

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Página 1 de 36
	MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Subdirección de Atención Primaria

**MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS
EN CONTEXTO COVID19
REGIÓN DE COQUIMBO**

**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO
SUBDIRECCIÓN DE APS
Abril 2021**

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Página 2 de 36
	MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Subdirección de Atención Primaria

Servicio de salud Coquimbo

Subdirección de APS

Abril 2021

Elaborado por:

Dra. Alejandra Canales Navarro

Referente de red urgencia de APS

Colaboradores:

E.U. Marcela Allard Pincheira

Jefe Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención

Dr. Rafael Alaniz Muñoz

Subdirector (S) de Atención Primaria

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 3 de 36 Subdirección de Atención Primaria
--	--	--

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
3. DESARROLLO	5
3.1.1 Coordinación integrada de la red de urgencia (CIRU)	5
3.1.2 Ampliación de los horarios de SAPU y SAR	5
3.1.3 Implementación de Unidades de observación prolongada (UOP)	6
3.2 TRIAGE Y DIFERENCIACIÓN DE FLUJOS	7
3.3 MANEJO CLÍNICO INICIAL DE IRA EN URGENCIA DE APS	8
3.4 DERIVACIÓN Y TRASLADOS DE PACIENTES DESDE LA UOP del SAR a UEH	14
3. OXÍGENOTERAPIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE URGENCIA DE APS	16
3.5 POSICIÓN “PRONO VIGIL” PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIA	17
3.6 RECOMENDACIONES DE INTUBACIÓN RÁPIDA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID 19	20
3.7 SEDO ANALGESIA	24
3.8 USO DE DEXAMETASONA EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID19	27
4. REFERENCIAS	29
5. ANEXOS	30

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Página 4 de 36
	MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Subdirección de Atención Primaria

1. INTRODUCCIÓN

El contexto pandémico, ha significado un aumentado en la demanda asistencial a nivel nacional como Regional, por lo que ha sido de relevancia e imperativo considerar diversas estrategias alternativas, concentrando los esfuerzos en establecer una adecuada coordinación integral de la red de urgencia regional.

La atención primaria, al ser el contacto inicial del sistema de salud con la población; cumple un rol fundamental en la evaluación del riesgo de los pacientes, el manejo de patologías oportuna y eficaz a de los pacientes que requieren una intervención en establecimientos de mayor complejidad.

Por tanto, ante la necesidad de optimizar los recursos más críticos durante la pandemia, se propone una estrategia alternativa complementaria para disminuir la tasa de intubación y conexión a ventilación mecánica, a través de una intervención temprana en las UOP de los SAR, en los pacientes que desarrollan insuficiencia respiratoria aguda.

De acuerdo con realidad epidemiológica nacional, el enfoque propuesto en el presente documento es considerar como caso sospechoso COVID-19 a toda insuficiencia respiratoria aguda que se presente en servicios de urgencias de la red APS¹, para lo cual se deberán seguir los protocolos establecidos para la causa demostrada.

En estos pacientes, se propone realizar intervención inicial en los dispositivos de urgencia de APS, tanto de la causa de la insuficiencia respiratoria como de los agravantes, pudiendo ser descompensaciones de patologías crónicas de base u otras causas.

¹ ORD. N°2524/2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. MINSAL. Oxigenoterapia y Manejo de pacientes covid-19 con insuficiencia respiratoria aguda desde la APS a servicios de urgencia hospitalarios y camas críticas.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Página 5 de 36
	MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Subdirección de Atención Primaria

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente documento es entregar orientaciones respecto del rol de los servicios de urgencia del nivel primario en el contexto de la pandemia COVID-19, manteniendo una adecuada articulación, tanto con los sistemas de atención prehospitalaria (SAMU) como también con las unidades de emergencia hospitalarias (UEH), en base a criterios clínicos definidos para el manejo inicial –incluyendo oxígeno terapia-y traslados al nivel hospitalario.

Los criterios de respuesta y niveles de manejo presentados a continuación **deben ser considerados bajo el contexto COVID-19 no siendo aplicables para situaciones distintas al periodo de pandemia, situaciones donde se deben seguir las recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud.**

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Optimizar el manejo prehospitalario de la insuficiencia respiratoria en el nivel primario de atención en contexto covid19
 - Entregar orientaciones para el manejo en APS de la oxigenoterapia, posición pronovigil e intubación.
 - Establecer criterios de admisión, alta o derivación a la UEH de pacientes respiratorios que requieren de cuidados asistenciales complejos en unidades de observación prolongada en los SAR
- Mantener el cumplimiento de las normas de calidad y seguridad durante los procesos asistenciales entregados a los usuarios.

3. DESARROLLO

3.1.1 Coordinación integrada de la red de urgencia (CIRU):

La coordinación integral de la red de urgencia se encuentra descrita en el documento **Protocolo de coordinación integrada de la red de urgencia de la región de Coquimbo en contexto pandemia**, aprobado por Resolución Exenta N°1179 del 24.03.2021.

3.1.2 Ampliación de los horarios de SAPU y SAR

En el escenario pandémico actual, y dada la necesidad de reconvertir camas hospitalarias de mayor complejidad para atender los requerimientos de atención de pacientes COVID (+), se ha hecho necesario modificar el normal

funcionamiento de los dispositivos de urgencia del nivel primario. Tal como se establece en la orientación técnica, durante períodos regulares los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) funcionan a partir de las 17:00 hasta las 24:00 horas de lunes a viernes y desde las 8:00 a las 24:00 horas durante fines de semana y festivos. Por su parte, los SAPU de alta resolutiveidad (SAR) funcionan a partir de las 17:00 hasta las 08:00 horas de lunes a viernes y 24 horas durante fines de semana y festivos.

No obstante, lo anterior, y ante el escenario de alta saturación de las UEH, ha sido necesario generar la ampliación de los horarios de funcionamiento de los SAR y de al menos 1 SAPU en las comunas de Coquimbo, La Serena y Ovalle, llevando a que estos dispositivos puedan desarrollar sus actividades en modalidad 24x7. Este cambio ha permitido, junto a otras estrategias de contención de la demanda de atención, redirigir pacientes C3 (moderada gravedad) a los SAR y pacientes C4-C5 (leves) hacia los SAPU activados. Esta definición está sujeta a una constante revisión, pudiendo generarse la activación de otros SAPU en modalidad 24x7 en casos de una mayor saturación del sistema hospitalario.

3.1.3 Implementación de Unidades de observación prolongada (UOP)

En el caso de aquellos pacientes que requieran de observación prolongada en un servicio de urgencias de alta resolutiveidad (SAR) para optimización del estado clínico, se sugiere que esta observación se prolongue hasta por un **máximo de 6 horas**, siendo importante realizar un estrecho seguimiento para detectar eventual deterioro clínico durante este período. Este tiempo se ha definido para iniciar la gestión precoz de una cama en el caso de pacientes con escasa respuesta al manejo inicial, evitar bloquear de manera indefinida los boxes disponibles para la atención de pacientes respiratorios y disminuir las posibilidades de requerimientos adicionales para los que los dispositivos del nivel primario no han sido ideados (alimentación, aseo y confort, prevención de caídas, entre otras condiciones); sin embargo, en aquellos casos en que no exista la posibilidad de una derivación oportuna, será necesario disponer de un plan alternativo que permita recoger las situaciones antes señaladas, para el adecuado cuidado de los pacientes en esa situación.

El Equipamiento para cumplir con condiciones mínimas en una UOP es:

- Red de oxígeno.
- Oxímetro de pulso, idealmente, de uso permanente o que permita un control seriado con frecuencia 4 a 6 veces/hora.
- Sistemas desechables de un solo uso para la administración de

oxígeno.

- Vía venosa para hidratación parenteral.
- Almohadillas que permitan posición prono tipo “nadador” o colchones.
- Servicios higiénicos cercanos, de uso exclusivo para pacientes, recolectores urinarios (chata y pato), siguiendo protocolos de limpieza y desinfección o desechables
- Carro o kit de intubación rápida (descrito en ítem de intubación), propender a que material de contenedor de kit de intubación tenga superficie lavable.
- Sistema de registro estadístico con el archivo de atenciones realizadas.
- Dar cumplimiento a REAS.
- Camilla con sistema de prevención de caídas (frenos y barandas).
- Separación mínima entre las camillas de 1 metro.
- Cumplir las circulares para el manejo de pacientes, en términos de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Ventilación natural o artificial

Para el buen funcionamiento de la UOP, deberá contar con un equipo conformado por médico, enfermera, kinesiólogo y TENS.

3.2. TRIAGE Y DIFERENCIACIÓN DE FLUJOS DE CIRCULACIÓN EN DISPOSITIVOS DE URGENCIA DE APS

Durante la pandemia las unidades de emergencia han adaptado una serie de medidas para absorber la demanda, manteniendo las normas de calidad y seguridad para los pacientes.

Se ha implementado a la entrada del Servicio de urgencia de APS un pre-triage para redireccionar los flujos de circulación de los pacientes.

Las salas de espera y el espacio donde se realiza la atención médica y tratamiento, se mantienen con flujos separados y diferenciados para la atención de pacientes con sospecha de cuadro respiratorio versus no respiratorios, desde su admisión hasta el alta, de acuerdo a los lineamientos ministeriales vigentes en ORD.3849/2020. ²

² Subsecretaría de redes asistenciales. Minsal. Actualización y consideraciones en los lineamientos generales de flujo para atención en unidades de emergencia Hospitalaria en contexto covid19

Una vez que se entregan los antecedentes en admisión, se realiza el Triage de Categorización para discriminar la urgencia de evaluar cada caso. El categorizador puede ser indiferenciado, siempre que cumpla con las medidas adecuadas de protección personal (según normativa ministerial vigente ORD. C37 N°1-2-4 /2020) y de la limpieza y desinfección de las unidades de atención aplicando procedimientos y desinfectantes según lo señalado por la circular C37 N10, entre cada paciente, por lo que se recomienda tomar control de signos vitales solo a los pacientes que lo requieran (C3).

Una vez que se entregan los antecedentes en admisión, se realiza el Triage de Categorización para discriminar la urgencia de evaluar cada caso. El categorizador puede ser indiferenciado, siempre que cumpla con las medidas adecuadas de protección personal (según normativa ministerial vigente ORD. C37 N°670/2020³) y de la reutilización del espacio para la atención entre cada paciente, por lo que se recomienda tomar control de signos vitales solo a los pacientes que lo requieran (C3).

3.3. MANEJO CLÍNICO INICIAL DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN URGENCIA DE APS.

Todo paciente con un cuadro respiratorio agudo puede estar infectado con SARS-CoV-2, por tanto, es importante realizar screening y aislarlo.

Durante la evaluación inicial, además de realizar anamnesis y examen físico, en caso de sospecha de neumonía, es recomendable aplicar categorización del nivel de apremio ventilatorio, Cabrini Respiratory Strain Score (CAB-RSS). Tabla N°1.

Tabla N°1 Score CRB-65⁴

Score CRB-65	Mortalidad (%)	Recomendación
0	0,9	Muy bajo riesgo de muerte; usualmente no requiere hospitalización
1	5,2	Riesgo incrementado de muerte, considerar hospitalización
2	12	
3 ó 4	31,2	Alto riesgo de muerte, hospitalización urgente

³ Subsecretaría de redes asistenciales. Minsal. Herramientas para evaluar el estado de la implementación de medidas de prevención IAAS asociadas al SARSCOV2.

⁴ Fuente: Subsecretaría de Redes AsistencialesDivisión de Atención Primaria. MINSAL. Oxigenoterapia y Manejo de pacientes covid-19 con insuficiencia respiratoria aguda desde la APS a servicios de urgencia hospitalarios y camas críticas.

CRB-65: Confusión (confusión (1pto), Respiratory rate (frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto 1 pto.), Blood pressure (presión arterial: PAS menor a 90 mmHg o PAD menor a 60 mmHg. 1pto), 65 años o más (1pto).

Se recomienda tomar los siguientes exámenes, los que forman parte de la cartera de los dispositivos de SAR:

Radiografía de Tórax.

Hemograma.

Proteína C Reactiva.

Gases arteriales.

Electrocardiograma.

Calcular PaFi (si disponible) o SaFi.

A partir de la evaluación inicial CRB, y siguiendo criterios de severidad de enfermedad utilizados por organismos internacionales, se propone categorizar por riesgo a los pacientes con síntomas respiratorios y/o insuficiencia respiratoria aguda en contexto de pandemia COVID-19, según los resultados de la evaluación clínica descrita en tabla N°2, se proponen las siguientes conductas:

Tabla N° 2. Categorías de riesgo para pacientes con IRA en servicios de urgencia contexto COVID-19⁵

Evaluación de riesgo	Descripción clínica	Conducta
Riesgo Bajo	CRB-65 0-1 y signos vitales Normales	Manejo en domicilio y seguimiento.
Riesgo Moderado	CRB-65 1 -2 o 1 o más factores de riesgo de malpronóstico en pacientes COVID 19 y SatO2 <94% con O2 ambiental	Manejo inicial. Mantener en observación en centro desalud. Definir conducta de acuerdo con respuesta a medidas y disponibilidad de red hospitalaria.
Riesgo Alto	CRB-65 3 – 4.	Derivación inmediata a urgencia hospitalaria, si esto no es posible, mantener en observación en centro desalud y monitorizar frecuentemente hasta lograr la derivación a urgencia hospitalaria.

Es importante relevar el criterio clínico, debiendo considerarse como factores, la edad del paciente y las comorbilidades, puesto que algunas enfermedades crónicas como enfermedad cardiovascular y enfermedad pulmonar crónica,

⁵ Fuente: Adaptado de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Protocolo de manejo clínico de pacientes COVID-19 en unidad de observación prolongada (UOP) en la atención primaria de salud (APS), 2020.

neoplasias, cuentan con evidencia de ser importantes factores de riesgo independientes, de peor pronóstico clínico y mortalidad intrahospitalaria, al igual que la edad avanzada. También considerar como factores de riesgo la obesidad mórbida, la enfermedad renal crónica y daño hepático crónico, tabaquismo activo e inmunosupresión.

3.3.1 Admisión a UOP

De acuerdo a la evaluación inicial, los pacientes con riesgo moderado y alto, según *categorías de riesgo para pacientes con IRA en servicios de urgencia contexto COVID-19* (Tabla N°2), serán ingresados a UOP para manejo inicial y observación de la evolución a las intervenciones realizadas en los primeros 60 a 120 minutos (Anexo N°1 resumen del manejo de paciente IRA en contexto covid19).

3.3.2 Seguimiento y evaluación clínica en UOP

1. Establecer vía de comunicación formal con familiares o acompañantes
2. Identificar al ingreso a un responsable del paciente.
3. Generar indicaciones de cuidado:
 - a. Control de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, y si es pertinente, hemoglucotest en pacientes diabéticos).
 - b. Oxigenoterapia.
 - c. Posición.
 - d. Régimen alimentario.
 - e. Hidratación.
 - f. Esquema farmacológico habitual del paciente.
4. Implementar sistema de identificación de pacientes durante el periodo de estancia del usuario
5. Se debe considerar el cambio de mascarilla del paciente cada 2-4 horas, en caso de que se le esté administrando oxígeno.
6. Registrar toda intervención del equipo de salud, registrando fecha y hora de ejecución.

Es importante recordar que esto debe ser complementado con la respectiva evaluación de severidad de posibles descompensaciones de enfermedades crónicas, por lo que deberá primar la estabilidad clínica del paciente.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Página 11 de 36
	MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Subdirección de Atención Primaria

En esta etapa se debe considerar además el grupo de pacientes de alto riesgo en quienes se puede plantear la adecuación del esfuerzo terapéutico. Se trata de pacientes dependientes severos, portadores de enfermedades terminales u otras condiciones de gran fragilidad en quienes se debe discutir con la familia la conducta frente al deterioro de la condición clínica, especialmente ante la decisión de traslado a un servicio de mayor complejidad. Frente a condiciones de muy mal pronóstico es recomendable considerar y discutir con la familia la alternativa de cuidados paliativos evitando el alejamiento del paciente de sus seres queridos.

3.3.3 Alimentación

En una primera instancia se promoverá régimen cero, sujeto a la condición de riesgo el paciente, o régimen hídrico de ser necesario. En caso de requerir alimentación, se recomienda un régimen con restricción de hidratos de carbono y se deberá propender a generar alimentos tipo colaciones (anexo N°2), con todos los elementos desechables que disminuyan el riesgo de contagio en la preparación, consumo y eliminación, lo que deberá ser gestionado localmente con algún proveedor que pueda otorgar el servicio y posteriormente rendido para el reintegro del gasto. No se recomienda que los familiares del paciente brinden la alimentación dado que, se generará un aumento en el tránsito y flujo de personas circulantes en el dispositivo de salud.

3.3.4 Necesidades básicas, Aseo y confort

Se deberán disponer servicios higiénicos de uso exclusivo para los pacientes diferenciados para usuarios respiratorios, que deberán cumplir protocolos internos de limpieza y desinfección acorde a las circulares emanadas por el MINSAL, se deberá propender además de dispositivos de contenedor urinario (tipo chata o pato) desechables, en aquellos casos que no sean suficientes los existentes, dejando establecido el procedimiento de eliminación

En caso de no disponer de contenedores desechables (patos y chatas), establecer el procedimiento de descarga de estos en lugar específico, así como lugar para realizar procedimiento de limpieza y desinfección.

Respecto del abrigo de estos pacientes, se establecerá una coordinación con el EAR correspondiente, para definir el procedimiento que permita disponer de frazadas limpias según requerimiento.

3.3.5 Prevención de caídas y LPP

Si bien las UOP funcionarán en aquellos boxes destinados para la atención de pacientes respiratorios, debido a que permiten aislar a dichos pacientes, es muy importante disponer de camillas con baranda y frenos, además de establecer un sistema de vigilancia; el cual permita establecer el riesgo de los pacientes y sus respectivas medidas de prevención; a fin de mitigar o evitar los eventos adversos asociados a la atención de salud, como caídas, debido a que la infraestructura disponible no fue proyectada para esos fines. En el contexto de enfermos que deben ser monitorizados permanentemente, es necesario incorporar esta variable dentro de la valoración del paciente, utilizando escalas de evaluación de riesgo y las medidas de prevención según el tipo de riesgo.

3.3.6 Tratamiento de factores modificables que aumentan el trabajo respiratorio

a) Fiebre: la fiebre genera un aumento del metabolismo y por ende un aumento de la demanda ventilatoria y del esfuerzo respiratorio del paciente. Adicionalmente, los calofríos que se asocian a la fase de ascenso de la temperatura, pueden producir un aumento aún mayor de la demanda ventilatoria, asociándose a mayor hipoxemia y gatillando episodios de descompensación aguda del paciente. La fiebre debe ser prevenida y manejada con antipiréticos. La alternativa más segura es el Paracetamol en dosis de 1 gramo cada 8 horas por vía oral. Adicionalmente, si el paciente presenta calofríos intensos que deterioran su condición, estos pueden ser abolidos con la administración endovenosa de AINE (Metamizol 1g, Ketorolaco 30 mg) diluido en 250 ml de suero fisiológico administrados en 30 minutos. El uso de Metamizol debe evitarse si el paciente está hipotenso.

b) Cetoacidosis diabética: la acidosis metabólica es un potente estímulo del centro respiratorio que lleva al paciente a hiperventilar para intentar compensar la acidosis, lo cual puede contribuir a agravar una insuficiencia respiratoria. En pacientes diabéticos que presentan hiperglicemia al ingreso, se recomienda evaluar presencia de cetosis mediante tira reactiva de orina o feto cetósico. Se recomienda:

- i) iniciar hidratación prefiriendo la vía oral si se tolera
- ii) controlar evolución con HGT seriado y nueva tira reactiva.
- iii) mantener esquema farmacológico hipoglicemiante habitual del paciente
- iv) indicar régimen alimenticio restringido en hidratos de carbono.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 13 de 36 Subdirección de Atención Primaria
--	--	---

v) El uso de insulina cristalina frente a un mal manejo inicial debe realizarse con mucha cautela solo si existe disponibilidad de laboratorio de apoyo, especialmente medición de potasio plasmático.

La necesidad de manejo metabólico se considera un criterio independiente para priorizar derivación a un centro asistencial de mayor complejidad.

c) Congestión pulmonar: la Neumonía y el Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) por Covid-19 se asocian a un aumento de permeabilidad pulmonar que favorece el desarrollo de edema, este a su vez contribuye al deterioro del intercambio gaseoso. Para evitar agravar el cuadro se recomienda **evitar la administración excesiva de fluidos**, particularmente de aquellos que contienen sodio. La administración de cristaloideos (NaCl 0,9% o Ringer Lactato) sólo se justifica en caso de evidencia de deshidratación, hipovolemia o en contexto de compromiso hemodinámico. Los “sueros de mantención” deben usarse de manera cautelosa para mantener el balance hídrico. Los pacientes más comprometidos en este aspecto pueden requerir medición de diuresis para regular el aporte de volumen. Se recomienda la instalación de una vía venosa dependiendo de la estabilidad hemodinámica del paciente.

d) Disnea: la disnea es una sensación subjetiva que puede ser explicada por un esfuerzo respiratorio aumentado, pero que a la vez puede contribuir a dicho aumento. Esta puede ser valorada mediante escalas (0-10). La disnea se puede tratar corrigiendo factores desencadenantes como la hipoxemia o la fiebre, pero también favoreciendo la posición **decúbito prono** del paciente.

e) Obstrucción bronquial: En pacientes con antecedentes conocidos de Asma y EPOC, se debe considerar manejo broncodilatador (esquema inhaladores), corticoides por períodos breves y uso de antibióticos según criterios clínicos en subpoblaciones de riesgo (EPOC) de acuerdo a guías actuales.

f) Ansiedad: este síntoma frecuentemente se presenta en los pacientes que están con dificultad respiratoria. La ansiedad puede estimular al centro respiratorio generando un aumento del esfuerzo y frecuencia respiratoria. La ansiedad debe manejarse corrigiendo los factores gatillantes, acompañando al paciente y promoviendo un ambiente tranquilo. Se recomienda favorecer el contacto del paciente con su familia a través de información periódica y videollamadas. Se debe evitar el uso de fármacos que puedan deprimir el sistema nervioso central.

3.4 DERIVACIÓN Y TRASLADOS DE PACIENTES DESDE LA UOP DEL SAR A HOSPITALES DE REFERENCIA

Para definir la oportunidad de traslado desde la UOP a un servicio de urgencia hospitalaria, se recomienda la estratificación de los pacientes a los **60-120 min.** de iniciado el manejo en atención primaria, los parámetros de evaluación y la conducta recomendada se presentan la tabla N°3.

Los pacientes de la UOP que evolucionen desfavorablemente, según las categorías de riesgo alto o inminente mencionadas en la tabla N°3, requerirán intervenciones de mayor complejidad, beneficiándose de un traslado hacia una urgencia hospitalaria para continuar su manejo. Este traslado debe ser ante todo seguro (con certeza de que el paciente podrá ser recibido en la urgencia hospitalaria), óptimo (habiendo iniciado medidas terapéuticas intensas, y en lo posible, con un transporte médico avanzado) y oportuno (cuando las intervenciones disponibles en la UOP se vuelven insuficientes para manejar al paciente).

Tabla N° 3 Nivel de manejo del paciente con síntomas respiratorios y/o IRA y criterios de derivación urgencia en contexto COVID-19⁶

Evaluación Descripción clínica de riesgo		Conducta
Riesgo Bajo	Paciente que presenta: - FR < 20/min. - Requerimiento de O2 para mantener SatO2> 92-96%; SatO2 >88-94% en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica; embarazada SatO2 >94%: < 3 L/min por naricera. - FiO2 < 35% por mascarilla Venturi. - Sin uso de musculatura accesoria. - Cambios de posición laterales y posición sentada 30°. Norequiere prono vigil.	Mantener en observación hasta resolución del cuadro o agravamiento.
	Reevaluar a las 3-6 horas de iniciado manejo	
	Paciente que presenta: - FR ≤ 22 min sin requerimientos de O2. - SatO2> 92-96%; SatO2 >88-94% en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica; embarazada SatO2 >94%: sin requerimientos de O2 por 1 hora. - Sin uso musculatura accesoria. - Hemodinamia estable. - Sin compromiso del sensorio.	Manejo ambulatorio. Evaluar medidas de seguimiento: observación prolongada en SAR , hospitalización domiciliaria, Atenciones domiciliarias

⁶ Fuente: adaptado del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Protocolo de manejo clínico de pacientes COVID-19 en unidad de observación prolongada (UOP) en la atención primaria de salud (APS), 2020.

Riesgo Moderado	Paciente que presenta: - FR 25-30/min. - Requerimiento de O2 para mantener SatO2 > 92-96%; SatO2 >88-94% en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica; embarazada SatO2 >94%: <3 L/min por naricera. - FiO2 < 35% por mascarilla Venturi. - Sin uso de musculatura accesorio. <u>Requiere y responde a prono vigil</u>, tolera descansar un par de horas en supino sin manifestar signos de severidad.	Derivar a centro hospitalario si cuentan con capacidad. En caso contrario, mantener en observación prolongada y definir conducta según evolución. Mantener posición prona el mayor tiempo que el paciente lo pueda tolerar
Riesgo Alto	Paciente que responde bien a prono vigil pero tolera mal paso a posición supino (FR> 30/min, o requerimiento de O2 mayor a > 50% para mantener SatO2 para meta, o uso de musculatura accesorio).	Contacto con hospital (HO_HLS-HSP y HI) de referencia para gestión de traslado dentro de las próximas 6 horas. Considerar traslado en ambulancia de alta complejidad. Mantener en prono vigil.
Riesgo inminente	Paciente que: - A pesar de prono vigil o que no habiendo tolerado esta posición presenta: - FR > 35/min, o - Requerimiento de O2 mayor a 65% para SatO2 >92%, o - Uso de musculatura accesorio, respiración paradójica, sudoración, compromiso de conciencia, o mala perfusión periférica	Derivación urgente a centro hospitalario con capacidad resolutiva dentro de las próximas 2 horas. Considerar traslado en ambulancia de alta complejidad. En caso de mejoría parcial en prono vigil, evaluar riesgo beneficio de derivar en esta posición.

Se recomienda que el equipo clínico de la UOP cuente con un contacto periódico y fluido con el regulador de CIRU (médico o profesional no médico regulador del SAMU), a quién se le deberá informar el estado de los pacientes con riesgo moderado y alto que están a la espera de traslado a la UEH desde la UOP de los SAR. Este profesional CIRU además estará a cargo de gestionar las derivaciones de pacientes a los dispositivos de urgencia que pueda recepcionarlo, basado en el nivel de saturación, disponibilidad de camillas, cartera de prestación, complejidad del paciente, entre otros. Antes de trasladar a cualquier paciente a otro punto de la red, se deberá contar con el cupo autorizado por el profesional

CIRU y una vez obtenido el cupo, se deberá contactar telefónicamente al equipo clínico del establecimiento receptor, informando respecto de la autorización para el traslado otorgada por el gestor CIRU y para presentar al paciente.

El equipo de turno, además, deberá entregar el reporte diario de los pacientes ingresados a UOP en plataforma de MINSAL:

<https://es.surveymonkey.com/r/LevantamientoDiarioUOP> con copia a la referente de urgencia de APS del servicio de Salud a las 9:00 am.

3.5 OXIGENOTERAPIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE URGENCIA DE APS

La OMS recomienda la suplementación de oxígeno y evaluar manejo de vía aérea en pacientes que cumplan con alguna de las siguientes características:

- Signos de alarma: apremio ventilatorio, distress respiratorio severo, cianosis central, shock, coma y/o convulsiones.
- A cualquier paciente sin signos de alarma y SatO2 <92%.

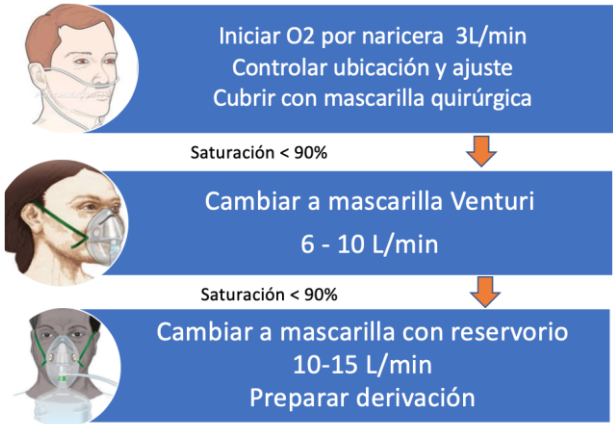
La administración de O2 debe ser realizada a partir de mecanismo óptimo de acuerdo con las características del paciente (tabla N°4), los cuales se describen a continuación:

-Adultos: manejo de la vía aérea y oxigenoterapia buscando alcanzar SatO2 92-96%, $\geq 94\%$ en embarazadas y SatO2 88-94% en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.

-Niños: manejo de vía aérea y oxigenoterapia para SatO2 $\geq 94\%$. Preferir uso de naricera, ya que es mejor tolerada en este grupo.

En caso de saturación de oxígeno <92%, se sugiere iniciar oxigenoterapia vía naricera, con flujo de 1 a 6 lt/minuto. Si saturación de paciente mejora y su frecuencia respiratoria es adecuada, mantener O2 por naricera y reevaluar. En caso de No tener respuesta se recomienda escalar en soporte respiratorio de acuerdo al siguiente flujo:

Algoritmo para la administración de oxígeno:



Se recomienda que, durante toda oxigenoterapia, incluida aquella a realizar con cánula vestibular binasal (naricera) y mascarilla Venturi, se debe indicar al paciente el uso de mascarilla quirúrgica con fin de disminuir la aerolización.

El nivel de dispersión de aerosoles de cada dispositivo de administración se detalla en el anexo N°3.

Es importante considerar los niveles recomendados de uso de dispositivos de entrega de Oxigenoterapia en SAR, SAPU, SUR son: cánula vestibular binasal (naricera) y Mascarilla de reservorio no recirculación (MNR) y Mascarilla tipo Venturi (anexo N°4).

No es recomendable usar oxigenoterapia de alto flujo en APS, ya que se trata de técnica de oxigenoterapia reservada a servicios de urgencia hospitalarios y unidades de pacientes críticos (Digera: factibilidad de uso de técnicas de alto flujo de O2 en atención primaria).

3.6 POSICIÓN “PRONO VIGIL” PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LA RED ASISTENCIAL

Esta estrategia se realizará en áreas especialmente implementadas para este fin y destinadas a pacientes COVID-19, independiente de las áreas críticas convencionales. Adicionalmente, de organizar a los pacientes en cohortes, esta estrategia requiere de una dotación de personal mucho menor a la de una unidad de cuidados intermedios.

Técnica

Monitorizar a los 15 minutos saturación de oxígeno, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, FiO2/litros de oxígeno, tolerancia, escala de disnea y conciencia. Si paciente tolera bien los primeros 15 minutos (SatO2 92-96% 88-94% sin riesgo de hipercapnia, cómodo, cooperador) indicar cambio de posición cada 2 horas, según criterio clínico. En caso de no tolerancia, reevaluar

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	Página 18 de 36
	MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Subdirección de Atención Primaria

conexión de oxígeno estable, aumentar aporte de O2, cambiar de posición, considerar supinar (anexo N°5) y considerar traslado a unidad paciente crítico.

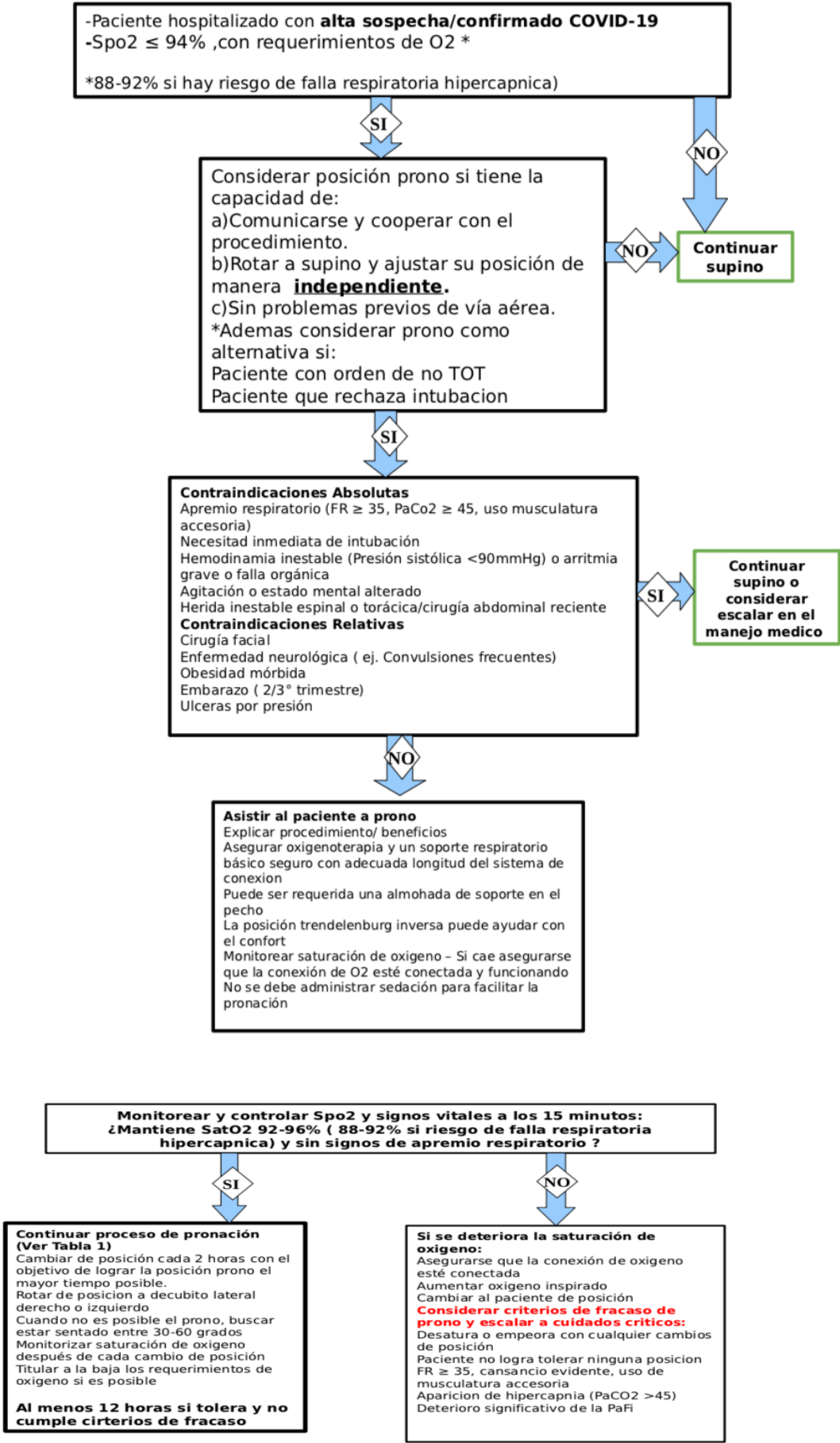
No continuar si no hay mejoría con cambio de posición, paciente no tolera posición, esfuerzo ventilatorio importante.

Evaluación desde la primera media hora: Frecuencia respiratoria, mecánica respiratoria, escala de disnea, gases arteriales (si se dispone), perfusión clínica, disfunción de otros órganos.

Es muy importante disponibilizar al paciente un mecanismo de comunicación rápida y eficiente, en caso de requerir de asistencia de personal clínico.

En aquellos pacientes con adecuada respuesta, mantener prono vigil y soporte ventilatorio. Si se mantiene buena respuesta, evaluar disminución progresiva de uso hasta lograr suspensión, según protocolo. Si la respuesta es desfavorable considerar **urgente** derivación a nivel hospitalario o ingreso a UPC.

Algoritmo para el proceso de pronación vigil



	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 20 de 36
		Subdirección de Atención Primaria

3.7 RECOMENDACIONES DE INTUBACIÓN RÁPIDA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID 19

De acuerdo con los reportes y estadísticas derivados de centros que manejan COVID-19, el 5% de los pacientes requieren soporte ventilatorio, por lo tanto, será necesario realizar manejo de la vía aérea.

No se recomienda que los servicios de urgencia de atención primaria realicen intubación orotraqueal, a no ser que fracaso respiratorio sea inminente. La intubación debe realizarse lo antes posible, ante el riesgo de deterioro rápido del paciente, mientras se realizan las coordinaciones para el traslado del paciente.

Se debe considerar la intubación oro traqueal cuando el paciente presenta:

- Uso persistente de musculatura accesoria.
- Taquipnea >30 rpm persistente
- Hipoxemia refractaria: Saturación de O₂ < 90% pese a oxígeno suplementario (FiO₂ ≥50%)
- Insuficiencia respiratoria aguda con criterios de Shock
- Agitación o compromiso de conciencia

3.7.1 Preparación

- a) Prepare elementos de vía aérea
- b) Instale 2 vía venosas
- c) Monitorización estándar de acuerdo a condición clínica y escenario.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 21 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	---	--

d) Paciente en posición rampa (elevación de la cabeza 10 cm.)

e) Pre oxigenación máxima por 5 min al 100%, uso de mascarilla con reservorio.

f) Evaluación de vía aérea a todo paciente con requerimientos de O₂ aumentado (FiO₂>50%) y apremio ventilatorio. Se recomienda utilizar el score MACOCHA:

-Mallampati III ó IV 5 ptos. (Visualización de estructuras anatómicas faríngeas con el paciente en posición sentada y la boca completamente abierta y sin fonar clasificando como:

Clase I: visibilidad del paladar blando, úvula y pilares amigdalinos

Clase II: visibilidad del paladar blando y úvula

Clase III: visibilidad del paladar blando base de la úvula

Clase IV: imposibilidad para ver el paladar blando)

-Apnea obstructiva del sueño 2 ptos.

-Movilidad cervical disminuida 1 pto.

-Apertura bucal < 3 cms 1 pto.

-Coma 1 pto.

-Hipoxemia (saturación <80%)

3.7.2 Inducción secuencia rápida

-Fentanilo 2 mcg/kg bolo. Se puede titular en rango 2-4 mcg/kg.

-Inductores: ketamina 2 mg/kg. o Alternativos: Etomidato 0,3 mg/kg/dosis. De acuerdo a disponibilidad local. Propofol 1-2 mg/kg. Considerar todo inductor puede provocar hipotensión. Prepare adrenérgico para el manejo de la hemodinamia.

-Relajante muscular: Rocuronio 1,2 mg/kg o Succinilcolina 1,5mg/kg. Reserve Rocuronio 1,2 mg/kg para casos particulares para preservar stock escaso en

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 22 de 36
		Subdirección de Atención Primaria

pandemia. En caso de no disponer de Rocuronio o succinilcolina, podría usar Atracurio 0,6 mg/Kg (considere latencia de acción más prolongada).

-Vasopresor a mano para asegurar manejo de hipotensión: epinefrina amp. (1 mg/ml) dosis inicial intravenosa en bolo 1mg (0,01-0,02mg/kg).

3.7.4 Procedimiento

Luego de preoxigenación e inducción endovenosa con drogas definidas.

Mantener al paciente semisentado hasta la infusión de drogas.

Maniobra de laringoscopia a los 60 segundos en condiciones óptimas.

Considerar uso de introductor de TET (bougie) en el primer intento. Luego de intubación, inflar cuff, conectar a ventilador mecánico con capnógrafo funcionando para verificar adecuada posición del TET.

Ventilar solo frente a desaturación inminente. Privilegiar ventilación con uso de dispositivo supraglótico antes de ambuMR. Si se utiliza este último, realizar maniobra a 4 manos para asegurar el selle. Si se han agotado 2 intentos, no hay posibilidad de intubación, asegurar ventilación y considerar vía aérea quirúrgica.

3.7.5 Equipamiento mínimo recomendado Carro o Caja de Intubación:

1. Laringoscopio (de preferencia hojas desechables)
2. Tubos endotraqueales (TET) de tres tamaños que se adapten al paciente
3. Cuffómetro o Jeringa de 5 ml para inflar cuff de TET
4. Conductor de TET
5. Introductor de TET (GUM Bougie)

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 23 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	---	--

6. Aspiración rígida y flexible
7. Cánula nasofaríngea (mayo)
8. Dispositivo supraglótico, máscara laríngea
9. Equipo de ventilación manual (de preferencia desechable)

Por tratarse de un procedimiento generador de aerosol de alto riesgo debe realizarse bajo ciertas condiciones que disminuyan al máximo la exposición del personal sin comprometer la seguridad y eficacia que se requiere para el procedimiento.⁷

Las condiciones generales que deben cumplirse corresponden a las siguientes:

- a. La habitación debe contar con sistema de ventilación forzada. Idealmente con presión negativa, con recambios de aire de al menos 12 veces/hr.
- b. Verificar que la habitación esté preparada con conexiones a oxígeno, aspiración funcionando, monitor encendido.
- c. El número de personas que participaran del procedimiento debe ser el menor posible. Se debe evitar también el intercambio de ella Se sugiere 2 médicos, enfermero/a y TENS a cargo de paciente en el lugar donde se decida realizar la intubación.
- d. Contar con cajas o kit preparados que contengan los insumos necesarios para realizar los procedimientos de intubación e instalación de vías venosas dentro de la habitación.
- e. Contar con dispositivos para desecho de insumos y para material reutilizable bien identificados.

⁷ Según lo establecido en Circulares C37 N°1

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 24 de 36
		Subdirección de Atención Primaria

Asegurar comunicación efectiva desde la habitación hacia el exterior. El uso de los EPP produce gran dificultad, por lo tanto, es necesario el uso de intercomunicadores, pizarras o lo que se determine a nivel local.

Con respecto al manejo de ambu y hojas de laringoscopio, cada centro debe definir, de acuerdo a las características de dichos dispositivos o a las instrucciones de cada DESAM si uso será desechable, o bien esterilizables o los someterán a DAN, para dar cumplimiento a la NT N°199.

3.6 Ventilador mecánico:

- Ventilador conectado a O2, probado en modo Pausa
- Filtro bacteriano + humidificador en conexión de circuito
- Sonda aspiración tipo Trach Care conectada a corrugado.
- Capnógrafo conectado al circuito cuando está disponible

3.7 SEDO ANALGESIA

Ante la contingencia, en caso de que la intubación sea el único mecanismo para manejo de vía aérea, se han agregado fármacos al arsenal farmacológico de SAPU/SAR, aprobado por RES.0282/2021⁸, a los SAR, para el manejo de la sedo analgesia (tabla N°5), entre otros (Anexo N°6).

⁸ Seremi de salud Región de Coquimbo. Arsenal Farmacológico CESFAM, SAPU y Postas rurales.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 25 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Para una adecuada utilización de este tipo de fármacos, se recomienda utilizar escalas objetivas de evaluación del dolor como la CPOT o BPS y de sedación como la SAS o RASS.

En los pacientes que pueden comunicarse apropiadamente y son capaces de informar por sí mismos su dolor, se debe considerar como prioritario el empleo de escalas de autoreporte, la que se recomienda es la Escala de Calificación Numérica (*Numerical Rating Scale*, NRS) oral (0 a 10 puntos), se considera dolor significativo una puntuación ≥ 4 en la NRS. No obstante, cuando los pacientes no puedan usar una escala con formato numérico, se puede considerar el uso alternativo de la Escala visual (VDS) (sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor severo, dolor extremo).

En pacientes que no se encuentren en condiciones de autoreportar su dolor por limitaciones en su capacidad de comunicarse (déficit neurocognitivo, uso de tubo endotraqueal) y/o alteración de consciencia (sedación profunda), es preferible considerar la evaluación de aspectos conductuales como la expresión facial, agitación o postura y sincronía con el ventilador, la escala más utilizada es la BCP (tabla N°), tiene un mínimo de 3 puntos, en ausencia de dolor y máximo dolor 12 puntos. Se considera dolor significativo una puntuación ≥ 6 .

Tabla N° 5. Escala Conductual del Dolor BPS.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 26 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Expresión facial	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
Movimiento de miembros superiores	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
Adaptación a la ventilación mecánica	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4
Ausencia de dolor = 3 puntos. Máximo dolor = 12 puntos.	

Fuente: SOCHIMI.2020

Los hipnóticos afectan los desenlaces clínicos, por lo que cobra especial relevancia su monitorización sistemática a través de instrumentos validados que midan la profundidad de la sedación, reacción a estímulos, grado de agitación, y que tengan baja variabilidad Inter observador. Las escalas más robustas y utilizadas son la *Sedation-Agitation Scale (SAS)* y *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*.

Tabla N° 6. Escala de Sedación y agitación (SAS)

PUNTUACION	TERMINO	DESCRIPCION
7	Agitación peligrosa	Intenta la retirada del tubo endotraqueal y de los catéteres. Intenta salirse de la cama, arremete contra el personal
6	Muy agitado	No se calma al hablarle, muerde el tubo endotraqueal, necesita contención física
5	Agitado	Ansioso o con agitación moderada, intenta sentarse, pero se calma al estímulo verbal
4	Calmado y cooperador	Calmado o fácilmente despertable, obedece órdenes
3	Sedado	Difícil de despertar, se despierta con estímulos verbales o con movimientos suaves, pero se vuelve a dormir enseguida. Obedece órdenes sencillas
2	Muy sedado	Puede despertar con estímulo físico, pero no se comunica, ni obedece órdenes. Puede moverse espontáneamente
1	No despertable	Puede moverse o gesticular levemente con estímulos dolorosos, pero no se comunica ni obedece órdenes

Tabla N°7. Fármacos Sedoanalgesia disponibles en SAR son los siguientes.

	FÁRMACO	BOLO DIRECTO	DOSIS MANTENCIÓN	INICIO EFECTO	VIDA MEDIA
OPIOIDES	FENTANIL	20-100 mcg	0,5-4 mcg/kg/hr	<1min	2-4- hrs
	MORFINA	1-3 MG	0,03 mg/kg/hr	5-10 min	3-4 hrs.
BZD	MIDAZOLAM	0,07mg/kg	0,015-0,1mg /kg/hr	<1	3-4 hrs.
OTROS	PROPOFOL	10-50 MG	0,5-3,5 mg/kg/hr	<1 min	1-3 hrs.
	KETAMINA	50-100 mg	0,5-2 mg/kg/hr	<1	2,5 hrs.

3.8. USO DE DEXAMETASONA EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID19

La evidencia disponible sugiere que las personas con neumonía por COVID-19 con requerimientos de oxígeno podrían obtener un beneficio significativo del uso de dexametasona. Sin embargo, este efecto probablemente es menor al observado en personas que requieren ventilación mecánica.

Esto hace que el beneficio deba ser balanceado con el riesgo de efectos adversos. Si bien el uso de dexametasona probablemente es adecuado para la mayoría de las personas con COVID-19 y requerimientos de oxígeno, personas con alto riesgo de efecto adverso podrían NO beneficiarse.

En los estudios identificados se utilizó dexametasona en dosis bajas (6-20 mg al día) y por un periodo limitado de tiempo (no más allá de 10 días). No existe evidencia que sugiera que dosis más altas o por un periodo más prolongado pudieran ofrecer algún beneficio. Por el contrario, evidencia indirecta sugiere que una mayor exposición a corticoides podría aumentar los efectos adversos.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 28 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Así mismo, se desconoce si los beneficios observados con dexametasona son extensibles a otros esquemas de corticoides (por ejemplo, metil-prednisolona o hidroclortisona). por lo que nos recomienda administrarlos.

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 29 de 36
		Subdirección de Atención Primaria

4. REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultado 24 de marzo de 2021].
2. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Protocolo de manejo clínico de pacientes COVID-19 en unidad de observación prolongada (UOP) en la atención primaria de salud (APS), 2020.
3. Sochimi. Recomendaciones para la intubación de paciente con sospecha o confinación de covid 19. disponible en https://www.medicinaintensiva.cl/site/material_covid2021.php?id=25. (consultado 25 de marzo 2021).
4. Sochimi. Recomendaciones Sochimi en analgesia, sedación, delirium y bloqueoneuromuscular en pacientes críticos. Disponible en: <https://www.medicina-intensiva.cl/revista/articulo.php?id=5>. (Consultado 27 de marzo de 2021).
5. Minsal. Recomendaciones clínicas basadas en evidencia. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/> (Consultado 29 de marzo de 2021).

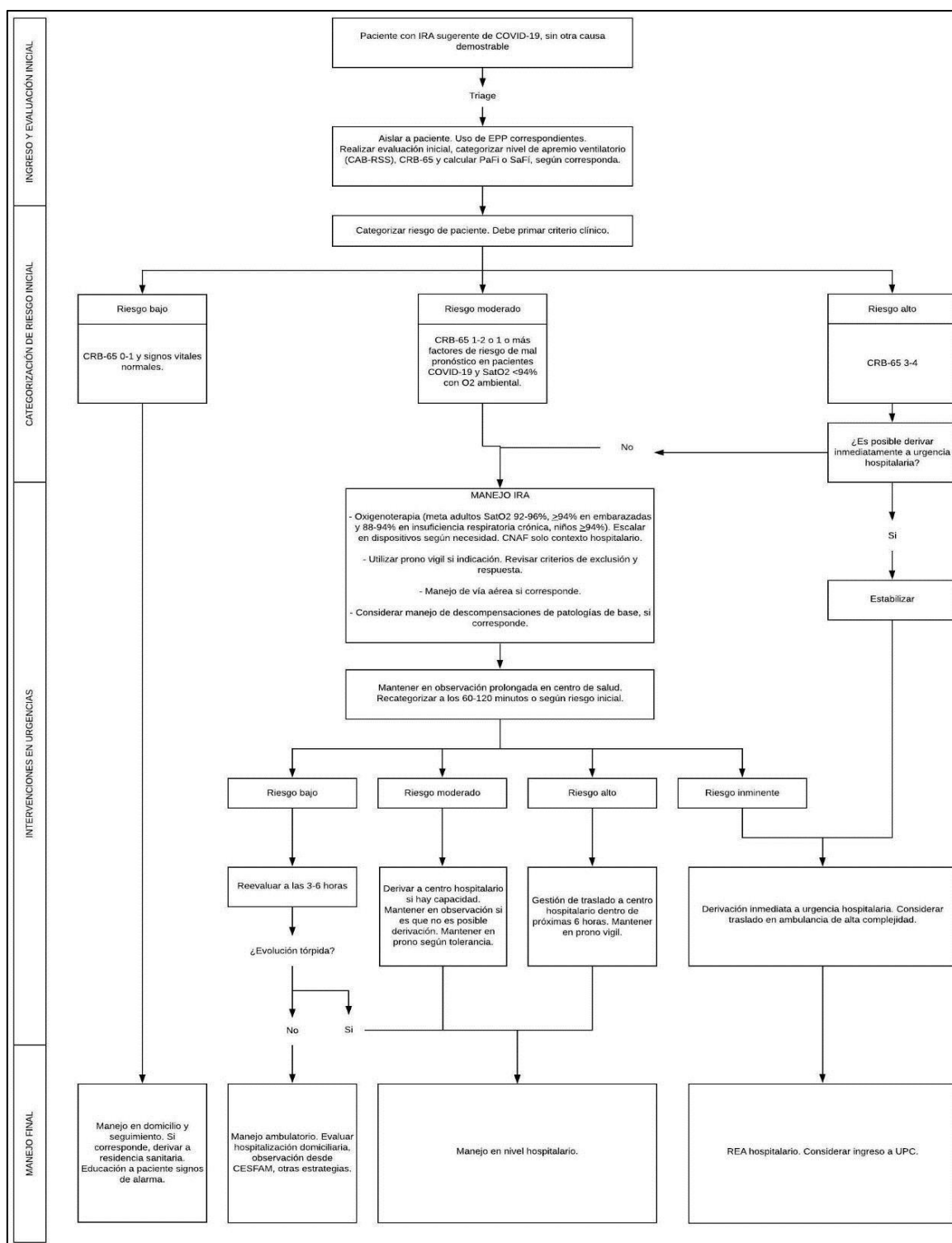
	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 30 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

5. ANEXOS

Nº1 Flujograma de resumen manejo IRA contexto COVID 19

MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19

Subdirección de Atención Primaria



	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 32 de 36
		Subdirección de Atención Primaria

Anexo N°2. Minuta de alimentación

ALIMENTO	HORARIO / TIEMPO DE COMIDA	CANTIDAD	RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL
ENSURE	ALMUERZO / CENA	237 ML (1 UNIDAD)	Nutrición especializada. Contiene proteína, carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales. Libre de lactosa, fibra y gluten. Ideal para pacientes con problemas gastrointestinales.
GLUCERNA	ALMUERZO / CENA	237 ML (1 UNIDAD)	Pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2. Pacientes con condiciones que requieran manejar sus niveles de glucosa. Es libre de lactosa y gluten. No apropiado para personas con galactosemia. Es recomendable iniciar el tratamiento con una toma e ir incrementando el consumo progresivamente, debido a que el contenido de fibra puede alterar la movilidad intestinal.
LECHE S/ LACTOSA+ BARRA CEREAL S/ AZUCAR + COMPOTA DE FRUTA S/ AZUCAR	DESAYUNO / ONCE	200 ML (1 UNIDAD) + 1 UNIDAD+ 1 UNIDAD	

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 33 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Anexo N°3. Mecanismos para entrega de oxígeno y sus recomendaciones de uso⁹

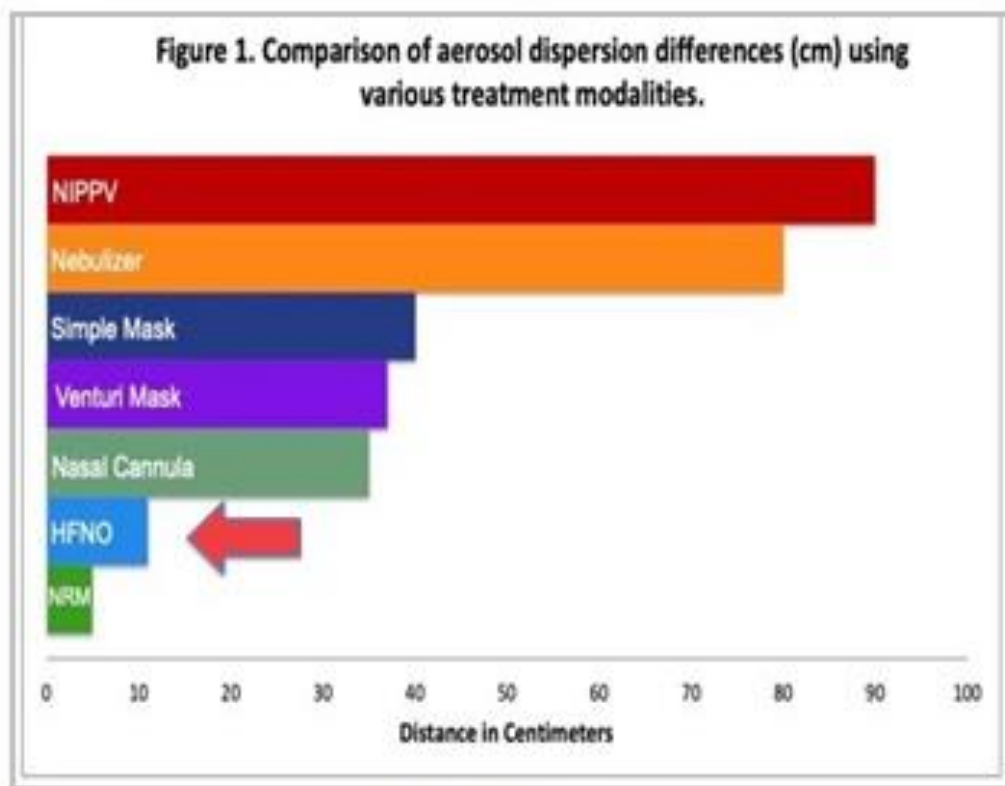
	Oxigenoterapia bajo flujo		Oxigenoterapia alto flujo
	Cánula vestibular binasal (naricera)	Mascarilla de reservorio no recirculación (MNR)	Mascarilla Venturi
Nivel de atención	APS - Hospitalario	APS –Hospitalario	APS y Hospitalario
Conceptos claves	Usar en hipoxemia de baja magnitud. FiO2 inexacta. Cómoda. Oxigenoterapia inicial en pacientes con SatO2 <92%.	Otorga concentraciones altas de oxígeno. FiO2 inexacta. Útil en respirador bucal.	Permite entregar FiO2 exacta.
Consideraciones	No usar en respiradores bucales. Puede producir irritación nasal. Sobre 4 lt/min suele ser molesta para el paciente.	Poco funcional. Riesgo de reinhalación de CO2.	Mayor aerolización que MNR.

Fuente: MINSAL 2020.

⁹ Fuente: MINSAL 2020

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 34 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Anexo N°4 Oxigenoterapia y dispersión de aerosoles.

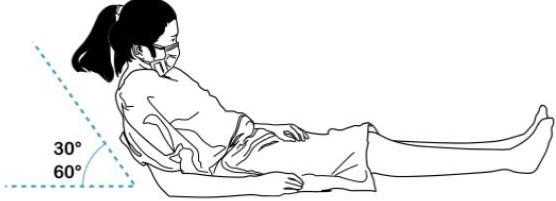


Jessica S. Whittle MD Doctora Dr. Ivan Pavlov MD Alfred D. Sacchetti Dr. Charles Atwood Mark S. Rosenberg DO, MBA. JACEP OPEN Abril 2020

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 35 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Anexo N°5 Posición prono vigil

INSTRUCCIONES PARA PACIENTES CON TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Posición Prona 1  CADA 2 HRS	 Acostado sobre su estómago (boca arriba)
Decúbito lateral derecho 2  CADA 2 HRS	 Acostado sobre su lado derecho
Semisentado a 30° o 60° de inclinación 3  CADA 2 HRS	 Sentado en un ángulo entre 30° y 60°
Decúbito lateral izquierdo 4  CADA 2 HRS	 Acostado sobre su lado izquierdo
1  12 HRS MÍNIMO	POR FAVOR, SI PUEDE CAMBIE SU POSICIÓN CADA 2 HORAS SIGUIENDO LA SECUENCIA DESDE # 1 AL #4. UNA VEZ CONCLUIDA, VUELVA A REPETIRLA HASTA CUMPLIR UN MÍNIMO DE 12 HORAS. DE ESTA FORMA AYUDARÁ A QUE LAS DIFERENTES ÁREAS DE SUS PULMONES RECIBAN OXÍGENO

	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO MODELO DE GESTIÓN DE RED DE URGENCIA APS EN CONTEXTO COVID19	Página 36 de 36 Subdirección de Atención Primaria
---	--	---

Anexo N°6. Fármacos adicionales al arsenal SAR

MEDICAMENTO
ÁCIDO TRANEXÁMICO AM 1 GM/10ML
DEXAMETASONA AM 4MG/ML
FITOMENADIONA AM 10MG/ML
KETOPROFENO AM 100MG/2ML
LABETALOL 5MG/ML AM 20ML
METOCLOPRAMIDA AM 10MG/2ML
MORFINA CLORHIDRATO AM 10MG/ML
NITROGLICERINA FA 5MG/10ML
NOREPINEFRINA AM 4MG/4ML
TENECTEPLASE 10000 UI (50MG) FA
PROPOFOL 20 MG/ML FA 100 ML
FENTANILO 0,5 MG/10 ML AM