



## RESUMEN EJECUTIVO

### GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

### MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

VERSIÓN COMPLETA Y ACTUALIZADA de la Guía de Práctica Clínica Manejo de la infección por Covid-19 en:



[https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-  
ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/](https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/)

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2, 2020. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: Diciembre, 2020

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p><b>RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN</b> <b>USO DE MASCARILLAS</b></p> <p>Durante el periodo de pandemia por SARS-CoV-2, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE</b> el uso de mascarillas en la comunidad.</p> <p>Comentarios del panel de expertos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La evidencia existente respecto al efecto de las mascarillas proviene de estudios evaluando las mascarillas de uso médico (principalmente mascarillas quirúrgicas). En la actualidad se desconoce el efecto de las mascarillas artesanales o de tela. Sin embargo, estas pueden ser una alternativa aceptable si las mascarillas de uso médico se vuelven escasas o son difíciles de acceder.</li> <li>- El efecto de las mascarillas probablemente va a ser mayor mientras mayor sea el riesgo de contagio. Por lo tanto, su uso puede ser especialmente importante en ambientes de alto riesgo, como cuando se tiene contacto con personas con COVID-19.</li> <li>- Para que las mascarillas sean eficaces, estas deben ser utilizadas de manera óptima cubriendo la nariz y la boca y reemplazándola una vez que humedezcan o se dañen.</li> <li>- Por último, el uso de mascarillas no reemplaza a otras medidas de prevención como el distanciamiento social o el lavado frecuente de manos.</li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>Durante el periodo de Pandemia por SARS-CoV-2, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE</b> el uso de mascarillas en los trabajadores de salud</p> <p>Comentarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta recomendación aplica a todos los trabajadores de salud incluyendo al personal administrativo y de apoyo, y se refiere solamente al uso de mascarillas de tipo médico y no a las mascarillas artesanales o de género.</li> <li>- Para que las mascarillas sean eficaces, estas deben ser utilizadas de manera óptima cubriendo la nariz y la boca y reemplazándola una vez que humedezcan o se dañen.</li> <li>- El uso de mascarillas no reemplaza a otras medidas de prevención como el distanciamiento social o higiene de manos.</li> </ul>	CONDICIONAL	<p><b>BAJA</b></p> 

## RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO

### USO DE HIDROXICLOROQUINA

En pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19, el Ministerio de Salud **RECOMIENDA NO** utilizar hidroxicloroquina como parte del tratamiento.

**FUERTE**

**MODERADA**  



### USO DE REMDESIVIR

En personas con COVID-19 el Ministerio de Salud **SUGIERE NO** utilizar remdesivir como parte del tratamiento estándar

*Comentario del panel de expertos:*

La evidencia disponible sugiere que remdesivir podría no tener un efecto importante en desenlaces relevantes como mortalidad o necesidad de ventilación mecánica. Por otra parte, se trata de un medicamento de alto costo y con una disponibilidad muy limitada.

**CONDICIONAL**

**BAJA**  


### USO DE DEXAMETASONA



En personas con neumonía por COVID-19 con necesidad de ventilación mecánica, el Ministerio de Salud **RECOMIENDA** el uso de dexametasona como parte del tratamiento estándar.

Comentarios del panel de expertos:


- La evidencia disponible sugiere que las personas que se presentan con un cuadro grave de neumonía por COVID-19 que requiere ventilación mecánica son las que podrían obtener un mayor beneficio del uso de dexametasona.
- 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 puede asociarse a un mayor riesgo de efectos adversos. Así mismo, se desconoce si los beneficios observados con dexametasona son extensibles a otros esquemas de corticoides (por ejemplo, metilprednisolona o hidrocortisona).
- Las recomendaciones fuertes basadas en certeza baja o muy baja son excepcionales. En este caso, se trata de una intervención que probablemente disminuye la mortalidad en un subgrupo de personas con una alta letalidad, lo cual justifica una recomendación fuerte

**FUERTE**

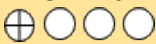
**BAJA**  


según las reglas MINSAL-GRADE.		
<p>En personas con neumonía por COVID-19 con necesidad de oxígeno, pero sin necesidad de ventilación mecánica, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE</b> el uso de dexametasona como parte del tratamiento estándar.</p> <p>Comentarios del panel de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 efectos adversos serios podrían no beneficiarse.</li> <li>- 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 puede asociarse a un mayor riesgo de efectos adversos.</li> <li>- Así mismo, se desconoce si los beneficios observados con dexametasona son extensibles a otros esquemas de corticoides (por ejemplo, metil-prednisolona o hidrocortisona).</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> 
<p>En personas con neumonía por COVID-19 sin necesidad de oxígeno, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE NO</b> usar dexametasona como parte del tratamiento estándar.</p> <p>Comentarios del panel de expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La evidencia disponible sugiere que las personas con neumonía por COVID-19 que reciben dexametasona en forma precoz, cuando aún no aparece la necesidad de oxígeno, podrían tener un peor pronóstico que las personas que no la reciben.</li> <li>- Es importante considerar que el cuadro clínico de COVID-19 es dinámico y puede agravarse rápidamente. En caso de que un paciente requiriera oxígeno o ventilación mecánica durante su evolución, el equipo clínico debiera replantearse el uso de dexametasona de acuerdo con las recomendaciones anteriores.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> 

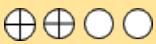
## USO DE FAVIPIRAVIR

<p>En personas con COVID-19, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE NO</b> utilizar favipiravir como parte del tratamiento estándar.</p> <p>Comentario del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe muy poca información respecto a si favipiravir ofrece o no algún beneficio en personas con COVID-19.</li> <li>- Por otra parte, su uso podría aumentar el riesgo de efectos adversos, principalmente gastrointestinales.</li> <li>- En la actualidad, favipiravir cuenta con una autorización sanitaria transitoria sólo para uso dentro de estudios clínicos, como también para su uso en pacientes dentro del contexto acotado establecido por dos autorizaciones de uso provisional concedidos por el Instituto de Salud Pública.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 
--	---------------------------	--

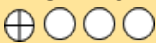
## USO DE ANTICOAGULANTES

<p>En personas hospitalizadas con COVID-19 e insuficiencia respiratoria grave, sin una trombosis demostrada, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE</b> profilaxis con dosis habituales de anticoagulantes por sobre el uso de dosis intermedias o altas</p> <p>Comentario del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante las etapas iniciales de la pandemia por COVID-19 se planteó el uso de anticoagulantes profilácticos en dosis más altas de las habituales, basándose principalmente en evidencia de activación de la coagulación en estudios con muestras pequeñas. Sin embargo, hasta la fecha, la real efectividad de las dosis más altas es desconocida. En particular, la evidencia respecto a potenciales beneficios en desenlaces importantes como mortalidad, necesidad de ventilación mecánica o trombosis es muy escasa y no concluyente. Por otra parte, evidencia indirecta de distintas fuentes sugiere que dosis más altas de anticoagulantes probablemente se asocian a un mayor riesgo de sangrado.</li> <li>- Considerando lo anterior, el panel estimó que hasta que aparezca evidencia que muestre un potencial beneficio de las dosis intermedias o altas de anticoagulantes, la alternativa más apropiada para la mayoría de los pacientes es continuar utilizando las dosis habituales.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 
--	---------------------------	--


### USO DE TOCILIZUMAB

<p>En personas con COVID-19, el Ministerio de salud <b>SUGIERE NO</b> utilizar tocilizumab como parte del tratamiento habitual.</p> <p>Comentario del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la actualidad existe considerable incertidumbre respecto al efecto de tocilizumab.</li> <li>- Se trata de una intervención de costos moderados que además sería difícil de implementar.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> 
---	---------------------------	--

### USO DE PLASMA CONVALECIENTE

<p>En personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19, el Ministerio de Salud <b>SUGIERE NO</b> utilizar plasma convaleciente como parte del tratamiento estándar.</p> <p>Comentario del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la actualidad existe considerable incertidumbre respecto al efecto del plasma en personas con diagnóstico de COVID-19 y es necesario realizar mayor investigación al respecto.</li> <li>- Por esta razón, el panel sugiere que el plasma convaleciente se utilice en casos seleccionados como parte de estudios clínicos o protocolos institucionales experimentales que sigan los lineamientos del protocolo del Ministerio de Salud.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 
---	---------------------------	--

### USO DE INTERFERÓN

<p>En personas con COVID-19 el Ministerio de Salud <b>SUGIERE NO</b> utilizar interferón como parte del tratamiento.</p> <p>Comentario del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la fecha de la elaboración de esta recomendación, no existen datos publicados respecto de la efectividad del interferón en personas con COVID-19. Aunque hay numerosos estudios en curso que van a aportar información adicional en el corto plazo.</li> <li>- La evidencia existente, proveniente de personas con distress respiratorio y de personas con infección por SARS-Cov-1 o MERS-CoV, sugiere que el uso del interferón podría NO ser efectivo en el tratamiento de personas con COVID-19.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> 
--	---------------------------	--


### USO DE LOPINAVIR/RITONAVIR

En personas con COVID-19, el Ministerio de Salud de Chile **SUGIERE NO** utilizar lopinavir/ritonavir.

Comentario del panel:

- Si bien lopinavir/ritonavir tiene actividad in vitro contra el virus SARS-CoV-2, el único estudio aleatorizado realizado hasta la fecha en personas con COVID-19 no logró demostrar una reducción de la mortalidad o una mejoría más rápida con el uso de estos antivirales. Es importante considerar que el estudio tiene algunas limitaciones: incluyó una muestra pequeña de personas, por lo que no se puede excluir un pequeño efecto benéfico del lopinavir/ritonavir. Segundo, a los participantes se les inició la droga al momento de la hospitalización, lo cual ocurrió en promedio 13 días después del inicio de los síntomas; por lo que no es posible excluir un beneficio de lopinavir/ritonavir utilizado de forma más precoz.
- Lopinavir/ritonavir no debiera ser utilizado de rutina en los enfermos con COVID-19 que requieren hospitalización, pero si podría ser utilizado en pacientes con neumonía grave con pocos días de evolución de síntomas.

**CONDICIONAL**

**BAJA**  


### USO DE ESTRATEGIAS CONSERVADORAS DE FLUIDOS

En personas con COVID-19 y compromiso pulmonar grave, el Ministerio de Salud de Chile **SUGIERE** una estrategia conservadora de manejo de fluidos por sobre una estrategia liberal.

Comentario del panel:

- No existen estudios evaluando las estrategias conservadoras de manejo de fluidos en personas con COVID-19. Sin embargo, existe una cantidad importante de evidencia en personas con sepsis y compromiso pulmonar, que muestra que la estrategia conservadora probablemente reduce la necesidad de ventilación mecánica y podría mejorar el pronóstico global del paciente.
- Las estrategias conservadoras estudiadas son diversas, aunque la mayoría incluye una menor administración de fluidos y el uso de diuréticos una vez superada la etapa inicial de reanimación.
- Para una implementación óptima de esta recomendación, cada unidad de paciente crítico debiera integrarla con sus protocolos locales de manejo.

**CONDICIONAL**

**MODERADA**  




## USO DE IBUPROFENO U OTROS AINES

<p>En personas con sospecha o confirmación de COVID-19, el Ministerio de Salud de Chile <b>SUGIERE</b> usar paracetamol por sobre ibuprofeno u otros anti-inflamatorios para el tratamiento de los síntomas.</p> <p>Comentario del panel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La autoridad sanitaria de Francia reportó que el uso de ibuprofeno y otros anti-inflamatorios podría aumentar el riesgo de una evolución desfavorable en personas con COVID-19. A la fecha, no existe ningún estudio formal que permita afirmar un agravamiento de la infección.</li> <li>- La posible relación entre la exacerbación de infecciones con ibuprofeno, se está evaluando por la Unión Europea en el Comité de Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia.</li> <li>- En personas con infección respiratoria de cualquier origen, el paracetamol probablemente tiene una efectividad similar a los anti-inflamatorios en el alivio de los síntomas y podría generar menos efectos adversos, principalmente gastrointestinales.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
---	---------------------------	---

Estas recomendaciones se realizaron durante los meses de mayo a diciembre de 2020 utilizando el sistema GRADE, y están sujetas a cambios en la medida que aparezca nueva evidencia científica.

## 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El 30 de diciembre de 2019 se identificaron los primeros casos de neumonía de causa desconocida reportada a la Comisión Nacional de Salud de China, todos ellos presentaban como antecedente epidemiológico haber asistido al mercado de mariscos de Wuhan, ya sea siendo trabajadores o visitantes. El día 7 de enero de 2020, se identifica por primera vez el novel coronavirus (1–3). Posteriormente, el virus fue denominado oficialmente con el nombre de Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), mientras que la enfermedad que ocasiona se conoce como COVID-19. El 11 de enero de 2020, se reporta el primer caso fatal (1–3).

Publicaciones recientes indican que el SARS-CoV-2 pertenece al género de Betacoronavirus, mostrando más del 85% de identidad con éste (3). Este virus comparte un ancestro común con el virus del síndrome respiratorio agudo severo mortal (SARS) y con el virus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) (4–7). El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) (8), y el 11 de marzo fue declarado pandemia por este organismo.

La sintomatología más frecuente presentada en las personas con COVID-19 es fiebre, tos, fatiga y dificultad respiratoria (4,5,11–20).

La vía de transmisión es a través de gotitas y por contacto con personas contagiadas (24,29,30) o fómites con el virus (31). La vía de transmisión fecal-oral aún no se ha determinado, sin embargo, algunos equipos han implementado medidas de prevención por esta vía de transmisión (32).

Se ha reportado como periodo de latencia (periodo entre la infección y hasta que se vuelve contagiosa) de entre los 7 a 10 días (33), de 3 a 14 días (30), e incluso de 1 a 9 días (34). En cuanto al periodo de incubación (periodo entre la infección y la manifestación clínica), se estima en los periodos más cortos fueron de entre 1 a 3 días y el más largo de 14 días (2,7,15,19,22,29,34–37). Los casos graves generalmente progresan de 7 a 10 días después del inicio de la enfermedad, lo que sugiere que la inmunidad adaptativa está involucrada en el daño inmunológico patológico durante la progresión de la enfermedad (23).

La transmisión de patógenos generalmente se evalúa mediante el número de reproducción del caso cero ( $R_0$ )<sup>1</sup> (22). La OMS considera que la capacidad de transmisión de SARS-CoV-2 es fuerte (22). Dentro de los motivos que pueden explicar la alta capacidad de propagación del SARS-CoV-2 es que es contagioso durante el período de incubación, que existen casos con sintomatología atípica o asintomáticos que dificultan su diagnóstico, y que el brote coincidió con festividades en China (22,30,34).

---

<sup>1</sup> La velocidad de propagación de una enfermedad se puede evaluar a través del parámetro  $R_0$  del virus (número esperado de infecciones secundarias derivadas de un único individuo infectado durante el periodo infeccioso en una población totalmente susceptible) Un  $R_0 < 1$  implica que la infección se autolimita,  $R_0 > 1$  implica que la infección se propaga (epidemia),  $R_0 = 0$  la infección se mantiene constante (endémica).

Con respecto a la forma de actuar del virus, el equipo de la Universidad de Tongji en Shanghai cree que SARS-CoV-2 parece haberse convertido en un virus que puede secuestrar las células epiteliales alveolares tipo II para facilitar la proliferación y transmisión del virus(23).

En rigor, toda la población es susceptible a enfermarse de COVID-19, sin embargo la evidencia utilizada por la WHO (38) señala que mientras la mayoría de las personas con COVID-19 desarrolla una enfermedad leve o sin complicaciones, aproximadamente el 14% desarrolla una enfermedad grave que requiere hospitalización y oxígeno, y el 5% requiere ingreso en una unidad de cuidados intensivos (39). En casos severos se pueden generar complicaciones graves por el desarrollo de síndrome de enfermedad respiratoria aguda (SDRA), sepsis y shock séptico, falla multiorgánica, incluyendo daño renal agudo y daño cardíaco (38).

Varias publicaciones destacan que personas de edad avanzada o con comorbilidades crónicas pueden ser más susceptible a contagiarse o a presentar manifestaciones de la enfermedad más graves (5,11,27,36,40), ya sea presenten ambas características o solo una (18).

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

### OBJETIVO GENERAL:

Entregar recomendaciones acerca de intervenciones clínicas en las cuales existe incertidumbre, basadas en la mejor evidencia científica actualmente disponible y el juicio de expertos, en el contexto de la pandemia COVID-19, y adecuadas a la realidad nacional.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Proporcionar a los equipos de salud una base científica sólida y actualizada respecto a la efectividad de las intervenciones para el manejo de la infección por SARS- CoV2

### TIPO DE PACIENTES Y ESCENARIO CLÍNICO:

Esta guía es una referencia para la atención de toda la población pediátrica, adulta y adulta mayor, en el contexto de la pandemia COVID-19.

### USUARIOS DE LA GUÍA:

Profesionales de salud médicos y no médicos con responsabilidades en atención de población pediátrica, adulta y adulta mayor.

### 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia elaboró las síntesis de la evidencia basándose en revisiones sistemáticas de la literatura. La evidencia identificada fue evaluada críticamente siguiendo el método GRADE (del inglés, Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

En el proceso continuo de actualización de las recomendaciones, ante la aparición de nueva evidencia se analizará, y en conjunto con el equipo elaborador se decidirá mantener o cambiar la dirección o la fuerza de alguna recomendación.

#### ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo con el sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>2</sup>.

Se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

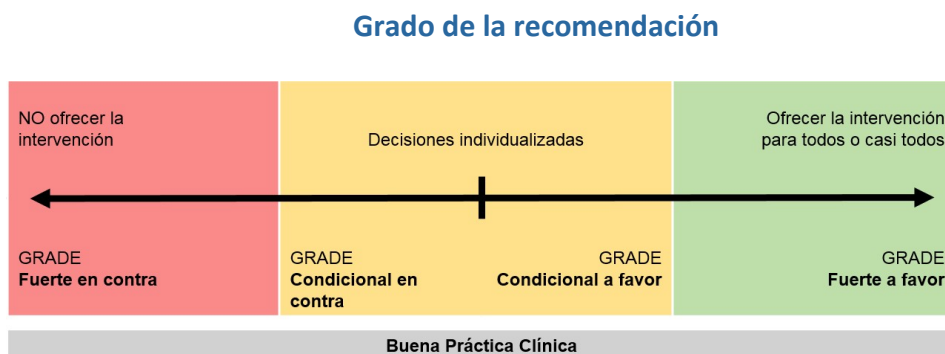
1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

**El grupo elaborador formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, necesidad de ventilación mecánica, días de hospitalización, eventos adversos), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

<sup>2</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

## 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

- **FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.  
Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.
- **CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.  
Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.
- **BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.  
Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
<b>Alta</b> ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
<b>Moderada</b> ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
<b>Baja</b> ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
<b>Muy baja</b> ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<b>Coordinación</b>	<b>Clínica:</b> <b>María Paz Acuña.</b> Médico Infectóloga. Hospital Sótero del Río. Hospital La Florida
	<b>Temática:</b> <b>Patricia Contreras Cerda.</b> Jefa Departamento Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
<b>Metodólogos</b>	<b>Coordinadores:</b> <b>Ignacio Neumann Burotto.</b> Médico Internista. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
	<b>S. Pamela Burdiles Fraile.</b> Matrona. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
	<b>Apoyo:</b> <b>Patricia Kraemer Gómez.</b> Profesional. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud

## PANEL DE EXPERTOS

<b>César Cárcamo Quezada</b>	Médico Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos ACHED-CP.
<b>Cesar Santis Fuentes</b>	Médico especialista en Medicina Intensiva. Departamento de Medicina Interna, Universidad de Chile Campus Sur. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Barros Luco Trudeau. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital clínico UC Christus
<b>Claudia Cortes Mondaca</b>	Médico Infectóloga. Sociedad Chilena de Infectología
<b>Cristian Matamala Valencia</b>	Químico Farmacéutico. División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA)
<b>Fernando Saldías Peñafiel</b>	Médico Broncopulmonar. Departamento de Enfermedades Respiratorias P. Universidad Católica de Chile. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

<b>Francisco Arancibia Hernández</b>	Médico Broncopulmonar. Jefe Servicio Medicina Respiratoria. Instituto Nacional del Tórax.
<b>Francisco Pinto Espinosa</b>	Médico especialista en Medicina de Urgencias. Hospital Clínico Universidad de Chile. Clínica Las Condes. Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia.
<b>Leonardo Chanqueo Cornejo</b>	Médico Infectólogo. Hospital San Juan de Dios. Director Sociedad Chilena de Infectología (SOCHINF)
<b>Luis Emberg Gaete</b>	Médico especialista en Medicina de Urgencias. Presidente Sociedad Chilena de Medicina de Urgencia. Hospital UC Christus. Clínica MEDS.
<b>Luis Rojas Orellana</b>	Médico Internista. Departamento de Medicina Interna. Programa de Farmacología-toxicología. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica
<b>Marcelo Wolff Reyes</b>	Médico Infectólogo. Universidad de Chile
<b>Rafael Araos Bralic</b>	Representante del Consejo Asesor COVID-19
<b>Thomas Weitzel</b>	Médico Infectólogo. Laboratorio Clínico Programa Medicina del Viajero. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.
<b>Tomás Regueira Heskia</b>	Médico especialista en Medicina. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva
<b>Verónica Medina Urrutia</b>	Enfermera. Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

## EXPERTOS INVITADOS

<b>Recomendación Uso plasma convaleciente</b>	
<b>Milton Larrondo Lillo</b>	Médico Internista. Especialista en Inmunología Clínica U. de Chile. Hospital Clínico Universidad de Chile. Coordinación Nacional de Medicina Transfusional Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial
<b>Juan Carlos Bertoglio Cruzat</b>	Médico Internista. Especialista en Inmunólogo. Director Hospital Base Valdivia. Universidad Austral de Chile
<b>Marcela Contreras Arriaga</b>	Médico Internista. Especialista en Inmunología y Medicina Transfusional. Past National Director of the National Blood Service. International Society of Blood Transfusion. Academy of Medical Science
<b>Juvenal Ríos Leal</b>	Médico. Profesional Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros tumores. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.



<b>Recomendación Uso de mascarillas en personal de salud</b>	
<b>Mauro Orsini Brignole</b>	Médico. Profesional Programa Control de IAAS Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

## RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

<b>Paula Nahuelhual Cares Eduardo Quiñelen Rojas Natalia Celedón Hidalgo Paloma Herrera Omegna Patricia Kraemer Gómez Ignacio Neumann Burotto Pamela Burdiles Fraile<sup>1</sup></b>	Búsqueda de evidencia y elaboración de tablas de síntesis de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
<b>Marco Rubilar González Sergio Poblete Vargas<sup>2</sup></b>	Costos referenciales de las intervenciones.

<sup>1</sup> Equipo metodológico Unidad de Evidencia Clínica, Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

<sup>2</sup> Unidad de Evaluaciones Económicas, Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud

## REVISIÓN

<b>Dino Sepúlveda Viveros</b>	Médico. Jefe Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
-----------------------------------	--

## AGRADECIMIENTOS

<b>Fundación Epistemonikos y su grupo colaborador COVID-19 L-OVE Working Group</b>	Colaboración en búsqueda de evidencia
<b>OMS-OPS Evidence and Intelligence for Action in Health Department</b>	

## DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

<b>Miguel Contreras Torrejón</b>	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
--------------------------------------	---

## DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo elaborador, las siguientes personas declararon potenciales de conflictos de interés:

- **Luis Rojas Orellana.** Laboratorio Pfizer y Roche han donado fondos para investigación al Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- **Claudia Cortes Mondaca.** Asesor de ViiV internacional durante año 2019
- **Francisco Arancibia Hernández.** Ha percibido aportes en dinero por realizar una conferencia en un simposio de Congreso de Otoño de Medicina Intensiva 2019
- **Leonardo Chanqueo Cornejo.** Ha recibido apoyo a educación médica continua (cursos, conferencias y congresos) desde Sociedad Chilena de Infectología, Grupo SIDA Chile, Fundación Huésped Argentina, HIV Glasgow Organising UK.

Luego de analizar las declaraciones, el equipo elaborador decidió no limitar su participación.

## 6. REFERENCIAS

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. enero de 2020;
2. Kofi Ayittey F, Dzuovor C, Kormla Ayittey M, Bennita Chiwero N, Habib A. Updates on Wuhan 2019 novel coronavirus epidemic. *J Med Virol*. febrero de 2020;10.1002/jmv.25695.
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. enero de 2020;
4. Nature. Stop the Wuhan virus. *Nature*. enero de 2020;577(7791):450–450.
5. Gralinski LE, Menachery VD. Return of the Coronavirus: 2019-nCoV. *Viruses*. enero de 2020;12(2):135.
6. Xu X, Chen P, Wang J, Feng J, Zhou H, Li X, et al. Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Science China Life Sciences*. Science in China Press; 2020.
7. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. enero de 2020;NEJMoa2001316.
8. Eurosurveillance editorial team. Note from the editors: World Health Organization declares novel coronavirus (2019-nCoV) sixth public health emergency of international concern. *Eurosurveillance*. febrero de 2020;25(5):200131e.
9. Zhao, Musa, Lin, Ran, Yang, Wang, et al. Estimating the Unreported Number of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Cases in China in the First Half of January 2020: A Data-Driven Modelling Analysis of the Early Outbreak. *J Clin Med*. febrero de 2020;9(2):388.
10. Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, Wang W, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *Int J Infect Dis*. marzo de 2020;92:214–7.
11. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. febrero de 2020.
12. Fang Y, Zhang H, Xu Y, Xie J, Pang P, Ji W. CT Manifestations of Two Cases of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia. *Radiology*. febrero de 2020;200280.
13. Zhang Z, Li X, Zhang W, Shi Z-L, Zheng Z, Wang T. Clinical Features and Treatment of 2019-nCoV Pneumonia Patients in Wuhan: Report of A Couple Cases. *Virol Sin*. febrero de 2020;1–7.
14. Xu K, Lai XQ, Liu Z. [Suggestions for prevention of 2019 novel coronavirus infection in otolaryngology head and neck surgery medical staff]. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. febrero de 2020;55(0):E001.
15. Pan Y, Guan H. Imaging changes in patients with 2019-nCoV. *European Radiology*. Springer; 2020. p. 1–2.
16. Chen L, Liu HG, Liu W, Liu J, Liu K, Shang J, et al. Analysis of clinical features of 29 patients with 2019 novel coronavirus pneumonia. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. febrero de 2020;43(0):E005–E005.
17. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol*. abril de 2020;92(4):441–7.
18. Zhou L, Liu HG. [Early detection and disease assessment of patients with novel coronavirus pneumonia]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. febrero de 2020;43(0):E003.

19. W. Graham Carlos, MD CSDCM, PhD, Bin Cao, MD, Susan Pasnick, MD, Shazia Jamil M, Carlos WG, Dela Cruz CS, Cao B, Pasnick S, et al. Novel Wuhan (2019-nCoV) Coronavirus. *Am Thorac Soc.* enero de 2020;
20. Habibzadeh P, Stoneman EK. The Novel Coronavirus: A Bird's Eye View. *Int J Occup Environ Med.* febrero de 2020;11(2):65–71.
21. Chang D, Lin M, Wei L, Xie L, Zhu G, Dela Cruz CS, et al. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Novel Coronavirus Infections Involving 13 Patients Outside Wuhan, China. *JAMA – Journal of the American Medical Association.* American Medical Association; 2020.
22. Tian HY. [2019-nCoV: new challenges from coronavirus]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* febrero de 2020;54(0):E001.
23. Feng F, Xiaoping L. Facing the pandemic of 2019 novel coronavirus infections: the pediatric perspectives. *Chinese J Pediatr.* febrero de 2020;58(02):81–5.
24. Chen Z-M, Fu J-F, Shu Q, Chen Y-H, Hua C-Z, Li F-B, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World J Pediatr.* febrero de 2020;1–7.
25. Phan LT, Nguyen T V., Luong QC, Nguyen T V., Nguyen HT, Le HQ, et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam. *N Engl J Med.* enero de 2020;
26. Wu P, Hao X, Lau EHY, Wong JY, Leung KSM, Wu JT, et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020. *Eurosurveillance.* enero de 2020;25(3):2000044.
27. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet (London, England).* enero de 2020;0(0).
28. Chan JF, Yuan S, Kok KH To KW Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet.* febrero de 2020;395(10223):514–23.
29. Walker LJ. 2019-nCoV acute respiratory disease, Australia – Epidemiology Report 1 (Reporting week 26 January – 1 February 2020). *Commun Dis Intell.* febrero de 2020;44.
30. Jin Y-H, Cai L, Cheng Z-S, Cheng H, Deng T, Fan Y-P, et al. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Mil Med Res.* diciembre de 2020;7(1):4.
31. Chen J. Pathogenicity and Transmissibility of 2019-nCoV—A Quick Overview and Comparison with Other Emerging Viruses. *Microbes Infect.* febrero de 2020.
32. Subspecialty Group of Gastroenterology, the Society of Pediatrics, Chinese Medical Association. [Prevention and control program on 2019 novel coronavirus infection in Children's digestive endoscopy center]. *Zhonghua er ke za zhi = Chinese J Pediatr.* febrero de 2020;58(0):E003.
33. Gao ZC. [Efficient management of novel coronavirus pneumonia by efficient prevention and control in scientific manner]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi.* febrero de 2020;43(0):E001.
34. Ki M. Epidemiologic characteristics of early cases with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) disease in Republic of Korea. *Epidemiol Health.* febrero de 2020;
35. Ryu S, Chun BC. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. *Epidemiol Health.* febrero de 2020;42:e2020006.

36. Society of Pediatrics, Chinese Medical Association, Editorial Board, Chinese Journal of Pediatrics. [Recommendations for the diagnosis, prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection in children (first interim edition)]. Zhonghua er ke za zhi = Chinese J Pediatr. febrero de 2020;58(0):E004.
37. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. Lancet. 2020;0(0).
38. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. WHO. 2020;
39. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team [corresponding author Yanping Zhang]. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. China CDC Wkly. 2020;
40. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. World J Pediatr. febrero de 2020;1–9.