

**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
“JOSÉ CASIMIRO ULLOA”**



**“PLAN DE RESPUESTA DEL
CORONAVIRUS COVID-19” DEL
HEJCU**

MAYO 2020

INDICE

	Pag.
1 TITULO	1
2 INTRODUCCION	1
3 FINALIDAD	1
4 OBJETIVOS	1
5 BASE LEGAL	2
6 AMBITO DE APLICACIÓN	3
7 ESTIMACIÓN DEL RIESGO	3
8 ACCIONES DE RESPUESTA	5
9 PROCESO GENERAL	6
10 RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	8
11 INSTITUCIONES DE APOYO	8
12 FIN DE LA EMERGENCIA	8
13 FINANCIAMIENTO	9
14 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCION DEL PLAN	9
15 ANEXOS	9





1. TITULO

PLAN DE RESPUESTA "CORONAVIRUS COVID-19"

2. INTRODUCCION

El 31 de diciembre de 2019 las Autoridades de la República Popular China, comunicaron a la OMS varios casos de neumonía de etiología desconocida aparecidos y reportados en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus que ha sido denominado SARS-CoV-2.

Al igual que otros de la familia de los coronavirus, este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde el resfriado común hasta cuadros de neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, shock séptico y falla multiorgánica.

En el ámbito de alta demanda asistencial en la que se encuentran los Servicios de Emergencias (SE), el triaje tiene como objetivo identificar y priorizar al paciente más grave. Al tratarse de una enfermedad transmisible se deben extremar las medidas de precaución. El Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" a través de su Área Funcional de Gestión del Riesgo de Desastres, deviene en la necesidad de tomar medidas y acciones preparativas y oportunas que nos permitan actuar en forma correcta, eficaz y eficiente ante casos del COVID-19 que pudieran presentarse en la institución..

Al día 28 de abril, la autoridad nacional ha reportado al Perú con 31190 casos positivos de COVID-19 y 854 fallecidos, siendo que la duplicación de casos se está dando cada 5 a 7 días, lo que implica que en la siguiente semana el número de casos totales podría duplicarse. A la fecha se tiene 44 días de cuarentena, esto es hasta 3 periodos de incubación seguidos no habiendo descendido el ascenso en el número de casos. Los servicios de emergencia que son los receptores de la mayoría de casos de pacientes en distintas condiciones clínicas están siendo rebasados, incluso se ha dispuesto nuevas áreas con puntos de oxígeno suplementarios; sin embargo el exceso de la demanda está saturando los servicios. Las unidades de cuidados intensivos también han reportado que se están concretando los cupos sin posibilidades de ampliación constituyendo un riesgo para la atención de los pacientes críticos, en este contexto la DIGERD solicitó a la Alta Dirección la declaratoria de alerta roja, la que fue publicada el 23 de abril en el Diario el Peruano.

3. FINALIDAD

Contribuir en la atención de los pacientes afectados por la pandemia empleando la máxima capacidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

4. OBJETIVOS DEL PLAN

OBJETIVO GENERAL:

Atender a los pacientes ante una probable llegada masiva que pudiesen superar nuestra capacidad de respuesta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Adecuar la infraestructura hospitalaria
- Redistribuir el recurso humano disponible
- Contratar personal para los ambientes que se puedan aperturar



Plan de Respuesta del HEJCU "Coronavirus COVID-19"

- Mejorar el abastecimiento de medicamentos e insumos Médicos de acuerdo al protocolo.
- Disponer la oferta móvil complementaria con todos los recursos de la Oficina de Gestión de Riesgos
- Disponer de insumos críticos específicos tales como: Oxígeno medicinal y sus dispositivos complementarios.
- Disponer de un protocolo de atención y tratamiento de los pacientes leves, moderados y graves.
- Disponer de protocolos para el manejo de cadáveres
- Adecuar los protocolos de desinfección de ambientes
- Aseguramiento de líneas vitales a través del plan de mantenimiento 2020 – covid19

5. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú
- D.S. N° 027 – 2017 – SA Política Nacional Frente a Hospital Seguros Frente a los Desastres que contiene el Plan de Acción 2017-2021 y crean la Comisión Multisectorial de Hospitales Seguros frente a los Desastres.
- Ley de Movilización Nacional, Ley N° 28101.
- Ley General de Salud y sus modificaciones, Ley N° 26842.
- Decreto Ley N°1161
- Ley 29664, Ley del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD)
- Ley N° 28551- Ley que establece la obligación de elaborar y presentar planes de contingencia.
- Resolución Suprema N° 009-2004-SA, que aprueba el Plan Sectorial de Prevención y Atención de Emergencia y Desastres del Sector Salud
- Resolución Ministerial N° 517-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V.01 que norma la Declaratoria de Alertas en Situaciones de Emergencias y Desastres.
- Resolución Ministerial 643-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 271-MINSA/2019/DIGERD. Directiva Administrativa para la formulación de Planes de RESPUESTA de las Entidades e Instituciones del Sector Salud
- Resolución Ministerial N°628-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 250-2018-MINSA-DIGERD: Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias (COE-SALUD), y de los Espacios de Monitoreo de Emergencias y Desastres del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 144- MINSA/DIGESA V.01: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma técnica N° 020-MINSA/DGSP-V.01: de Prevención y Control de las infecciones Intrahospitalarias.
- Decreto Supremo N° 008-2020-MINSA Declara en Emergencia Sanitaria a nivel Nacional
- Decreto supremo N° 010-2020-SA Plan de Acción – Vigilancia, contención y atención de casos del nuevo COVID-19 en el Perú
- Decreto de Urgencia N° 025-2020 Medidas urgentes destinadas a reforzar el sistema de vigilancia y respuesta sanitaria





Plan de Respuesta del HEJCU "Coronavirus COVID-19"

- Resolución Ministerial N° 226-2020-MINSA Derogar el subnumeral 6.5.1 del Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud
- Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA Lineamientos para la vigilancia de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID-19
- Resolución Ministerial N° 240-2020-MINSA Modifican el documento técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú.
- Decreto de Urgencia N° 050-2020 Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias, en materia económica y financiera para la adquisición de equipos de protección personal- EPP en el marco de la emergencia Nacional por COVID-19

6. AMBITO DE APLICACIÓN

- El presente plan es de aplicación en todas las instalaciones y recursos humanos y materiales del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

7. ESTIMACIÓN DEL RIESGO

7.1.- Identificación de la Amenaza (Peligro)

El 11 de marzo de 2020, la organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Pandemia por COVID-19, debido al elevado número de casos en 112 países fuera de China. Esta es la tercera pandemia causada por un coronavirus.

Hasta el 08 de abril se han informado 1353361 casos confirmados de COVID-19 a nivel global (211 países/territorios) con 79369 defunciones (letalidad 5,9%). Más del 90% de los casos se concentran en Estados Unidos de América, Italia, España, China, Alemania, Francia, Irán, Reino Unido, Suiza, Turquía, Bélgica, Holanda, Austria, República de Corea, Canadá, Portugal, Israel, Australia, Brasil y Noruega.

En el Perú, el 05 de marzo se confirmó un primer caso importado de COVID-19; a la fecha se ha identificado más de 30 mil casos positivos y más de mil defunciones, teniendo la curva epidemiológica en condiciones de ascenso pese a tener 3 periodos de incubación continuos lo que hace preveer que el número de casos seguirá en aumento.

Mortalidad: 1.8% de la población

Letalidad: +80% de la población

Definiciones Operativas:

De acuerdo a la alerta epidemiológica N° 15 emitida por la CDC del MINSA se ha modificado de la siguiente forma:

Contacto Directo: Incluye a cualquiera de las siguientes situaciones ante u caso confirmado

- Persona que comparte o compartió el mismo ambiente de un caso confirmado de infección por COVID-19 en una distancia menor a 2 metros (incluyendo el lugar de trabajo, aula, hogar, asilos, centros penitenciarios, otros).
- Personal de salud que no ha usado equipo de protección personal (EPP) o no ha aplicado el protocolo para colocarse, quitarse y/o desechar el EPP durante la evaluación de un caso confirmado por COVID-19
- Cuarentena y aislamiento: La cuarentena es el procedimiento por el cual, a una persona asintomática se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda o alojamiento, por un lapso de 14 días y que se aplica en las siguientes condiciones:
- Contacto de un caso confirmado; a partir del último día de exposición con el caso.



Plan de Respuesta del HEJCU "Coronavirus COVID-19"

- Personas nacionales o extranjeras que procedan de otro país, contados a partir del ingreso al país.

El aislamiento domiciliario es el procedimiento por el cual a una persona sospechosa o confirmada a COVID-19, se le restringe el desplazamiento fuera de su vivienda o alojamiento por un lapso de 14 días, contados a partir de la fecha de inicio de síntomas, El aislamiento hospitalario es el procedimiento por el cual una persona sintomática con complicaciones se le mantiene en un área separada de otros pacientes por un lapso de 14 días, contados a partir de la fecha de inicio de síntomas.

Definición de casos:

Encontrándonos en la fase epidemiológica III, que representan la distribución comunitaria, consideramos que toda persona con Infección respiratoria aguda, que presente dos o más de los siguientes síntomas: Tos, dolor de garganta dificultad para respirar, congestión nasal, fiebre, como un caso sospechoso de ser portador de infección por COVID-19.

Triage: De acuerdo a las definiciones operativas de la alerta epidemiológica N° 15 se considera:

Caso Leve (80% de la población):

Toda persona con Infección Respiratoria Aguda que tiene al menos dos de los siguientes signos y síntomas:

- Tos
- Malestar general
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Congestión nasal.

Caso Moderado (15% de la población):

Toda persona con Infección Respiratoria Aguda que cumple con alguno de los siguientes criterios:

- Disnea o dificultad respiratoria
- Frecuencia respiratoria mayor a 22 respiraciones por minuto
- Alteración de nivel de conciencia (confusión)
- Signos clínicos y/o radiológicos de neumonía
- Leucopenia con recuento linfocitario menor de 1000 células/uL

Caso grave (5% de la población):

Toda persona con Infección Respiratoria Aguda, con dos o más de los siguientes criterios:

- Frecuencia respiratoria mayor a 22 respiraciones por minuto o PaCO₂ menor de 32 mmHg.
- Alteración de nivel de conciencia
- Presión arterial sistólica menor de 100 mmHg o PAM menor 65 mmHg
- PaO₂ menor de 60 mmHg o PaFi menor 300
- Signos clínicos de fatiga muscular, aleteo nasal, uso de músculos accesorios, desbalance toraco abdominal.
- Lactato serico mayor a 2 mosm/L





NÚMERO DE CAMAS / CAMILLAS

PISO	AMBIENTE	NÚMERO DE CAMAS / CAMILLAS	CANTIDAD
1° PISO	REPOSO DAMAS	CAMILLAS	4
	R. VARONES	CAMILLAS	6
	TRAUMASHOCK	CAMILLAS	4 (2 VM)
	TRAUMASHOCK COVID	CAMILLAS	3 (1 VM)
	PEDIATRIA	CAMILLAS	6
	CARPA 1	CAMILLA	04
	CARPA 2	CAMILLA	06
	CARPA 3	SILLAS	10
2° PISO	NEUROCIRUGÍA	CAMAS	11 (2 VM)
3° PISO	TRAUMATOLOGÍA	CAMAS	14
	U. CUIDADOS INTERMEDIOS	CAMAS	5 (1 VM)
	U. CUIDADOS INTENSIVOS	CAMAS	5 (2 VM)
4° PISO	CIRUGIA	CAMAS	26
5° PISO	UCI COVID	CAMAS	6 (6 VM)

8. ACCIONES DE RESPUESTA

- 1) Estando en pleno proceso de la pandemia y teniendo una asistencia significativa de pacientes al hospital se tomó la decisión de habilitar el hospital en 2 zonas:
 - a) Área de triaje y atención de pacientes regulares
 - b) Área de atención y tratamiento de pacientes respiratorios
- 2) De acuerdo al Decreto de Urgencia N° 026-2020 se dispuso que los trabajadores considerados en el grupo de riesgo por edad y factores clínicos establecido en el documento técnico denominado "Atención y manejo clínico de casos de COVID-19 – Escenario de transmisión focalizada" aprobado con Resolución Ministerial N° 084-2020-MINSA y sus modificatorias, a efectos de aplicar de manera obligatoria el trabajo remoto en estos casos.
- 3) Se readecuaron los horarios del personal en general a las nuevas disposiciones del gobierno, compatibilizando con la declaratoria de emergencia y el toque de queda.
- 4) Se dispuso la entrega inmediata de EPP a todo el personal escalando de acuerdo a la necesidad del área de trabajo.





9. PROCESO GENERAL:

Área de triaje de atención de pacientes

El paciente ingresa señalando enfermedad no respiratoria, es atendido en el área de triaje no C por residentes de medicina o cirugía, indicando tratamiento domiciliario si fuera necesario. Si requiere periodo de observación es derivado al ambiente correspondiente instalado en la carpa donde es visto por personal médico y de enfermería hasta determinar su diagnóstico y seguimiento del mismo

Todo paciente que indique tener sintomatología respiratoria se le realiza el triaje en el ambiente de urgencias en donde se toma la decisión según su estado de gravedad. Teniendo como principal referencia

- la dificultad respiratoria,
- la frecuencia respiratoria y
- nivel de saturación.

El paciente considerado como leve se toma su prueba rápida y puede darse alta al domicilio con indicación de paracetamol con azitromicina y control en 48 horas. Si el médico lo considera necesario, puede solicitar imágenes como radiografía de tórax o tomografía de tórax.

El paciente considerado como enfermo moderado, demostrando durante el triaje saturación menor o igual a 92, frecuencia respiratoria mayor a 24 y refiere dificultad respiratoria, será hospitalizado, debiendo obtener muestras de sangre e imágenes para catalogar su estado general e iniciando tratamiento según protocolo.

Si el paciente llega en malas condiciones con trastorno del sensorio serán conducidos de manera inmediata al área de trauma shock C, en donde se seguirán los protocolos correspondientes.

Acciones Prioritarias:

- Adecuación de la infraestructura hospitalaria: Para el efecto se ha determinado que:
 - a) El área de reposo de mujeres se convierte en trauma shock C, contando con 3 camas y 3 ventiladores mecánicos
 - b) El ambiente de triaje rutinario se empleara como triaje de pacientes respiratorios
 - c) El ambiente de reposo de varones se convierte en área de recepción de pacientes moderadamente enfermos que requiere tratamiento, oxigenación y cuidados de enfermería
 - d) El cuarto piso se adaptara para pacientes moderados que requieren periodos de observación más extensa, tratamiento médico, oxigenación y cuidados de enfermería.
 - e) El quinto piso se convierte en UCI C, contando con 6 camas con sus respectivos ventiladores mecánicos
 - f) El tercer piso de traumatología, recibirá pacientes que salen de sala de operaciones
 - g) El segundo piso recibirá pacientes de medicina que se encuentran convalecientes y/o próximos a ser dados de alta.
 - h) La UCI seguirá funcionando para pacientes graves e inestables que no son enfermos respiratorios por el COVID-19
 - i) Las zonas de ingreso y desplazamiento de los pacientes han sido diferenciadas habiendo definido un ascensor específicamente para COVID-19





Plan de Respuesta del HEJCU "Coronavirus COVID-19"

- j) De ser necesario se estaría extendiendo las carpas de 6x8 m. que pudiera albergar al menos 10 pacientes moderados (por carpa) los cuales contarían con balones de oxígeno y sillas.
- Redistribuir el recurso humano disponible y Contratar personal para los ambientes que se puedan aperturar

El recurso humano operativo ha sido redistribuido en las nuevas áreas de trabajo, sin embargo, el número total del mismo es insuficiente debiendo preveer nuevos ingresos, considerando el cansancio del personal propio y la alta exposición a la carga viral.

Se prevee que para el ambiente de reposo de varones y carpa se requeriría: 10 médicos, 30 enfermeras y 30 técnicos de enfermería (pudiendo ser generales y/o especialistas)

De no contar con recurso humano nuevo se trabajara con horas complementarias.

- Mejorar el abastecimiento de medicamentos e insumos críticos de acuerdo al protocolo.

✓ Se ha elaborado el protocolo básico de tratamiento que va como anexo al presente, el departamento de farmacia deberá garantizar la existencia de los medicamentos (según plan de emergencia de farmacia) y otros suministros necesarios para el buen mantenimiento de los pacientes.

- Disponer la oferta móvil complementaria con todos los recursos de la Oficina de Gestión de Riesgos

La Oficina de Gestión de Riesgos cuenta con 8 carpas que de ser necesarias podrían desplegarse según necesidad, sin embargo estas deberán ser ubicadas en espacios adecuados cercanos al hospital y contar con la logística necesaria para su buen funcionamiento.

- Disponer de insumos críticos específicos tales como: Oxígeno medicinal y sus dispositivos complementarios.

La mayor parte de pacientes requieren como principal insumo el oxígeno medicinal. Si bien el hospital en sus diversos ambientes tienen puntos de oxígeno empotrado que abastecen cada cama hospitalaria, la instalación de la oferta flexible obligara a la adquisición de otras formas de administración de oxígeno. Sería recomendable la adquisición de balones de oxígeno de 10 metros cúbicos con sus respectivos manómetros y otros accesorios de seguridad. Considerando además que por cada 2 balones de oxígeno, deberemos tener un balón adicional para el recambio correspondiente.

- Disponer de un protocolo de atención y tratamiento de los pacientes leves, moderados y graves.

Se anexa al presente, el protocolo general de tratamiento de los pacientes ingresados por COVID-19

- Disponer de protocolos para el manejo de cadáveres (Según protocolo institucional)

Cuando el paciente fallece dentro del hospital con diagnóstico o sospecha de COVID-19:



Plan de Respuesta del HEJCU "Coronavirus COVID-19"

- 1) El cadáver será colocado dentro de una bolsa negra con todos los elementos e insumos médicos que le fueron administrados. Debiendo tener una atadura en la parte superior y luego ser rociado con una solución de agua con lejía
- 2) Esta bolsa será introducida dentro de otra bolsa negra, herméticamente cerrada
- 3) Este procedimiento será realizado por los técnicos de enfermería quienes deberán tener el equipo de protección personal completa según la resolución ministerial correspondiente.
- 4) El médico asistente que certificó la muerte deberá emitir el certificado de defunción correspondiente por duplicado debiendo entregar una copia al familiar y otra copia al área de seguros quienes confeccionaran el expediente correspondiente para la contratación de la empresa encargada de la cremación y/o inhumación.
- 5) El cadáver del paciente con diagnóstico o presunción de COVID-19 no deberá permanecer más de 24 horas en el mortuario, siendo responsabilidad del jefe de guardia el tramite general del proceso.

- Adecuar los protocolos de desinfección de ambientes
- Registro de Pacientes: Todo paciente (ambulatorio y/o trabajador) que llega a nuestro hospital en busca de atención médica o exámenes de diagnóstico deberá necesaria y obligatoriamente contar al menos con la ficha de atención de emergencia la que servirá para la solicitud de exámenes auxiliares
Todo pacientes que se hospitaliza deberá tener una historia clínica en la que se registrara la evolución y las ocurrencias que pudieran acontecer, la terapéutica empleada y las notas de enfermería correspondiente.
- Registro de imágenes: Siendo que las imágenes tomograficas y radiológicas son necesarias para la confirmación del diagnóstico y/o complicación, el paciente deberá ser conducido a la sala de imágenes con las medidas de seguridad necesarias: mascarilla quirúrgica, sabana descartable para la cobertura del cuerpo de cabeza a los pies, limpieza de manos y deberá ser conducido en camilla y/o silla de ruedas. Está prohibido que el paciente acuda al servicio caminando y sin compañía de personal asistencial.



10. RED DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Los pacientes confirmados como COVID que no tengan comorbilidad ni factores de riesgo en general ni desean dependientes de oxígeno podrán ser trasladados a la villa panamericana, debiendo la unidad de referencia tomar acción.

11. INSTITUCIONES DE APOYO

Se tendrá como apoyo al Servicio de Atención Móvil de Urgencias – SAMU, quienes harán el traslado del paciente con COVID-19

12. FIN DE LA EMERGENCIA

Luego que cese el flujo de pacientes ingresados han sido atendidos en su totalidad, la máxima autoridad hospitalaria debe dar por finalizada la respuesta y debe ser inmediatamente difundido a todo el personal del hospital.

La emergencia finaliza una vez controlada la situación que llevo a declarar la alerta.



Plan de Respuesta del HEJCU "Coronavirus COVID-19"

El Director del hospital como Encargado del Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres, una vez que se haya controlado el evento, dará por finalizado la situación de emergencia a través de los altoparlantes del hospital.

Luego que se ha declarado el final de la emergencia, se recomienda efectuar las siguientes acciones:

- Consolidar la información de las personas atendidas para preparar los informes y estadísticas.
- Cada jefe de servicio o jefe de guardia redactara un informe pormenorizado de las actividades.
- Complementar los registros médicos y la documentación requerida para trámites administrativos.
- Reiniciar la prestación de los servicios que se hayan suspendido por el evento.
- Levantar un inventario de necesidades que se deban cubrir a corto, mediano y largo plazo.
- Gestionar recursos para reparaciones o adecuaciones, teniendo en cuenta las medidas de mitigación.

13. FINANCIAMIENTO

- El presupuesto visto para la ejecución del presente plan es financiado por PPR 104, PPR 068 y otros recursos del tesoro AD DOC, Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

14. SEGUIMIENTO DE LA EJECUCION DEL PLAN

- La ejecución del presente plan, así como su seguimiento estará a cargo del Área Funcional de Gestión de Riesgo de Desastres del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

15. ANEXO



HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
UNIDAD ESPECIAL DE MANEJO COVID 19
ESQUEMA BASICO DE MANEJO

LABORATORIO BASAL	
Hemograma	
aga electrolitos, lactato	según evolución, marcador de gravedad
Urea y Creatinina	
Ca y Mg	
PCR cuantitativo	
Ferritina	según evolución, marcador de gravedad
Dimero D	según evolución, marcador de gravedad
LDH	
CPK	
Perfil de Coagulación	
Fibrinogeno	
(solicitar de inicio)	
TRATAMIENTO INICIAL BASICO	
Hidroxyclorequina 400 mgrs	Día 1: 400 mgrs cada 12 horas Días 2 a 10: 200 mgrs cada 12 hs
Azitromicina 500 mgrs	Día 1: 500 mgrs VO Días 2 a 5: 250 mgrs día
Ceftriaxona 1 gr EV	administrar 2 grs EV cada día
Ivermectina	1 gota/Kg PC/ día / x 2 días seguidos
Enoxaparina	1 mgr/ Kg/12 hs/sc
No AINES / si uso previo de IECA o ARAIL, se continua	
TRATAMIENTO ADICIONAL	
Enoxaparina	1 mg/Kg /12 hs SC si Dimero D es > a 3 y plaquetas están menores de 100,000
Metilprednisolona	100 mgrs / 8 hs / 3 días si Ferritina es > 700
O Dexametasona	40 mg/día / 4 días
Tocilizumab	8 mg/kg en dosis única. Repetir 2 dosis cada 8 horas si no respuesta y IL - 6 elevada / control interdiario de TGO y TGP
Omeprazol	40 mg/ 12 hs
Codeina	30 a 60 mg/ día

EKG	
Medir intervalo QT y QT corregido basal	
repetir en 12 horas	
seguimiento cada 2 días	
IMÁGENES	
TEM de tórax	
Rx de tórax, si es imposibles la TEM	
LABORATORIO ADICIONAL	
Procalcitonina	
Trigliceridos	
Hemocultivos x 2	
Perfil Hepatico	
SEDOANALGESIA	
Midazolam	infusión
Fentanilo	infusión
Vecuronio	infusión
Propofol	NO USAR: riesgo de acidosis láctica
Dexmedetomidina	Destete
Quetiapina	Destete

PRONACION
Pronar al paciente dentro de las primeras 12 horas de admitido
mantener por 24 a 48 horas la primera sesión
MONITOREO HEMODINAMICO
ECOCARDIO CADA 2 DIAS / ECOGRAFIA PULMONAR

