

Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo Clínico de Casos de Influenza

Ministerio de Salud República de Chile

Versión: 4.1

Mayo 2011

En la revisión y actualización de esta guía participaron: Dra. Jeannette Dabanch, Dra. Cecilia Perret, Dr. Jan Paul Wilhelm, BQ Rodrigo Fasce, E.U. Viviana Sotomayor, Dr. Jorge Vergara, Dr. Fernando Otaíza, QF. Soledad Del Campo, Dra. Marisol Rivera.

Todas las guías clínicas y formularios están disponibles en:

www.minsal.cl

[Plan de Invierno 2011](#)

www.epi.minsal.cl

[Vigilancia Influenza](#)

Línea directa especial para personal de salud:

510 6457

I. INTRODUCCIÓN

La versión 4.1 de la “Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo Clínico de Casos de Influenza”, está dirigida al personal de salud. Incorpora modificaciones basadas en la experiencia adquirida durante la primera ola pandémica por virus influenza A (H1N1) 2009 y el comportamiento de la circulación de los virus influenza durante el año 2010.

Los principales cambios en relación con las guías anteriores son la incorporación de recomendaciones de terapia antiviral para los virus de influenza estacional A (H3N2) e influenza B. Las recomendaciones de tratamiento están orientadas a tratar a aquellos pacientes que presenten condiciones de riesgo para enfermedad respiratoria grave y que cumplan con la definición de caso sospechoso o confirmado de influenza y para aquellos que requieran hospitalización por influenza. En el tratamiento ambulatorio de los niños se modifica la recomendación de uso empírico de antiviral al menor de dos años.

Asimismo, la recomendación de indicación de quimioprofilaxis se mantiene para embarazadas y personas inmunodeprimidas expuestas a casos sospechosos o confirmados y se debe aplicar independiente de su estado de vacunación. Para el personal de salud se recomienda sólo en caso de personas no vacunadas que han tenido una exposición definida de riesgo.

Las definiciones de caso sospechoso y caso confirmado, así como los criterios para indicar la hospitalización se mantienen. Es recomendable el estudio de laboratorio para confirmación de la infección en secreción nasofaríngea para pacientes hospitalizados con definición de caso sospechoso.

II. ANTECEDENTES

En mayo del año 2009 en Chile se detectaron los primeros casos de influenza por el virus pandémico A (H1N1) 2009 y para el final de la primera ola el número total de casos notificados fue de 368.129 afectando principalmente a niños en edad escolar.

El análisis de los datos obtenidos de las notificaciones de IRA grave (IRAG) durante el brote pandémico del 2009, permitió identificar los factores de riesgo para presentar enfermedad grave y mortalidad por influenza. La enfermedad grave se observó principalmente en los grupos de edades extremas de la vida. La tasa de hospitalización fue 6 veces mayor en el adulto mayor de 60 años comparado con la población general, seguido por la de los niños menores de 5 años con una tasa 3 veces mayor que la general. Se identificó además como factor de riesgo la presencia de co-morbilidad, especialmente en el grupo de 15 a 50 años, el embarazo y el tiempo entre inicio de síntomas y la hospitalización.

Estudios demuestran que el uso adecuado y oportuno de antivirales reduce el riesgo de complicaciones severas asociadas a influenza como neumonía, falla respiratoria, exacerbación de enfermedades crónicas y muerte.

Durante el año 2010, el aumento de las consultas respiratorias se detectó a partir de la semana 31, con circulación más importante de influenza A (H3N2) que triplicó a la influenza A (H1N1) 2009 y también circulación de influenza B.

La tasa acumulada de casos de enfermedad tipo influenza (ETI), el año 2010 fue inferior a la del año 2009 (693 por cien mil habtes. y 1.050 por cien mil habtes. respectivamente), el máximo se alcanzó la semana 37 (fines de septiembre), mientras que en 2009, el máximo fue en la semana 28.

Durante el año 2010 se confirmaron 310 casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) por influenza A (H1N1) 2009 con una tasa de 1,8 por cien mil habitantes. Se observó un aumento de casos IRA grave por influenza A (H3N2), superando en la semana 33 el número de casos confirmados en relación a influenza A (H1N1) 2009, alcanzando el máximo las semanas 35 y 36. Durante el año 2010 se confirmó un total de 868 casos de influenza A (H3N2). Se confirmaron 55 casos de IRA grave por influenza B. En el 57,3% de los casos de IRAG, existió el antecedente de enfermedad de base.

Respecto a los fallecidos, se registraron 81 defunciones asociadas a influenza: 21 por Influenza A (H1N1)2009, 57 asociadas a influenza A (H3N2) y 3 defunciones asociadas a influenza B.

La vacuna contra la influenza es uno de los pilares fundamentales de salud pública para el control de la infección. El plan de vacunación contra la influenza 2011 incorporó la vacuna trivalente (A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2), B/Brisbane/60/2008, o sus equivalentes), según lo recomendado por OMS para el hemisferio sur. Esta estrategia preventiva está dirigida a población con alguna condición de riesgo y su objetivo es reducir el número de hospitalizaciones y muertes por esta enfermedad.

Para el año 2011 se espera co-circulación de los 3 virus de influenza pero el comportamiento epidemiológico es difícil de predecir; por ello es importante que tanto la aparición, distribución geográfica, diseminación y evolución de los virus influenza en la población sean monitoreados.

La vigilancia epidemiológica considera la vigilancia centinela de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI); la circulación de los virus respiratorios; el monitoreo de las consultas de urgencia por síndromes respiratorios, de las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave y de las defunciones de causa respiratoria. También se hace una búsqueda continua de la información epidemiológica internacional para conocer el comportamiento de los virus respiratorios a nivel mundial con énfasis en los países del hemisferio sur.

Es importante destacar que las guías clínicas son recomendaciones para optimizar el manejo de los pacientes y no reemplazan al adecuado juicio médico.

III. DEFINICIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

1. Caso sospechoso

a. Persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo influenza (ETI):
Fiebre \geq a 38,5°C axilar y tos, asociado a alguno de los siguientes síntomas:
mialgias, odinofagia o cefalea.

ó

b. Persona que se hospitaliza por infección respiratoria aguda grave (IRAG) o neumonía sin causa etiológica conocida.

2. Caso confirmado

Persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo influenza (ETI) o se hospitaliza por IRAG o neumonía, y se confirma influenza por IF.

En todo paciente debe realizarse una completa evaluación médica que permita descartar otras causas infecciosas frecuentes que puedan manifestarse con síntomas similares a la influenza.

IV. MANEJO CLINICO EN ADULTOS

1. Medidas generales

- Lavado frecuente de manos y medidas de higiene general.
- Cubrir la boca y nariz con pañuelo desechable al toser
- Hidratación adecuada
- Antipiréticos para el manejo de la fiebre, está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico en menores de 19 años.
- Reposo domiciliario
- Consultar precozmente ante agravamiento de síntomas

2. Tratamiento antiviral (Anexo 1)

Se indicará tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presenten alguna condición de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave (ver recuadro), y cuyo cuadro clínico corresponda a la definición de caso sospechoso o confirmado de influenza.

Condiciones de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave, para entrega de tratamiento antiviral	
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Inmunodepresión • Diabetes Mellitus • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Asma • Insuficiencia cardíaca congestiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad mórbida (IMC>40) • Daño hepático crónico • Insuficiencia renal crónica • Daño neuromuscular • Epilepsia • Edad mayor de 60 años

3. Hospitalización

a. Criterios de hospitalización

Se indicará hospitalización a todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso o confirmado y que presenta los siguientes criterios de gravedad:

- Taquipnea: FR > 26 x minuto
- Hipotensión: PAS < 90 mmHg
- Disnea
- Cianosis
- Hipoxemia: saturación de O₂ < 90 por oxímetro de pulso, respirando aire ambiental
- Consulta repetida por deterioro clínico

b. Indicaciones

- Hospitalizar en habitación individual o en cohorte, con precauciones estándar y con gotitas. (Ver: Medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes hospitalizados con influenza¹ y Guía de manejo de IRA grave en adultos, www.minsal.cl).
- Realizar estudio por IF, Test Pack en muestra respiratoria, según la técnica localmente disponible,
- Iniciar tratamiento inmediato con Oseltamivir (Anexo 1. Tabla 1).

¹ <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/833189a42ae996f8e04001011f01723b.pdf>

V. MANEJO CLÍNICO EN NIÑOS

1. Medidas generales

- Lavado frecuente de manos y medidas de higiene general
- Cubrir la boca y nariz con pañuelo desechable al toser
- Hidratación adecuada
- Antipiréticos para el manejo de la fiebre, está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico.
- Reposo domiciliario
- Consultar precozmente ante agravamiento de síntomas.

2. Tratamiento antiviral (Anexo 1)

Se indicará tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presenten alguna condición de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave (ver recuadro), y cuyo cuadro clínico corresponda a la definición de caso sospechoso o confirmado de influenza.

Condiciones de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave, para entrega de tratamiento antiviral

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| • Edad menor de 2 años * | • Asma |
| • Inmunodepresión | • Cardiopatías congénitas |
| • Diabetes | • Insuficiencia renal crónica |
| • Daño pulmonar crónico | • Enfermedad neuromuscular |
| • SBOR | • Epilepsia |

*En niño o niña entre 2 y 5 años sin comorbilidad manejado ambulatoriamente, la indicación de antiviral deberá realizarse de acuerdo a la evaluación clínica y seguimiento de cada caso.

3. Hospitalización

a. Criterios de hospitalización

Se indicará hospitalización a todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso o confirmado y que presentan los siguientes criterios de gravedad:

- Hipoxemia: saturación de O₂ < 93% respirando aire ambiental
- Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes)
- Dificultad respiratoria o aumento del trabajo respiratorio
- Compromiso hemodinámico
- Consulta repetida por deterioro clínico

b. Indicaciones

- Hospitalizar en habitación individual o en cohorte, con precauciones estándar y con gotitas. (Ver Medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes hospitalizados con influenza² y Guía de manejo de IRA grave en niños. www.minsal.cl).
- Solicitar muestra respiratoria para estudio por IF, test pack viral, según técnica localmente disponible.
- Iniciar tratamiento inmediato con oseltamivir (Anexo 1 tabla 1 y 2)

VI. QUIMIOPROFILAXIS DE CONTACTOS

Definición de contacto: Persona que habita bajo el mismo techo o que ha estado en contacto cercano con un caso sospechoso o confirmado de Influenza. Incluye al personal de salud en contacto clínico directo con el caso.

Contacto cercano se refiere al contacto a menos de 1,0 mt. por un tiempo de exposición mayor a 15 minutos, con un paciente con Influenza sospechosa o confirmada. Ejemplos de este tipo de contacto se dan en el espacio laboral, en escuela, albergues, regimientos, navíos y otros.

Indicación de quimioprofilaxis (Dosificación Anexo 1):

1. Individuos con las siguientes condiciones de riesgo:

- Embarazada vacunada o no, que habita bajo el mismo techo o es contacto cercano de un paciente que cumple con la definición de caso sospechoso o confirmado.
- Paciente inmunodeprimido o con terapia inmunosupresora vacunado o no que habita bajo el mismo techo o es contacto cercano de un paciente que cumple con la definición de caso.

2. Personal de Salud no vacunado que:

- Haya realizado atención clínica directa a menos de un metro y por más de 15 minutos de un paciente que cumple con la definición de caso sospechoso o confirmado, **sin utilizar barrera de protección.**

² <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/833189a42ae996f8e04001011f01723b.pdf>
Versión 4.1 2011

VII. NOTIFICACIÓN DE CASOS

La vigilancia de influenza y la notificación de casos de influenza está regulada en la Circular B51 N° 20 de mayo de 2010: Vigilancia de Influenza estacional y pandémica, disponible en www.epi.minsal.cl. La vigilancia de IRA grave se encuentra en proceso de modificación dado el actual escenario posterior a la pandemia. A partir de mayo del 2011 se debe notificar:

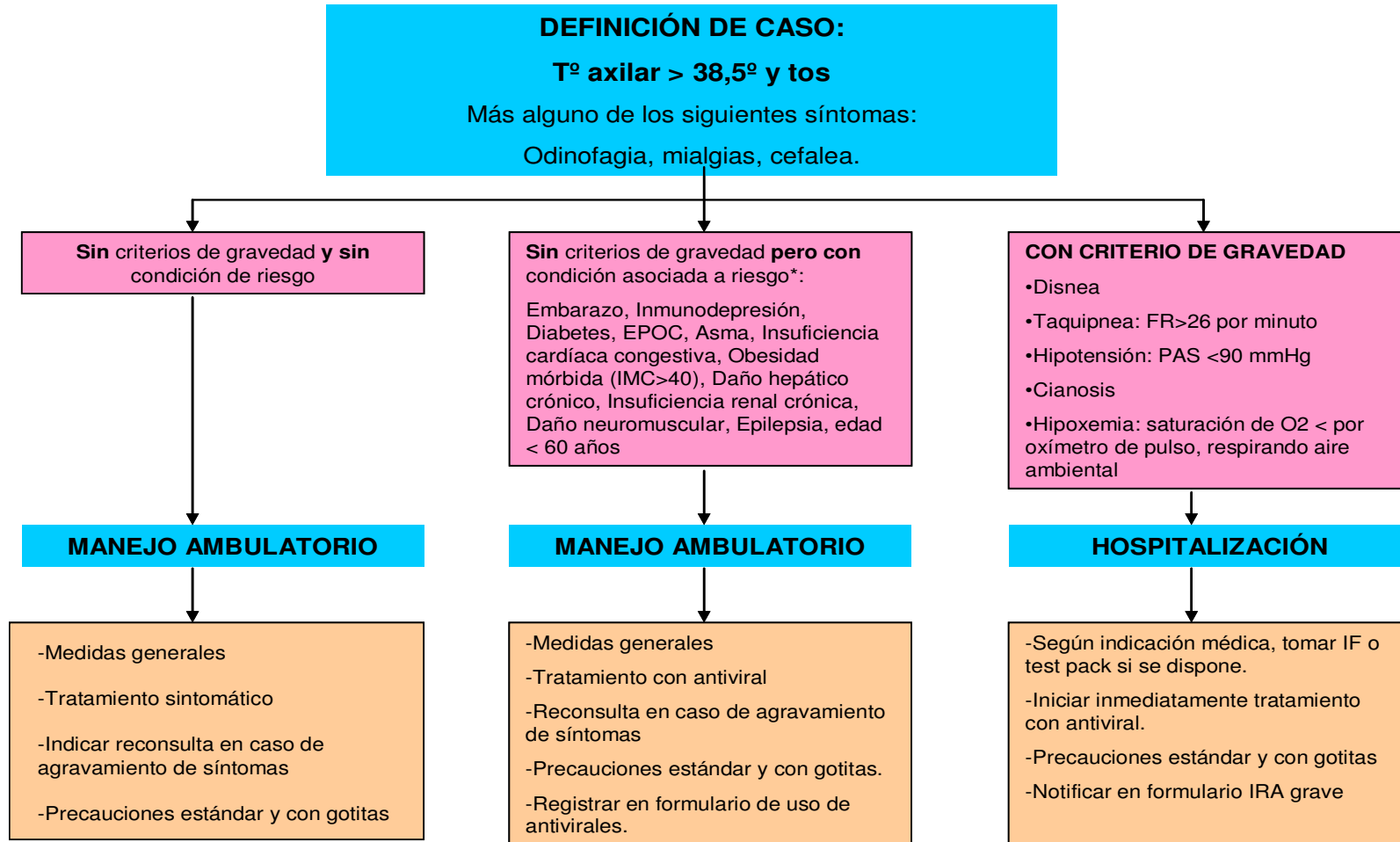
1. **Todos los casos de IRA Grave.**
 - Los establecimientos centinelas notificarán todos los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG).³
 - La notificación se realizará en el *“Formulario de Notificación Inmediata y Envío de Muestras a Confirmación de IRA Grave y Fallecidos por Influenza”* (Anexo 2).
2. **Todas las muertes por causa respiratoria o de causa desconocida en que se sospeche la influenza.**
 - Se indica su estudio y notificación dada la importancia de aclarar la etiología de estas muertes, especialmente en los pacientes previamente sanos. Para ello, se tomará muestras del tejido pulmonar por punción o autopsia que se enviarán al ISP. Además se tomarán dos muestras de sangre (2 a 5 ml) por punción venosa o cardíaca, que se conservarán congeladas en el nivel local para estudios complementarios si se descarta la influenza. Las muestras deberán ser adecuadamente rotuladas en dos tubos: uno con EDTA y otro sin anticoagulante.
 - La notificación se realizará en el formulario *“Formulario de Notificación Inmediata y Envío de Muestras a Confirmación de IRA Grave y Fallecidos por Influenza”* (Anexo 2)
 - Las muestras de tejido pulmonar deben ser enviadas al ISP junto al formulario correspondiente (Anexo 2).
3. **Los Centros Centinela Ambulatorios de Enfermedad Tipo Influenza, continuarán** la notificación habitual, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

VIII. REGISTRO DE ANTIVIRALES

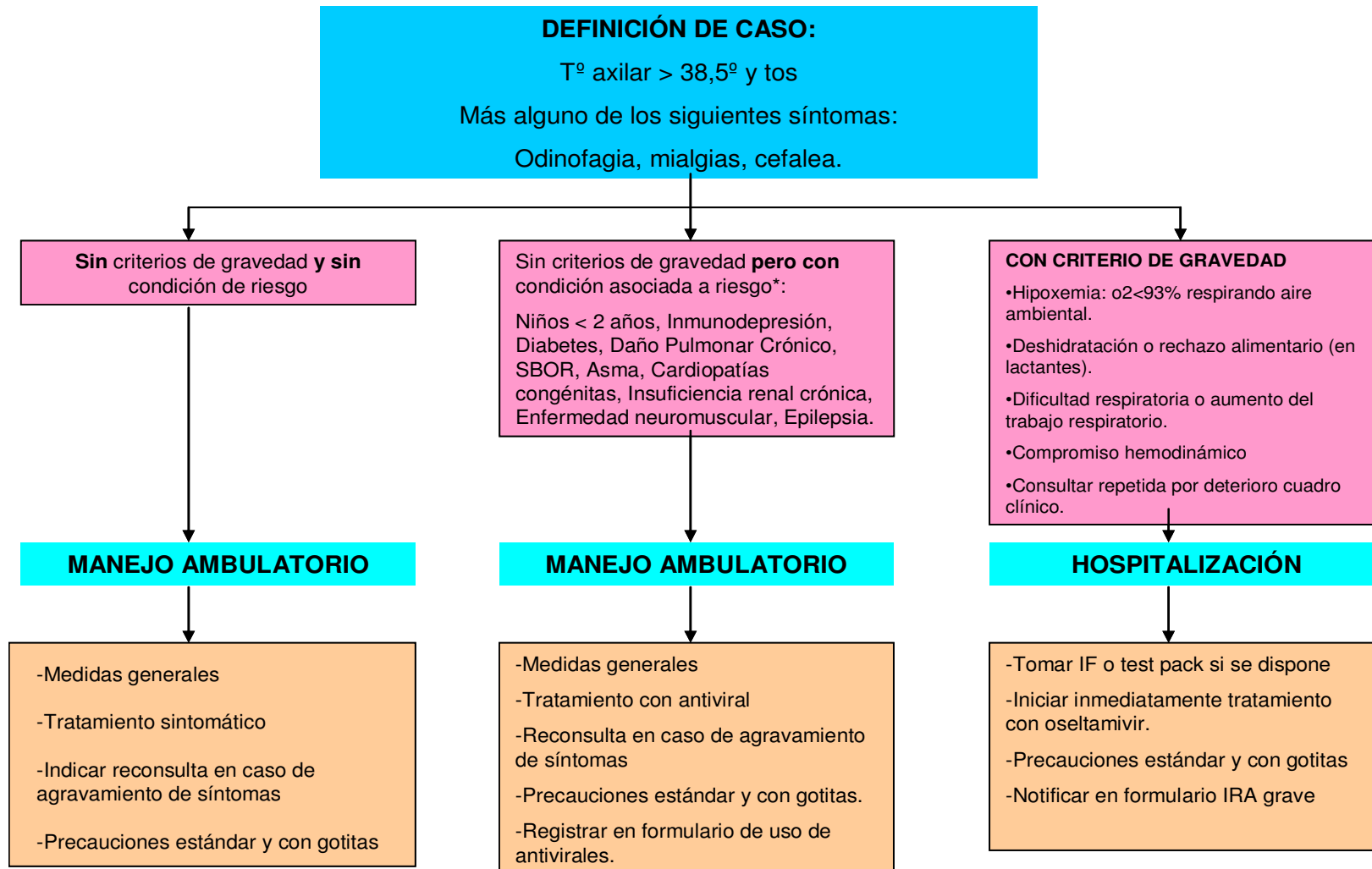
El establecimiento deberá registrar diariamente el número de pacientes a los que entregó tratamiento antiviral (**oseltamivir o zanamivir**) en el sistema de registro especialmente diseñado para ello y de responsabilidad de Subsecretaría de Redes Asistenciales (<http://intradeis.minsal.cl/siih>).

³ La Guía de Vigilancia Intensificada de IRA Grave, a través de la modalidad centinela, estará disponible en www.epi.minsal.cl.
Versión 4.1 2011

MANEJO CLÍNICO EN ADULTOS



MANEJO CLÍNICO EN NIÑOS



ANEXO 1

I. ANTIVIRALES DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFLUENZA

Existen diferentes tipos de medicamentos antivirales para el tratamiento de la influenza, entre estos los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir) y los adamantanos (amantadina y rimantadina). Entre los adamantanos, amantadina es la más utilizada.

Los virus de influenza A (H1N1) 2009, A (H3N2) e influenza B han demostrado ser susceptibles a los inhibidores de la neuraminidasa por lo tanto son los medicamentos de elección para su tratamiento, cuando éste está indicado. A pesar de que mundialmente se han detectado casos aislados de resistencia para influenza A (H1N1) 2009, en Chile a la fecha no se han detectado cepas resistentes a los inhibidores de neuraminidasas.

Por otra parte, el virus influenza A (H1N1) 2009 y A (H3N2) son resistentes a amantadina y rimantadina. Los adamantanos no están indicados para el tratamiento del virus Influenza B.

El uso de antivirales en embarazadas de cualquier edad gestacional y mujeres en lactancia, con diagnóstico de influenza debe ser indicado considerando que el beneficio sea mayor que el riesgo de la enfermedad (clasificación C según la FDA). En las embarazadas hospitalizadas por IRA grave o compromiso sistémico por influenza, el tratamiento de elección es oseltamivir.

Inhibidores de la neuraminidasa:

a. Zanamivir:

Indicaciones: Es una alternativa para el tratamiento y profilaxis de la infección por virus influenza para embarazadas de cualquier edad gestacional y en pacientes que presenten intolerancia a oseltamivir.

Dosificación para tratamiento de adultos y niños mayores de 7 años: **2 inhalaciones de 5 mg. cada 12 hrs. por 5 días.**

Contraindicaciones: Por ser un medicamento inhalatorio, el efecto adverso más reportado es el broncoespasmo, por lo tanto no debe ser usado en personas con:

- Hiperreactividad bronquial
- Asma
- Enfermedad bronquial obstructiva crónica

b. Oseltamivir:

Indicación: A la fecha ha demostrado ser útil en el tratamiento de la infección por virus influenza, por lo tanto constituye el tratamiento de elección.

Dosificación de oseltamivir : tablas 1 y 2

Importante recordar que **se requiere ajustar las dosis en pacientes con insuficiencia renal y en pacientes en hemodiálisis.**

TABLA 1. Dosificación de oseltamivir para tratamiento

Peso paciente	Dosificación oseltamivir Vía oral	Duración de tratamiento
* < 15 kilos	30 mg. cada 12 horas	5 días
15 - 23 kilos	45 mg. cada 12 horas	5 días
24 - 40 kilos	60 mg. cada 12 horas	5 días
> 40 y adultos	75 mg. cada 12 horas	5 días

TABLA 2. Dosificación de tratamiento con oseltamivir para lactantes menores de 1 año

Edad	Dosis recomendada por 5 días
0-1 mes	2 mg/Kg dosis cada 12 hrs
Mayor de 1 mes hasta 3 meses	2,5 mg/Kg dosis cada 12 hrs
Mayor de 3 meses hasta 1 año	3 mg/Kg dosis cada 12 hrs

Dosificación de oseltamivir para lactantes prematuros: 1 mg/ kg dosis cada 12 horas.

II. ANTIVIRALES DISPONIBLES PARA QUIMIOPROFILAXIS DE INFLUENZA

Para utilizar en quimioprofilaxis está disponible tanto oseltamivir como zanamivir. Ambos pueden ser utilizados en embarazadas de cualquier edad gestacional evaluando beneficio versus riesgo. Preferir zanamivir en embarazadas y en personas con contraindicación de uso de oseltamivir.

Se deben identificar los contactos con factores de riesgo definidos e iniciar quimioprofilaxis.

Tabla 3 Dosificación de oseltamivir para tratamiento profiláctico de contactos

Peso paciente	Dosificación oseltamivir Vía Oral	Duración de tratamiento
< 15 kilos	30 mg. cada 24 horas	10 días
15 - 23 kilos	45 mg. cada 24 horas	10 días
23 - 40 kilos	60 mg. cada 24 horas	10 días
> 40 y adultos	75 mg. cada 24 horas	10 días

Las dosis profilácticas de oseltamivir en lactantes menores de 1 año son las siguientes:

**Tabla 4 Dosificación de oseltamivir para menores de 1 año
tratamiento profiláctico de contactos**

Edad	Dosis recomendada por 10 días
0-1 mes	2 mg/Kg dosis cada 24 hrs
Mayor de 1 mes hasta 3 meses	2,5 mg/Kg dosis cada 24 hrs
Mayor de 3 meses hasta 1 año	3 mg/Kg dosis cada 24 hrs

*Paciente hospitalizado por compromiso respiratorio bajo o con patología asociada de riesgo de enfermedad grave por influenza

Dosificación de zanamivir para profilaxis: 2 inhalaciones de 5 mg cada 24 hrs por 10 días.

ANEXO 1

Ministerio de Salud
República de Chile

Abril 2010

**FORMULARIO NOTIFICACIÓN INMEDIATA Y ENVÍO DE MUESTRAS A CONFIRMACIÓN
IRA GRAVE Y FALLECIDOS POR INFLUENZA (COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA)**

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos Paterno Apellido Materno: Nombres:

R.U.T.: _____ SEXO: Fem Masc Edad: _____ años _____ meses Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DOMICILIO: Calle _____ N° _____ Previsión _____

COMUNA: _____ Región _____ Teléfono fijo o celular: _____

Trabajador avícola o granjas de cerdos SÍ NO Personal de Salud: SÍ NO Embarazo SÍ NO Semanas gestación: ____/____/____

2. ANTECEDENTES CLÍNICOS.

Fecha inicio síntomas ____/____/____ Fecha 1ª consulta ____/____/____

Síntomas:

Fiebre (> o = 38,5° C)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cefalea	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Rinorrea /congestión Nasal	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Taquipnea:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Mialgia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hipoxia:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Neumonía	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hipotensión:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cianosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Encefalitis:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes): <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Compromiso hemodinámica:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Enfermedad de base:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Especifique: _____		
Consulta repetida por deterioro cuadro respiratorio:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

Hospitalización:

Se hospitaliza: SÍ NO Fecha hospitalización ____/____/____ Diagnóstico de Ingreso: _____

Grave: SÍ NO Ingreso UCI: SÍ NO VM: SÍ NO VAFO: SÍ NO ECMO: SÍ NO

Uso Antiviral: SÍ NO Fecha inicio: ____/____/____ Antiviral: Oseltamivir Zanamivir

Fallecimiento:

Fallece: SÍ NO Fecha fallecimiento ____/____/____ Diagnóstico fallecimiento: _____

Antecedentes Vacunación

Vacuna contra influenza SÍ NO Fecha vacunación: ____/____/____

3. IDENTIFICACION DE MUESTRAS Y EXÁMENES

Fecha obtención de la muestra: ____/____/____ Fecha envío muestra: ____/____/____

Virus detectado localmente

Inmuno Fluorescencia: Influenza A Influenza B VRS Adenovirus Parainfluenza Negativo Establecimiento : _____

Test Pack: Influenza A Influenza B Negativo Establecimiento : _____

RT-PCR: Influenza A (H1N1) pdm Influenza A no subtipificable Negativo Establecimiento : _____

Tipo de muestra: Aspirado Nasofaríngeo Tóricas Nasofaríngeas Biopsia o Tejido Pulmonar Otro: _____

Establecimiento: _____ Fono: _____

Responsable de la notificación: _____ Fecha notificación: ____/____/____

ENVIAR UNA COPIA JUNTO CON LA MUESTRA AL ISP y OTRA VIA MAIL DE INMEDIATO A EPIDEMIOLOGÍA SEREMI SALUD RESPECTIVA:

Direcciones SEREMI Salud:	notificacion_atacama@minsal.cl	notificacion_maule@minsal.cl	notificacion_loslagos@minsal.cl
notificacion_arica@minsal.cl	notificacion_coquimbo@minsal.cl	notificacion_biobio@minsal.cl	notificacion_aysen@minsal.cl
notificacion_kiique@minsal.cl	notificacion_valparaiso@minsal.cl	notificacion_arucanilla@minsal.cl	notificacion_magallanes@minsal.cl
notificacion_antofagasta@minsal.cl	notificacion_ohiggins@minsal.cl	notificacion_losrios@minsal.cl	notificacion_rm@minsal.cl