



**Gobierno
Autónomo
Departamental
Santa Cruz**

GUIA DE ORIENTACIÓN PARA TRATAMIENTO DE COVID – 19

**COMITÉ CIENTÍFICO DEL COLEGIO MÉDICO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
SANTA CRUZ – BOLIVIA**

Santa Cruz, 15 de abril de 2020

AUTORES:

COLEGIO MÉDICO DE SANTA CRUZ

Dr. Wilfredo Anzoátegui V. Presidente Colegio Médico de Santa Cruz
Dr. Luis Enrique Aguilera Vicepresidente Colegio Médico de Santa Cruz

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD – SEDES.

Dr. Oscar Urenda Aguilera Secretaria de Salud y Políticas Sociales
Dr. Marcelo Ríos Director del SEDES
Dra. Aida Aguilera Coordinadora General del SEDES
Dr. Roberto Torrez Gerente de Epidemiología
Dr. Boris Chang Responsable del PAI e Influenza
Dr. Carlos Alberto Hurtado Responsable del Reglamento Sanitario Internacional

SOCIEDAD CRUCEÑA DE MEDICINA INTERNA

Dra. Ana María Sapag Durán Presidente
Dra. Estela Edith Titto O. Vice-Presidente
Dra. Rosmery Gross A.
Dra. Eliana Vega Barbato
Dra. Roxana Hiza Ribera
Dra. Evelyn Murillo Salvatierra.
Dra. Delia Gutiérrez Blanco
Dra. Giovanna Hidalgo Bascopé.
Dr. Germán Toledo
Dr. Cristian Castellón
Dra. Karin Miranda
Dra. Tatiana Maida
Dr. Oscar Gómez

SOCIEDAD CRUCEÑA DE NEUMOLOGIA

Dr. Ronald Arce Justiniano Presidente
Dr. Roberto Paz Vice -Presidente
Dr. Héctor Terrazas
Dr. Jorge Arce Vargas
Dra. Juanita Vargas
Dra. Gloria Agreda Vedia

SOCIEDAD CRUCEÑA DE MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA

Dr. José Luis Prieto Jemio Presidente

SOCIEDAD CRUCEÑA DE CARDIOLOGIA

Dr. Erick Hornez Fernández Presidente

SOCIEDAD CRUCEÑA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

Dr. Felipe Ernesto Melgar Cuellar Presidente



RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 26/2.020
Santa Cruz de la Sierra, marzo 29 de 2.020.

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD, por mando de los Arts. 9 su numeral 4, y 5, 18, 35, 37, numeral 11 del Art. 108, de la constitución Política del Estado (CPE), establecen el derecho a la salud y primera obligación suprema del Estado, los Arts. 1, 2, 3, 125, 127, 134, 135, 136, 146 del código de Salud de la Republica, Decreto ley N° 15629 de 18 de julio de 1.978 y Decreto Supremo N° 25233 del 27 de noviembre de 1.998, dentro de las atribuciones que le confiere la Ley, tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población, vigilar y controlar la presentación de Servicios de Salud en establecimientos públicos y privados.

CONSIDERANDO:

Que, la gestión del sistema de salud es competencia concurrente entre el nivel Central del Estado y las entidades territoriales autónomas, en cuyo mérito la legislación corresponde al Nivel Central del Estado, mientras que los demás niveles ejercen simultáneamente las facultades reglamentarias ejecutivas.

Que, el Nivel Central del Estado distribuye las responsabilidades a los Gobiernos Autónomos Departamentales entre ellas ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, proporcionando la infraestructura y mantenimiento sanitario, así como proveer los servicios básicos, equipos mobiliarios, medicamentos, insumos y demás suministros a establecimientos de salud del tercer nivel de atención.

Que, el Servicio Departamental de Salud – SEDES en cada Departamento, es un órgano desconcentrado del Gobierno Autónomo Departamental teniendo estructura propia e independencia de gestión administrativa, depende linealmente del Gobernador y funcionalmente de la Secretaría de Salud y Políticas Sociales. Tiene como misión fundamental ejercer como autoridad de Salud en el ámbito departamental, teniendo la obligación y finalidad de regular su organización para el mejor funcionamiento de la prestación de las políticas y programas de salud priorizadas por el Servicio Departamental de Salud a nivel Departamental.

Que, la Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, entre las competencias de los Gobiernos Departamentales Autónomos establece en su Art. 81 parágrafo III.Inc.p) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.

Que, la Ley N° 2341 de Procedimiento Administrativo en el artículo 5° “Competencia” en el parágrafo II. La competencia atribuida a un órgano administrativo es irrenunciable, inexcusable y de ejercicio obligatorio y sólo puede ser delegada, sustituida o avocada conforme a lo previsto en la presente Ley.

Que, la Ley 1178 de Administración Gubernamental en su Art. 28 establece que: “Todo Servidor Público responderá a los resultados emergentes del desempeño de las funciones, deberes y atribuciones asignados a su cargo.”

Que, Ante la DECLARACION DE EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL y cuarentena en todo el Territorio del Estado, mediante D.S. N° 4196 de fecha 17 de marzo del año 2.020, y D.S., N° 4200 de fecha 25 de marzo del presente año, en su Art. 1. Tiene por objeto reforzar y fortalecer las medidas en contra del contagio y propagación del CORONAVIRUS (COVID-19) en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia,

Comprometidos con la Salud



Gobierno
Autónomo
Departamental
Santa Cruz

POR TANTO:

El **DR. MARCELO RIOS ALIAGA**, Director del Servicio Departamental de Salud SEDES, en uso de sus legítimas atribuciones para las que se encuentra facultado de acuerdo a Decreto Supremo N° 25233 de 18 de noviembre del 1.997 y por necesidad y utilidad del Servicio Departamental de Salud SEDES.

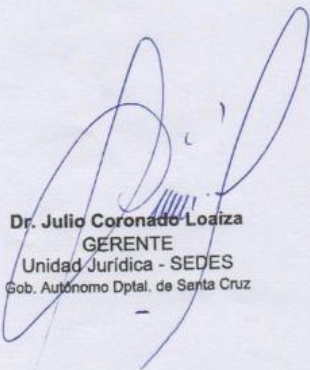
RESUELVE:


Primero. - Aprobar la GUIA PARA LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES COVID – 19 VERSIÓN 2, que contiene protocolos que facilitan el conocimiento, análisis y manejo clínico de los pacientes que requieran atención médica en todos los niveles de atención, tanto del sub sector público, seguridad social y privado, documento adjunto a la presente resolución.

Segundo. - Aprobar la GUIA DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA COVID-19, que orienta a todo personal de salud acerca del manejo apropiado del tratamiento para disminuir el riesgo de mortalidad, con la finalidad primordial de promover el manejo adecuado de los casos de COVID-19, documento adjunto a la presente resolución.

Tercero. - Por la Coordinación General del SEDES, se de cumplimiento a su difusión y aplicación en el sistema de salud departamental.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE


Dr. Julio Coronado Loaiza
GERENTE
Unidad Jurídica - SEDES
Gov. Autónomo Dptal. de Santa Cruz


Dr. Marcelo Ríos Aliaga
DIRECTOR
Servicio Departamental de Salud
Gov. Autónomo Dptal. de Santa Cruz

Comprometidos con la Salud

Servicio Departamental de Salud - SEDES • Av. Omar Chávez esq. Pozo • Teléfono: (591 3) 363 6606 - 363 6607

www.santacruz.gob.bo

INDICE

INTRODUCCIÓN..... 7

ORIENTACIÓN PARA TRATAMIENTO DE COVID-19.....8

TORMENTA DE CITOQUINAS.....11

GUÍA PARA EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOLÓGICO DE ARRITMIAS.....13

FACTORES PRONOSTICOS DE MORTALIDAD.....15

FLUJOGRAMA DE ALTA EN PACIENTES CON COVID-19.....16

CONSENTIMIENTO INFORMADO.....17

INTRODUCCIÓN

La actual emergencia de salud pública de importancia internacional debido a la enfermedad por COVID-19, producida por el SARS-CoV2, nos obliga a realizar revisiones y adecuaciones según la realidad y el contexto epidemiológico de nuestra región, por lo que; la presente Guía responde a la exploración continua de los avances en el tratamiento de Covid-19, basada en experiencia internacionales, con la finalidad de establecer una referencia para el médico tratante considerando las necesidades del paciente y los recursos disponibles según el contexto y/o circunstancia en la que se encuentre. Se debe considerar que estos tratamientos planteados, son tratamientos compasivos y experimentales y que esta guía es provisional, por lo que está en constante revisión y debiendo utilizarse el criterio médico individualizando en cada paciente, evaluando riesgo/beneficio y realizando consentimiento informado antes de su administración.

**GUÍA DE ORIENTACION PARA EL TRATAMIENTO DE COVID - 19
COMITÉ CIENTÍFICO DEL COLEGIO MÉDICO/SEDES
SANTA CRUZ – BOLIVIA**

(Estas recomendaciones provisionales, están en permanente revisión según la nueva evidencia científica, se sugiere individualizar recomendaciones según escenario y criterio médico)

Fecha de última revisión: 15/04/20

Previo al tratamiento se debe realizar consentimiento informado

| Enfermedad no complicada | Neumonía Leve | Cuadros Graves Neumonía Grave, SDRA, Sepsis, Shock Séptico |
|--|--|--|
| Sin comorbilidad: Tratamiento sintomático Con comorbilidades y/o adulto mayor: Tratamiento sintomático + Hidroxicloroquina (con o sin azitromicina) o Cloroquina (ver guía de evaluación cardiológica) | Hidroxicloroquina + Lopinavir/Ritonavir (ver guía de evaluación cardiológica) | Hidroxicloroquina + Lopinavir/Ritonavir Internación en UTI (ver guía de evaluación cardiológica) |

Tromboprofilaxis:

Se debe de evaluar precozmente la tromboprofilaxis en todo paciente con COVID-19.

Se debe iniciar tromboprofilaxis en todos los pacientes hospitalizados (valorar siempre riesgo de sangrado y riesgo de tromboembolia. Disminuir dosis si clearance de creatinina esta alterado).

En pacientes ambulatorios valorar factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (en este caso iniciar HBPM profiláctica por 10 días).

- Para tromboprofilaxis usar: HBPM. Enoxaparina:
 - **<80 kg:** 40 mg/ SC por día
 - **≥ 80 kg:** 60 mg/SC por día
 - **≥100 kg:** 40 mg cada 12 horas
- En pacientes con alto riesgo de trombosis (infección severa por COVID-19, Dímero D ≥6 veces del valor normal): Enoxaparina: 1 mg/kg/día.
- En pacientes con cuadro de tromboembolia confirmada: Enoxaparina 1 mg/kg/dosis cada 12 horas.

Anticoagulación: Dímero D > 1000. (En caso de Enfermedad Renal Crónica, ajustar dosis según Clearance de Creatinina). Evaluar individualmente si existe contraindicaciones para uso de HBPM.

| Dímero –D | Peso (kg) | HBPM |
|-------------|-----------|---|
| < 1000 | <80 | Enoxaparina 40 mg /día |
| | 80-100 | Enoxaparina 60mg /día |
| | 100- 150 | Enoxaparina 40 mg/ 2 veces x día |
| | >150 | Enoxaparina 60 mg/ 2 veces x día |
| 1000 a 3000 | <100 | Enoxaparina 40 mg/ 2 veces x día |
| | 100 -150 | Enoxaparina 80 mg/ 2 veces x día |
| | >150 | Enoxaparina 120 mg/ 2 veces x día |
| >3000 | 100 | Enoxaparina 1 mg/kg/ peso 2 veces x día |

- Se debe realizar **consentimiento informado previo al uso de estos fármacos** explicando al paciente que actualmente el tratamiento utilizado es compasivo o experimental y la evidencia a la fecha es baja. Por este motivo, esta guía es provisional y esta en constante revisión y actualización según la evidencia científica que se disponga en un futuro.
- Se debe de realizar evaluación de riesgo cardiológico según la **guía de evaluación cardiológica** antes de iniciar tratamiento (ver abajo).
- No combinar Lopinavir/Ritonavir con amiodarona (interacción categoría X).
- Antes de usar antimaláricos (hidroxicloroquina o cloroquina) se debe evaluar contraindicaciones con la evaluación cardiológica, antecedentes de retinopatía o alergia a estos fármacos.
- Revisar siempre interacciones farmacológicas de estos fármacos con otros que toma el paciente.
- Usar aplicaciones disponibles para evaluar interacciones (Ej.: Medscape).
- De acuerdo a la evaluación clínica solicitar: Hemograma con recuento de plaquetas, función hepática, función renal, electrolitos, TP e INR, fibrinógeno, Dímero D, Ferritina, LDH, PCR, Gasometría arterial.
- Solicitar Rayos X de tórax y/o TAC de tórax, si sospecha Neumonía, o signos de alarma.
- Cultivos en caso de Neumonía y Sepsis. (Espudo, Hemocultivo)
- No suspender IECA ni ARA II (a no ser que este contraindicado por otro motivo)
- Valorar el estado nutricional.

Antibióticos:

Si hay sospecha de infección bacteriana. Opciones a considerar: Amoxicilina + ácido clavulánico 1,5 g EV cada 8 horas, o Ceftriaxona 1 g EV cada 12 horas (o 2 gr cada 24 horas, para minimizar tiempo de exposición de personal de enfermería). Se debe de elegir el antibiótico de acuerdo a protocolos de neumonía bacteriana.

Oseltamivir:

En pacientes con neumonía, hasta que se descarte influenza.

El tratamiento se debe de iniciar preferentemente en las primeras 48 horas de iniciado el cuadro. Dosis: 75 mg cada 12 horas x 5 días.

Hidroxicloroquina (HCQ)

- **Dosis de carga** (1er día): 400 mg VO cada 12 horas
- **Dosis de mantenimiento:** 200 mg cada 12 horas x 10 días

Fosfato de Cloroquina (solo en caso de no tener hidroxicloroquina):

- **Dosis de carga:** 500 mg cada 12 horas por 2 días
- **Dosis de mantenimiento:** 500 mg 1 vez al día x 5 días

Azitromicina:

- **Dosis carga:** 1er día 500 mg x día
- **Dosis de mantenimiento:** 250 mg x 4 días

Lopinavir/Ritonavir:

- **Dosis.** 400 mg/100 mg x 2 veces x día vía oral
- **Presentación:**
 - **Kaletra:** Comprimidos 200/50 (Dar 2 comprimidos cada 12 horas)
 - **Kaletra:** Solución oral 80 mg/20 mg/ml (Dar 5 ml cada 12 horas)

Los comprimidos no deben de alterarse dado que afecta su biodisponibilidad, por lo cual no deben ser partidos, triturados o masticados. Si el paciente no puede ingerir los comprimidos, se debe de usar solución oral.

Duración individualizada pudiendo utilizarse de guía para la retirada la desaparición de la fiebre o PCR para COVID-19 negativo. (Duración: máxima 14 días).

Corticoides:

Usar en pacientes con SDRA, encefalitis, insuficiencia suprarrenal, sepsis refractaria, EPOC exacerbado, asma.

- **Dosis:** Hidrocortisona 100 a 200 mg EV cada 6 a 8 horas.

TORMENTA DE CITOQUINAS

Entre el 10 al 20% de los pacientes pueden desarrollar neumonía intersticial y rápida progresión a Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), generalmente a partir del 7º día de inicio del cuadro clínico.

En esta fase se produce un estado de hiperinflamación mediado por elevación importante de citoquinas (tormenta de citoquinas o tormenta inflamatoria). Este cuadro sucede en algunos pacientes entre el 7º al 10º día.

Fármacos como los corticoides, tocilizumab e inmunoglobulinas pueden ser utilizados en esta etapa considerando que son tratamientos experimentales.

Antes de su uso se debe de evaluar el riesgo/beneficio.

Solicitar serología para hepatitis B, C, HIV previo a su administración.

Las dosis y recomendaciones son las siguientes:

Uso de corticoides en tormenta de citoquinas:

- Metilprednisolona 125 o 250 mg x día x 3 días
Elegir dosis de 250 mg en pacientes con mayor gravedad (hipoxemia)

Alternativa:

- Dexametasona 20 mg x 5 días luego y 10 mg x 10 días

Uso de Tocilizumab:

- En caso de tener disponible, valorar uso individualizado y cauteloso si el paciente tiene criterios de tormenta de citoquinas o síndrome de activación macrofágica (SAM).

Criterios de uso de Tocilizumab: (extraído de protocolo Ramon y Cajal)

- Edad >18 años.
- Pacientes 72 horas afebriles y 7 días después del inicio del cuadro clínico.
- Neumonía intersticial con insuficiencia respiratoria grave
- Empeoramiento rápido respiratoria con ventilación no invasiva o invasiva
- Parámetros de laboratorio que sugieran tormenta de citoquinas (en nuestro medio no tenemos disponible IL-6):
 - Elevación de Dímero D >1500 o Dímero D en aumento progresivo
 - Elevación de ferritina, PCR, transaminasas, LDH, alteración de la coagulación

Criterios de exclusión:

- Transaminasas: AST/ALT con valores superiores a 5 veces los niveles de normalidad.
- Neutrófilos < 500 cell/mm³.
- Plaquetas < 50.000 cell/mm³.
- Sepsis documentada por otros patógenos que no sean COVID-19.
- Presencia de comorbilidad que puede llevar según juicio clínico a mal pronóstico
- Diverticulitis complicada o perforación intestinal
- Infección cutánea en curso (piodermitis no controlada con tratamiento antibiótico)
- Terapia inmunosupresiva anti-rechazo

Dosis: En < 75 kg: 400 mg IV.
> 75 kg: 600 mg IV.

Se puede valorar una 2ª dosis en las siguientes 48 horas según respuesta clínica y persistencia del estado proinflamatorio

Presentación: Ampollas de 4ml: 80 mg, de 10 ml: 200 mg y de 20 ml: 400 mg.

Considerar que el tratamiento con tocilizumab debe darse en asociación con Lopinavir/ritonavir, antimaláricos y/o corticoides.

Estas recomendaciones son provisionales y están en constante revisión según la evidencia científica que se publique posteriormente

GUÍA PARA EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOLÓGICO DE ARRITMIAS

Los fármacos propuestos para el tratamiento compasivo en COVID-19 (hidroxicloroquina, cloroquina, lopinavir/ritonavir, azitromicina), tienen riesgo de producir prolongación del intervalo QT y riesgo de muerte súbita cardíaca. Por lo que se debe evaluar este riesgo en todo paciente antes de iniciar su uso.



Intervalo QT (1mm = 40 ms) 400 ms.

Medir desde inicio de la onda Q del complejo QRS y hasta finalizar la onda T.
Usar derivación DII o V5

Fuente: Manuel John Lievano, et al. Guía rápida para interpretación de electrocardiograma en pacientes con SARS-CoV-2. REPERT MED CIR. 2020;29(Núm. Supl.1.):1-9

Dado que el intervalo QT es dependiente de la frecuencia cardíaca, se recomienda que se calcule el intervalo QTc (Intervalo QT corregido) mediante calculadoras online (Ej.: Medscape), mediante la fórmula de Bazett.

Una vez obtenga el valor del QTc, clasifique a los pacientes según los valores de referencia (tabla 1)

Tabla 1

| Nivel de alerta | QTc (Bazett) | Conducta sugerida |
|------------------------|--|---|
| Alerta verde | QTc: Hombres: 440 - 469 ms Mujeres: 450 - 479 ms | Se puede administrar con precaución los fármacos realizando control de ECG a las 48 horas. Antes de usar clasificar según factores de riesgo (tabla 2) |
| Alerta amarilla | Antes de pubertad: 460 ms. Hombres: 470 - 499 ms Mujeres: 480 - 499 ms | Se debe de evaluar causas que prolonguen QT como alteración de electrolitos, fármacos de uso habitual del paciente. Corregir alteraciones y reevaluar su uso con ECG. Antes de usar clasificar según factores de riesgo (tabla 2) |
| Alerta roja | QTc: ≥ 500 ms Pacientes con QTc: ≥ 600 ms seguimiento estrecho. | Riesgo aumentado de torsades de pointes o muerte súbita cardíaca No usar fármacos que prolonguen el intervalo QT. |

En pacientes con **alerta roja no usar combinaciones** que incluyan antimaláricos (cloroquina o hidroxicloroquina) con azitromicina u otras que prolonguen el intervalo QT.

Cuando se decida prescribir estos fármacos se debe de realizar previa evaluación de los factores de riesgo de arritmia, listados en la tabla 2.

Si tiene alto riesgo (≥ 11 puntos) de arritmia se recomienda no usar la combinación de hidroxicloroquina o cloroquina con azitromicina u otros fármacos que prolonguen el intervalo QT.

Tabla 2

| Puntuación de riesgo para desarrollar arritmias ventriculares por la prolongación de QTc asociada a fármacos | |
|---|---------------|
| Factores de riesgo | Puntos |
| Edad ≥ 68 y | 1 |
| Sexo femenino | 1 |
| Diurético de asa | 1 |
| Potasio sérico ≤ 3.5 mEq / L | 2 |
| Admisión QTc ≥ 450 ms | 2 |
| Infarto de Miocardio agudo | 2 |
| ≥ 2 fármacos que prolongan el QTc | 3 |
| Septicemia | 3 |
| Insuficiencia cardiaca | 3 |
| Una droga que prolonga el QTc | 3 |
| Puntuación máxima de riesgo | 21 |
| Bajo riesgo = ≤ 6 puntos | |
| Riesgo moderado = 7-10 puntos | |
| Alto riesgo = ≥ 11 puntos | |

La clasificación de los niveles de alerta según el valor del QTc fue extraída del siguiente documento: Manuel John Lievano, et al. Guía rápida para interpretación de electrocardiograma en pacientes con SARS-CoV-2. REPERT MED CIR. 2020;29 (Núm. Supl.1.):1-9

Factores pronósticos de Mortalidad

Variables clínicas

- Edad (> 50 años)
- Comorbilidades

Variables laboratorio

- Dímero D
- Ferritina
- PCR
- LDH

También es útil: Fibrinógeno, recuento de plaquetas, Tiempo de protrombina, relación de neutrófilos/linfocitos > 3, linfopenia persistente

IL-6 (no disponible en nuestro medio)

Grado de Insuficiencia respiratoria

- Sat O₂: ≤ 93% (oxígeno ambiente)
- PaO₂/FiO₂ < 300 mmHg
- PaO₂ < 60 mmg Hg

Rx de tórax/TAC

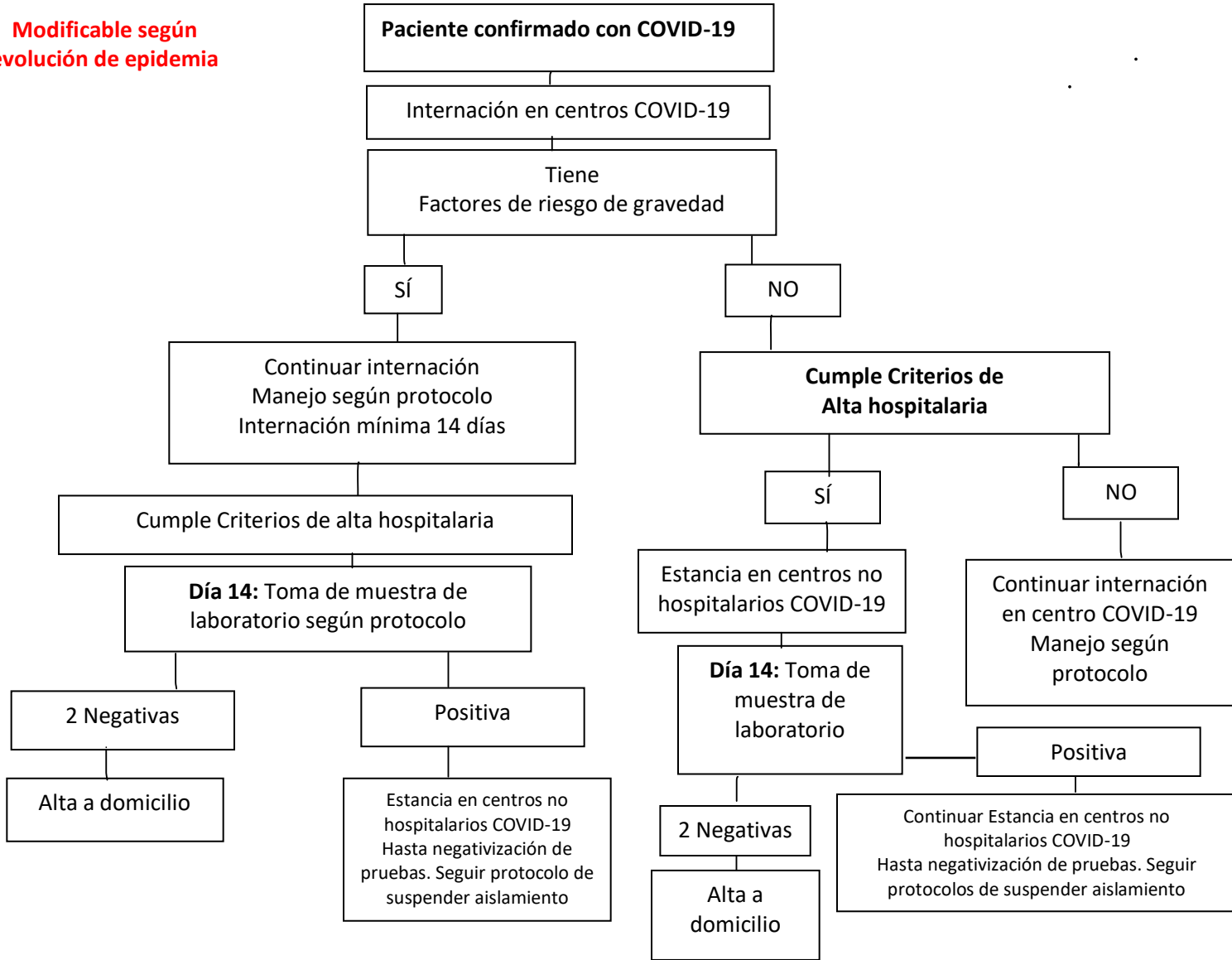
- Compromiso bilateral
- Progresión radiológica (> 50%)

Variables evolutivas

- Score SOFA
- Admisión a UCI
- Ventilación mecánica
- Escala de CURB65 (Puntuación 4-5)

FLUJograma ALTA EN PACIENTES CONFIRMADOS CON COVID-19

Modificable según evolución de epidemia



- Factores de riesgo de gravedad**
- Edad ≥ 60 años
 - Diabetes
 - Cardiopatía
 - EPOC
 - Inmunodeficiencia
 - Cáncer
 - Enfermedad renal crónica
 - Hepatopatía crónica
 - Asma
 - HTA
 - Embarazo
 - Obesidad

- Criterios de Alta Hospitalaria**
- Ausencia de fiebre mayor a 48 horas sin antipiréticos
 - Mejoría clínica de los síntomas respiratorios y la hipoxemia, Sat O2 >95 % con aire ambiente o similar a las previas en pacientes con Enfermedad Pulmonar Crónica. (no disnea, no taquipnea)
 - No requiere hospitalización por otras patologías
 - Tolera la vía oral

- Protocolo de toma de muestras a pacientes confirmados con COVID-19 para alta a domicilio.**
- Toma de muestra día 14:
- Si el resultado es negativo: tomar nueva muestra en 24 a 48 horas. Si ambos resultados son negativos dar de alta a domicilio.
 - Si el resultado es positivo: tomar nueva muestra en 7 días. Si sigue positiva toma de muestras semanal hasta verificar resultados negativos.
- Se puede dar de alta a domicilio con 2 muestras negativas de RT-PCR con diferencia de 24 a 48 horas. Luego del alta debe continuar aislamiento en domicilio por 14 días después de resultado negativo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMPASIVO EN COVID-19

En el presente documento de constancia que he sido informado detalladamente por mi médico (a) tratante sobre la evolución natural de mi enfermedad, la que consiste en infección por el virus COVID-19, conocido como nuevo coronavirus que puede causar problemas respiratorios como neumonía y otros problemas a mi salud que pueden ocasionar la utilización de respirador artificial y mi traslado a Unidad de Terapia Intensiva, riesgo de complicaciones e incluso la muerte.

- Entiendo que no existe un medicamento específico y comprobado internacionalmente para esta infección por COVID-19, sin embargo, en estos momentos se están utilizando algunas guías internacionales.

Con los datos que se conocen en la actualidad no se puede garantizar el beneficio de ningún fármaco, puesto que la evidencia disponible es muy escasa.

Ante esta situación se me propuso recibir:

Se me explico que este tratamiento propuesto está bajo una modalidad llamada “fuera de prospecto o uso off label”. Lo cual significa la posibilidad de utilizar un medicamento para una indicación distinta por la que oficialmente se encuentra registrado y autorizado su uso, en la medida en que no existan tratamientos alternativos, y que la evolución de la afección padecida signifique una amenaza para la salud y/o integridad y/o vida de la persona que la padece.

- Me han explicado y he comprendido que hasta el momento no existe un tratamiento específico ya probado y autorizado para esta infección viral pero que, sin embargo, ante la necesidad de ofrecer un tratamiento que intente mejorar la evolución de mi enfermedad y la sobrevida, recibiré medicamentos ya aprobados para otros usos.
- Estos medicamentos se encuentran registrados y autorizados por la autoridad nacional para el tratamiento de otras enfermedades, sin embargo, se me informó que su beneficio aún no ha sido probado en mi enfermedad si bien, hay estudios internacionales en curso.

- Se me ha explicado, y he comprendido que, por el momento es una alternativa terapéutica disponible para el tratamiento y que se seguirá el esquema de tratamiento indicado. El mismo se podrá ir modificando en el tiempo según la evidencia disponible.
- He comprendido que la prescripción de dichas drogas se realiza con el objetivo de intentar detener el agravamiento de mi estado de salud.
- Entiendo que si después de firmar este consentimiento informado decido suspender el tratamiento por mi voluntad, estoy en todo el derecho de hacerlo.
- En el caso de haberseme indicado lopinavir/ritonavir, hidroxiclороquina, cloroquina o azitromicina, se me ha informado verbalmente y por escrito del riesgo de interacciones farmacológicas.
- Se me ha explicado en términos claros y sencillos y he comprendido que estos tratamientos pueden tener efectos adversos variados, incluso algunos no esperados:

LOPINAVIR/RITONAVIR: Más frecuentes: Metabólicos: Aumento de las grasas en sangre (colesterol y triglicéridos). Digestivos: Diarrea, alteraciones del gusto, náuseas, dolor abdominal y aumento de enzimas hepáticas. Infecciones del tracto respiratorio superior. Menos frecuentes: Cardiovascular: Vasodilatación. Piel: Erupciones cutáneas, reacciones alérgicas, infecciones. Sistema nervioso central: fatiga, dolor de cabeza, ansiedad, insomnio. Hematológicos: disminución de los glóbulos blancos y plaquetas. Neuromuscular y esquelético: debilidad, dolor muscular. Respiratorio: infecciones del tracto respiratorio inferior.

HIDROXICLOROQUINA O CLOROQUINA: Oftálmico: retinopatía, puede generar lesiones severas, pero en muy baja frecuencia, pérdida de visión, cambios en la visión de los colores. Sistema nervioso: mareos, trastornos emocionales, labilidad emocional, dolor de cabeza, irritabilidad, nerviosismo, pesadillas, psicosis, convulsiones, vértigo. Dermatológico: picazón, enfermedad pustulosa, alopecia, decoloración del cabello, erupción ampollosa, eritema multiforme, exacerbación de la psoriasis, dermatitis exfoliativa, fotosensibilidad de la piel, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, urticaria, cambios de color de la piel. Endocrino y metabólico: exacerbación de porfiria, pérdida de peso. Gastrointestinales: anorexia, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal.

Hematológicos y oncológicos: anemia, hemólisis (en pacientes predispuestos), disminución de los glóbulos blancos y/o las plaquetas. Hepático: insuficiencia hepática (rara). Neuromuscular y esquelético: miopatía y neuromiopatía, que puede ser severa. Respiratorio: broncoespasmo.

Cardiovascular: puede generar arritmias y cambios en el tamaño del corazón (miocardiopatía hipertrófica), si bien es poco frecuente.

OTROS TRATAMIENTOS (detallar drogas y efectos adversos):

- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del objetivo buscado con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo.
- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- Manifiesto ser alérgico/a a:
.....
.....
- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- Expreso, además, que he podido realizar todas las consultas que me surgieron, y que las mismas han sido respondidas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto, consiento la iniciación del mismo.

**Firma y aclaración
del paciente
Carnet de identidad:**

**Firma y aclaración del
familiar o testigo
Carnet de identidad:**

Firma y sello del médico

**Si el paciente no se encuentra en condiciones de brindar su
consentimiento, debe de firmar familiar o representante legal**

Santa Cruz,.....