del nivel de conciencia.
 - Síndrome de choque de cualquier causa.
 - Usar el tubo orofaríngeo de mayor calibre posible.

- Mantener presión del cuff la menor posible que permita un buen neumotaponamiento, sin fugas que interfieran la ventilación y aumentan la propagación (hasta 25 mmhg)
 - Se recomiendan las siguientes modalidades VA/C, PA/C, AVM, APRV. Ventilación protectora 6ml x Kg de Vt. Meta P meseta \leq 28 cmH₂O, driving pressure o presión motriz < 15 cmH₂O. SHbO₂ \geq 90 %
- **Ajustar los siguientes parámetros iniciales:**
 - Modalidad: ventilación asistida/controlada por volumen, con autoflow, o usar el límite superior de presión moderno, para eliminar P pico no deseadas y permitir P meseta hasta 28 CMH₂O
 - FiO₂=1,0 inicial y bajar a la menor posible, ideal 0,4.
 - Frecuencia respiratoria (FR) = 14-16
 - PEEP= 10-12 cm H₂O, optimizar de acuerdo a bucles y R/ PaO₂/ FiO₂, metas de Oxigenación, compliance y hemodinámica.
 - Velocidad de flujo= el mínimo que satisface la ventilación, comenzar por VM x 5 y subir 5 l/min cada vez.
 - Vt (volumen corriente) = 6 mL/Kg de PC ideal (siempre que la presión meseta se mantenga por debajo de 28 CMH₂O). **Cualquier volumen bajo debe ir acompañado de la PEEP óptima.**
 - Relación I:E= 1:2 (rango hasta 1:3).
 - Como alternativa **APRV**. (Indicación en pacientes muy hipoxémicos)
 - FIO₂ = 1 inicial y bajar a la menor posible ideal 0,4.
 - Palta, la menor posible puede ser de 30 cm H₂O inicial
 - P baja la suficiente para un Vt 6 ml x kg, nunca por debajo de 15 cmH₂O
 - FR 14-16
 - **Modificación de los parámetros iniciales:**
 - Si no se logra meta de P2 en 28 cm H₂O. Disminuya el Vt en 0,5 ml /kg cada 1 hora hasta alcanzar 5 ml/kg (tiempo aproximado 2 horas). Valorar con cautela reducciones mayores. Nunca menos de 4,5 ml x KG.

- Ajuste la FR para lograr el volumen minuto (no pasar de 25 respiraciones por minuto). Aumentos por encima requieren valoración
 - Modifique el Vt y la FR para alcanzar las metas del pH y la presión meseta (P₂).
 - Ajustar el flujo inspiratorio a las demandas del paciente (el menor posible).
 - Ajustar la FIO₂ la menor posible
 - Para APRV, si es exitosa bajar P alta a 30 cmH₂O 1 hora y luego a 28 cm H₂O, manteniendo la P baja. Si no hay buena oxigenación se mantiene P alta en 35-40 cm H₂O y se aumenta la P baja 2-5 cm H₂O, hasta un Vt 4,5 ml X kg. No hay respuesta pasar a modo volumen control.
 - Sedación y relajación muscular
- **Mantenimiento de sedación adecuada:**
 - Emplear Midazolam(ámpulas de 10 mg/2 ml). La sedación puede ser con bolos de 1-2 mg I.V. repitiendo la dosis hasta el nivel deseado, también Diazepam a 10 mg en bolo, no se aconseja la infusión de Midazolam por la ocurrencia de delirio. La relajación de empleará en casos ventilados que mantengan asincronías con el ventilador que no respondan a esquemas de sedación según los protocolos.
 - Alternativa el Propofol con la precaución de vigilancia hemodinámica, a nivel de sedación, bolo 1-1,5 mg x kg, iniciar mantenimiento 0,3 mg x kg x hora, se aumenta en 0,3 cada 10 min solo para mantener el nivel de sedación. Ver niveles de sedación de Ramsay.
 - NIVEL 1 paciente ansioso y agitado
 - NIVEL 2 paciente cooperador, orientado y tranquilo
 - NIVEL 3 dormido con respuestas a las órdenes
 - NIVEL 4 dormido con breves respuestas a la luz y sonido
 - NIVEL 5 dormido profundo solo respuestas a estímulos dolorosos
 - NIVEL 6 no respuesta
 - Insuficiente: nivel 1
 - Optimo: niveles 2 y 3
 - Máximo aceptable: nivel 4
 - Excesivo: niveles 5 y 6
 - Relajación muscular: Debe evitarse. Se usarán los relajantes musculares no despolarizantes, con preferencia el Atracurio o el Vecuronio y en menor medida el Pancuronio. Usarla el

menor tiempo posible, nunca por un periodo mayor de 48 horas.

- VECURONIO: Bolo IV 4mg (0,07-0,10 mg/kg). Infusión 3-10 mg/h (0,02-0,05 mg/kg/h)
- ATRACURIO: bolo 20-30 mg (0.4-0,5 mg/kg). Infusión 20-25 mg/h (0,2-0,4 mg/kg/h)
- PANCURONIO: solo en bolos 4 mg (0,06-0,08 mg/kg)

Criterios de alta:

Para caso confirmado:

1. Cuando el paciente reúna los criterios clínicos y de laboratorio para el alta médica y hayan transcurridos 14 días del inicio de los síntomas.

Para caso sospechoso:

1. Cuando el paciente reúna los criterios clínicos y de laboratorio para el alta médica y hayan transcurridos 14 días desde el inicio de los síntomas o se haya descartado la infección por COVID -19

Manejo Clínico en Pediatría.

- El COVID 19 es un virus nuevo del que aún no se dispone de suficiente información que evidencie el impacto del mismo en la población pediátrica. Cualquier persona independientemente de su edad puede enfermar al contacto con el virus pero hasta este momento los reportes confirman pocos casos pediátricos.
- No existen evidencias que determinen la transmisión vertical madre – feto del virus ni las consecuencias de este sobre el recién nacido.
- Urge extremar medidas de prevención teniendo en cuenta que en los servicios pediátricos de hospitalización esta institucionalizado el familiar acompañante
- Los pacientes pediátricos que cumplan criterios de casos sospechosos o confirmados serán ingresados en sala de hospitalización o en la unidad de cuidados intensivos con aislamiento según su condición clínica. La fiebre, la tos, la polipnea, las alteraciones digestivas específicamente las diarreas, las artromialgias y el decaimiento son manifestaciones clínicas frecuentes.
- La prematuridad, el bajo peso al nacer, la desnutrición, las cardiopatías congénitas, enfermedades pulmonares crónicas, las afecciones malignas y los tratamientos inmunosupresores son factores de riesgo asociados a formas clínicas severas y complicaciones.

Servicio de Urgencias

Aplicar la clasificación la Insuficiencia respiratoria y evaluar conducta a seguir

- Leve 0 - 5. Ingreso en sala de hospitalización. Realizar hemograma completo y radiografía de Tórax. Si radiografía tórax muestra lesiones pleuropulmonares el ingreso se realizara en la unidad de cuidados intensivos.
- Moderada 6 -8. Ingreso directo en la unidad de cuidados intensivos. Traslado hacia la unidad con oxígeno suplementario y cumpliendo las medidas de prevención. Los complementarios se realizaran en la unidad de cuidados intensivos.
- Severa 9 -12. Ingreso directo en la unidad de cuidados intensivos. Traslado hacia la unidad con oxígeno suplementario y cumpliendo las medidas de prevención. Los complementarios se realizaran en la unidad de cuidados intensivos.

Salas de Pediatría para Aislamiento

- Leve 0 - 5. Ingreso en sala de hospitalización. Realización del exudado nasofaríngeo por personal entrenado cumpliendo normas de bioseguridad establecidas. Oxígeno convencional a bajo flujo según requerimientos. Tratamiento sintomático. Oseltamivir a dosis pediátrica en casos confirmados. No aspirinas ni antitusígenos. Medidas estrictas de prevención y control de infección. Traslado oportuno y seguro a la unidad de cuidados intensivos si presenta signos de alarma o agravamiento.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

- Leve si Rx positivo Moderado 6 -8. Recepción del paciente en cubículo de aislamiento con secuencia ABCD de actuación extremando medidas de prevención y protección. Realizar perfil de sepsis, gasometría, ionograma, radiografía de tórax. Realización del exudado nasofaríngeo por personal entrenado cumpliendo normas de bioseguridad establecidas. tratamiento sintomático. No aspirinas ni antitusígenos. Oseltamivir a dosis pediátricas establecidas en casos confirmados. Si radiografía tórax muestra lesiones inflamatorias y/o atelectásicas iniciar tratamiento con cefalosporinas de tercera generación a dosis recomendadas en protocolos vigentes. Si cumple criterios clínicos / radiográficos y gasométricos de Neumonía grave asociar Vancomicina a 60 mg/kg/día. La infusión continua de la misma es sugerida para minimizar manipulación del paciente. Asistencia respiratoria no invasiva: Si patrón hipoxémico con PCO₂ inferior o igual a 55 mmhg iniciar oxigenoterapia de alto flujo con 1 -2 litros / kg con FiO₂ 0.6 ajustando parámetros evolutivamente según evolución clínica medida por el Score de Tal y gases sanguíneos. Si patrón hipoxémico con PCO₂ superior a 55 mmhg iniciar CPAP nasal siguiendo pautas establecidas. La ventilación mecánica invasiva está indicada en la hipoxemia refractaria con asistencia respiratoria no invasiva, SDRA, shock séptico u otra condición clínica crítica. Si se diagnostica SDRA: Estrategias ventilatorias protectoras al pulmón (Protocolo del manejo de SDRA en pediatría), evaluar SURFACEN en combinación con maniobras de reclutamiento alveolar. Monitorización intensiva estricta. Prevención de daño multiorgánico y de eventos adversos relacionados con la ventilación.
- Severa 9 -12. Recepción del paciente en cubículo de aislamiento con secuencia ABCD de actuación extremando medidas de prevención y protección. Realizar perfil de sepsis, gasometría, ionograma, radiografía de tórax. Realización del exudado

nasofaríngeo por personal entrenado cumpliendo normas de bioseguridad establecidas. Tratamiento sintomático. No aspirinas ni antitusígenos. Oseltamivir a dosis pediátricas establecidas en casos confirmados. Si radiografía tórax muestra lesiones inflamatorias y/o atelectásicas iniciar tratamiento con cefalosporinas de tercera generación a dosis recomendadas en protocolos vigentes. Si cumple criterios clínicos / radiográficos y gasométricos de Neumonía grave asociar Vancomicina a 60 mg/kg/día. La infusión continua de la misma es sugerida para minimizar manipulación del paciente. La ventilación mecánica invasiva precoz está indicada en casos de insuficiencia respiratoria grave. La asistencia en alto flujo puede considerarse como coadyuvante durante la instrumentación de la vía aéreas. Si se diagnostica SDRA: Estrategias ventilatorias protectoras al pulmón. Protocolo del manejo de SDRA en pediatría: VT bajos considerar siempre peso ideal, hipercapnia permisiva, evitar frecuencia respiratoria elevada, PEEP lógica e individualizada, evitar autoPEEP, sedar y relajar. Evaluar SURFACEN en combinación con maniobras de reclutamiento alveolar. La posición prono puede ser considerada en hipoxemias refractarias si el paciente tiene estabilidad hemodinámica. Monitorización intensiva estricta. Prevención de daño multiorgánico y de eventos adversos relacionados con la ventilación. Interconsultar con expertos uso de Interferón. Complementarios evolutivos según corresponda. Desconexión del respirador una vez resuelto el daño pulmonar inicial, se recomienda luego de extubación evaluar oxigenación de alto flujo por 24 hrs.

- Manejo de la sepsis / shock séptico según protocolos establecidos en el país.
- Manejo y control de las comorbilidades.
- Prevención y control de infecciones durante la asistencia sanitaria a los pacientes.
- Desinfección de la unidad del paciente una vez traslado el mismo a sala en caso de buena evolución. Garantizar un traslado adecuado.
- Extremar y fiscalizar medidas de protección al personal de la salud con la finalidad de prevenir y evitar transmisión intrahospitalaria. Promoción de higiene de las manos e higiene respiratoria.

Criterios de alta

Para caso confirmado:

- Cuando el paciente reúna los aspectos clínicos y de laboratorio para el alta médica según criterio del equipo médico de asistencia y:
- Transcurridos más de 14 días desde el primer síntoma.

Para caso sospechoso:

- Cuando el paciente reúna los aspectos clínicos y de laboratorio para el alta médica según criterio del equipo médico de asistencia y:
- Transcurridos más de 14 días desde el primer síntoma o se haya descartado la infección por el COVID19