



CORONAVIRUS

COVID-19

RECOMENDACIONES, MANEJO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 EN INTERNACION

RECOMENDACIONES MANEJO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON COVID-19 EN INTERNACION

Valoración inicial y consideraciones al ingreso hospitalario:

Los casos de COVID-19 pueden presentar cuadros leves, moderados o graves, incluyendo neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), sepsis y shock séptico.

La identificación temprana de aquellos con manifestaciones graves permite tratamientos de apoyo optimizados inmediatos y un ingreso (o derivación) seguro y rápido a la unidad de cuidados intensivos de acuerdo con los protocolos regionales o nacionales.

El reconocimiento de gravedad en presencia de neumonía se realizará de forma inmediata en la valoración inicial si hay presencia de insuficiencia respiratoria ($SaO_2 < 90\%$) o Frecuencia respiratoria > 30 .

Si se tratara de una enfermedad no complicada, especialmente en los casos en investigación a la espera de los resultados diagnósticos, se podrá valorar junto a las autoridades correspondientes, la atención domiciliaria con instrucciones claras sobre la actuación en caso de empeoramiento.

Tabla: Niveles de Gravedad de las Infecciones Respiratorias y sus Definiciones:

Nivel de gravedad	Descripción
Enfermedad no complicada	Cursa con síntomas locales en vías respiratorias altas y puede cursar con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor muscular o síntomas atípicos en ancianos
Neumonía leve	Confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad. SaO_2 aire ambiente $> 90\%$. CURB65 ≤ 1
Neumonía grave	Fallo de ≥ 1 órgano o SaO_2 aire ambiente $< 90\%$ o frecuencia respiratoria de ≥ 30
Distrés respiratorio	Hallazgos clínicos, radiográficos infiltrados bilaterales + déficit de oxigenación: -Leve: $200 \text{ mmHg} < PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ -Moderado: $100 \text{ mmHg} < PaO_2 / FiO_2 \leq 200$ -Grave: $PaO_2 / FiO_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ Si PaO_2 no disponible $SaO_2 / FiO_2 \leq 315$
Sepsis	Definida como disfunción orgánica y que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala SOFA > 2 puntos. Un quick SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, Presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior. La insuficiencia orgánica puede manifestarse con las siguientes alteraciones: -Estado confusional agudo -Insuficiencia respiratoria -Reducción en el volumen de diuresis -Taquicardia -Coagulopatía -Acidosis metabólica
	-Elevación del lactato
Shock séptico	Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM $\geq 65 \text{ mmHg}$ y lactato $\geq 2 \text{ mmol/L}$ (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia.

Valoración de la gravedad:

El juicio clínico no puede ser sustituido por escalas de gravedad, pero son útiles para su enfoque inicial.

Con la información disponible actualmente, se ha observado en los pacientes que presentan un cuadro grave de la enfermedad una progresión de unos 10-15 días tras el inicio de síntomas hasta presentar insuficiencia respiratoria. Esto debe alertar y valorar un ingreso precoz en la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Si se cumplen los criterios de gravedad y si hay disponibilidad se recomienda que el manejo clínico se realice en habitaciones de presión negativa, aisladas y en la Unidad de Cuidados Intensivos. De no estar disponible este tipo de estancia se le atenderá en una habitación de uso individual con baño, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.
- Una valoración más completa de la gravedad en las neumonías se realizará mediante escalas como la CURB-65. Estas escalas son útiles tanto en la decisión inicial de hospitalización como apoyo al juicio clínico. Para valorar el ingreso en UCI se recomiendan los criterios ATS/IDSA mayores y menores.

- **Escala de gravedad CURB-65: acrónimo de: C** confusión aguda, **Urea** >19 mg/dL, **R** Frecuencia respiratoria ≥ 30 RPM, **B** Presión sistólica ≤ 90 mmHg o diastólica ≤ 60 mmHg y **65** edad ≥ 65 . **Cada ítem puntua 1**. Se recomienda ingreso hospitalario si puntuación total ≥ 2 . En el ámbito extrahospitalario se emplea CRB-65.

- **Criterios de ingreso en UCI. Los criterios ATS/IDSA empleados en la neumonía pueden ayudar al clínico en la decisión de ingreso en UCI.**

Criterios de ingreso en UCI ATS/IDSA: 1 mayor o 3 menores
Criterios mayores: <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de ventilación mecánica invasiva • Shock con necesidad de vasopresores
Criterios menores: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria >30 RPM • PaO₂/FiO₂ < 250 • Infiltrados multilobares • Confusión/desorientación
<ul style="list-style-type: none"> • Uremia (BUN >20 mg/DL) • Leucopenia <4.000 cel/mm³ • Trombocitopenia: plaquetas <100.000 cels/mm³ • Hipotermia (°t central <36.8) • Hipotensión con necesidad de administración agresiva de fluidos

Escala SOFA: Esta escala se utiliza en Neumonía grave y/o sepsis fundamentalmente en la UCI para cuantificar el fallo de órganos y para seguimiento evolutivo:

Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)					
Criterio	0	+1	+2	+3	+4
Respiración PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221–301	<300 142–220	<200 67–141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2–1,9	2,0–5,9	6,0–11,9	>12,0
Cardiovascular Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM <70 mmHg	Dopamina a <5 o Dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Adrenalina a ≤ 0,1 o Noradrenalina a ≤ 0,1	Dopamina a dosis de >15 o Adrenalina > 0,1 o Noradrenalina a > 0,1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o Flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2–1,9	2,0–3,4	3,5–4,9 <500	>5,0 <200

PaO₂: presión arterial de oxígeno; FIO₂: fracción de oxígeno inspirado; SaO₂, Saturación arterial de oxígeno periférico; PAM, presión arterial media; a). PaO₂/FIO₂ es relación utilizada preferentemente, pero si no está disponible usaremos la SaO₂/FIO₂; b). Medicamentos vasoactivos administrados durante al menos 1 hora (dopamina y noradrenalina como µg/kg/min) para mantener la PAM por encima de 65 mmHg.

Manejo inicial del paciente no grave:

- Medidas generales de protección EPP (Equipo de Protección Personal).
- La situación clínica del paciente debe ser monitorizada de manera continua. Si se detectan criterios de gravedad, se valorará la necesidad de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.
- En pacientes con insuficiencia respiratoria debe iniciarse oxigenoterapia suplementaria con una mascarilla con filtro de exhalado, si es posible, ajustando el flujo hasta alcanzar un saturación de oxígeno capilar adecuada a la edad y estado del paciente.
- Si fuera necesario, se recomienda la administración de broncodilatadores en cartucho presurizado asociado a cámara espaciadora para evitar la generación de aerosoles. No deben administrarse broncodilatadores en aerosol. Si no se puede evitar, se recomienda utilizar una habitación con presión negativa si hay disponibilidad o de no estar disponible este tipo de estancia, se le atenderá en una habitación de uso individual, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.
- Deberá realizarse un manejo conservador de la fluidoterapia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda cuando no existe evidencia de shock, ya que una reanimación agresiva con fluidos podría empeorar la oxigenación.
- No deben administrarse de forma rutinaria corticoides sistémicos para el tratamiento de la neumonía viral a no ser que éstos estén indicados por alguna otra razón.

- En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana deberá iniciarse tratamiento antibiótico de forma precoz seleccionándolo en función de la comorbilidad del paciente, su situación clínica y la epidemiología local.

Manejo de la insuficiencia respiratoria y el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA):

- Medidas generales de protección (EPP).
 - La oxigenoterapia se inicia si la SaO₂ <92 % aire ambiente con el objetivo de mantener SaO₂ ≥ 90%. Los pacientes que ya reciben oxigenoterapia pueden evolucionar a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que se diagnosticará y clasificará según los criterios de Berlín. Como paso inicial se utilizarán mascarillas con reservorio con flujos mínimos de 10 a 15 L/min para mantener el reservorio inflado y con FiO₂ entre 0,60 y 0,95.
 - Las cánulas de O₂ a alto flujo o la Ventilación Mecánica No invasiva (VNI) deben reservarse para pacientes muy concretos. La VNI no debe en ningún caso retrasar la indicación de intubación.
- El O₂ a alto flujo puede suministrar hasta 60 L/min y comparado con la oxigenoterapia convencional disminuye la necesidad de intubación. No se recomienda en los casos con hipercapnia, inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico.
- En la VNI, tal y como se ha observado en los pacientes con MERS, el fallo de tratamiento es elevado.
- Deben monitorizarse estrechamente tanto los pacientes con VNI como con cánulas de alto flujo y preparar el entorno para una posible intubación.
- Ventilación mecánica invasiva. En caso de necesidad, la intubación será realizada por personal experto, tomando todas las precauciones para evitar la transmisión por vía aérea del virus. Cuando el paciente esté intubado la ventilación mecánica debe aplicarse de forma protectora para el pulmón con volúmenes corrientes bajos (4 a 6 mL/Kg de peso) y evitar presiones *plateau* por encima de 30 cm de H₂O. Mantener una *driving pressure* (Presión *plateau*-PEEP) por debajo de 15 cm de H₂O se ha asociado a una menor mortalidad.
- Cuando la Pa/FiO₂, a pesar de administrar altas concentraciones de O₂, es inferior a 150 es necesario colocar al paciente en decúbito prono lo antes posible y ventilar al paciente en esta posición al menos 16 horas. Los balances hídricos deberán ser negativos para evitar un exceso de líquidos en el pulmón.
- La sedorrelajación puede considerarse en casos de asincronías. También se puede recurrir a la curarización pero su asociación con una menor mortalidad está cuestionada actualmente.
- La titulación de la PEEP debe hacerse en función de la compliancia, oxigenación, espacio muerto y estado hemodinámico. También puede titularse la PEEP mediante la estimación de la presión transpulmonar con catéter esofágico o tomografía de impedancia eléctrica.

Diagnóstico del shock:

El shock se diagnosticará cuando la presión arterial media sea igual o inferior a 65 mmHg o el lactato sanguíneo sea igual o superior a 2 mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia. En ausencia de mediciones de lactato los signos de hipoperfusión periférica junto con la presión arterial media se utilizarán para el diagnóstico.

Seguimiento y monitorización de la respuesta clínica:

☑ Vigilar constantes cada 8 horas o realizar una vigilancia diaria si se alcanza la estabilidad definida por los criterios de la siguiente tabla.

Constante	Valores de estabilidad
Frecuencia cardíaca	< 100 lpm
Frecuencia respiratoria	<24 RPM
Temperatura axilar	< 37,2°C
Presión arterial sistólica	>90 mmHg
SaO ₂	>90% si no había insuficiencia respiratoria previa
Nivel de conciencia	Adecuado

- Valoración de la respuesta: La neumonía que no responde es aquella con inadecuada respuesta clínica a pesar del tratamiento antibiótico. La respuesta adecuada al tratamiento supone alcanzar la estabilidad clínica a los 3-4 días tras el tratamiento antibiótico, se valora mediante los criterios expuestos.
- Repetición analítica según juicio clínico: a considerar cada 24-48h en la UCI o 48- 72 horas en hospitalización.
- Radiografía de tórax de seguimiento: se indicará si hay falta de respuesta clínica y/o sospecha de deterioro.

Pruebas a realizar en todos los pacientes internados con sospecha o diagnóstico confirmado de Covid-19:

Primeras 24 horas:

- ECG
- Analítica: hemograma, bioquímica con Na, K, Ca, Mg y proteínas totales, creatinina, LDH, perfil hepático, TP, D-dímero, troponinas, PCR, Procalcitonina,
- Serologías de VIH y VHB.
- Analítica del lab. central: poblaciones linfocitarias, ferritina y niveles de IL-6 (no disponible).
- Se pueden realizar otras pruebas de Microbiología (hemocultivos), siempre que en el pedido se indique que el enfermo es un caso en investigación o un positivo para Covid-19.

Durante Internación:

- Radiografía de tórax cada 24 hs. en el paciente que tiene insuficiencia respiratoria o el criterio clínico indica un empeoramiento.
- Analítica diaria (si la evolución es correcta se puede espaciar según criterio clínico): Hemograma, bioquímica con Na, K, Ca, Mg, proteínas totales, creatinina, LDH, perfil hepático, d-dímero, troponinas, PCR y procalcitonina.
- El día + 7-10 desde el inicio de los síntomas: poblaciones linfocitarias, ferritina y niveles de IL-6 (no disponible).

Otros las exploraciones que sean necesarias (imagen, endoscopia), se podrán realizar adoptando las medidas de prevención adecuadas para el traslado y la práctica de la prueba.

Tratamiento específico de los casos confirmados y tratamiento empírico en casos sospechosos:

No existe actualment evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico para el COVID-19 en pacientes con sospecha o confirmación. No obstante, esta información puede cambiar debido a los resultados de ensayos clínicos en marcha.

Consideraciones previas:

Corticoides Sistémicos: No están recomendados en forma general, debido a que pueden retrasar el aclaramiento viral. Se pueden valorar en casos de SDRA (Síndrome de Distress Respiratorio), shock séptico, encefalitis, síndrome hemofagocítico y cuando exista broncoespasmo franco. Se consideran dosis bajas y de corta duración (mMetilprednisolona a dosis menores a 1 mg/kg, por menos de una semana).

Tratamiento antibiótico: Los antibióticos no están recomendados de inicio, aunque en función de la clínica, analítica o resultados microbiológicos podrían estar indicados, especialmente en casos graves en investigación en los que no se puede descartar otra etiología, sepsis asociada o sospecha de sobreinfección bacteriana. En Neumonía Bacteriana utilizar esquema antibiótico empírico según norma institucional y epidemiología local.

Tratamiento Antiviral Especifico:

El tratamiento de esta infección (COVID-19) está condicionado por los siguientes hechos:

- a- No se conoce un tratamiento eficaz y seguro.
- b- Existen varios ensayos clínicos en marcha.
- c- La gravedad de la infección es variable.
- d- Se sabe que la mortalidad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60 años y en pacientes con comorbilidades (HTA, Diabetes tipo 1 y 2, EPOC o Asma, Enfermedad cardiovascular previa, tabaquismo, inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, etc.).
- e- La aparición de Insuficiencia Respiratoria parece producirse en torno al 7°-9° día del inicio de los síntomas.
- f- Oseltamivir: solo recomendado en coinfección con Gripe.

CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO	Consentimiento (Anexo II)	OBSERVACION
1) Infección respiratoria alta con Rx normal sin comorbilidades	Tratamiento sintomático y vigilancia.		
<p>2) Infección Respiratoria Alta con comorbilidad (Hipertensión, EPOC, enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer, hepatopatía crónica, inmunosupresión *) o edad > 65 años o Neumonía Leve o Moderada (no cumple los criterios descritos en el siguiente punto)</p> <p>Considerar el tratamiento empírico (antes de disponer del resultado de la PCR del COVID19) con los siguientes enfermos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fiebre documentada $\geq 37.8^{\circ}\text{C}$, y / o - infiltrado intersticial bilateral 	<p>Lopinavir / ritonavir (Kaletra®) 2 comp / 12h vo durante 7-14 días + Hidroxicloroquina sulfato 400 mg / 12 h el primer día seguido de 200 mg / 12 h los siguientes 5 días.</p>	<p>Requiere consentimiento (medicación fuera de indicación)</p>	<p>Enfermos que no pueden tragar, Kaletra® solución 80/20 mg / 1ml a razón de 5 ml / 12h. Si presenta intolerancia digestiva se puede: Prolongar Hidroxicloroquina x 10 días y agregar Azitromicina 500mg día 1 y luego 250 mg x día x4 días más. (Control ECG). La hidroxicloroquina se puede triturar.</p> <p>Requiere ajuste según función renal (en todos los casos la dosis de carga es la misma):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clcr entre 30 y 50 mL / min se debe administrar el 75% de la dosis (En este caso sería 1 comprimido por la mañana y medio por la noche). - Clcr entre 10 y 30 mL / min se debe administrar el 50% de la dosis (En este caso sería 1 comprimido diario). - Clcr <10 mL / min, hemodiálisis, diálisis peritoneal y HDF debe administrarse entre el 25 y el 50% de la dosis (Es decir, entre 0.5 y 1 comprimido diario). <p>Se recomienda descartar interacciones con la medicación habitual del paciente (** consultar).</p> <p>Habrá que valorar la toxicidad abdominal a diario y hacer ECG cada 24 horas para medir el QT con los enfermos con medicaciones concomitantes que alarguen el QT, enfermos con trastornos conocidos del ritmo y aquellos que tengan un FG ≤ 50 mL / min</p>

<p>3) Neumonía Grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia Respiratoria que requiera una $FiO_2 > 40\%$ - Necesidad de ventilación mecánica y / o Shoch séptico (delta-SOFA ≥ 2) - Neumonía Moderada con progresión del infiltrado pulmonar en 24-48h de iniciado el tratamiento <p>Considerar el tratamiento empírico (antes de disponer del resultado de la PCR del COVID19) con todos estos enfermos.</p>	<p>Lopinavir / ritonavir (Kaletra®) 2 comp / 12h vo durante 7-14 días +</p> <p>Hidroxiclороquina sulfato 400 mg / 12 h el primer día seguido de 200 mg / 12 h los siguientes 5 días +</p> <p>Azitromicina 500mg día 1 y luego 250 mg x día x4 días más.</p> <p><u>Evaluar:</u> IFN-β1b 1 vial (0,25 mg) / 48h durante 14 días sc</p>	<p>Requiere consentimiento (medicación fuera de indicación)</p>	<p>Si presenta intolerancia digestiva: Idem caso anterior.</p> <p>La hidroxiclороquina requiere ajuste según función renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clcr entre 30 y 50 mL / min se debe administrar el 75% de la dosis (En este caso sería 1 comprimido por la mañana y medio por la noche). - Clcr entre 10 y 30 mL / min se debe administrar el 50% de la dosis (En este caso sería 1 comprimido diario). - Clcr < 10 mL / min, hemodiálisis, diálisis peritoneal y HDF debe administrarse entre el 25 y el 50% de la dosis (Es decir, entre 0,5 y 1 comprimido diario). <p>Se recomienda descartar interacciones con la medicación habitual del paciente (** consultar).</p> <p>Habrá que valorar la toxicidad abdominal a diario y hacer ECG cada 24 horas para medir el QT con los enfermos con medicaciones concomitantes que alarguen el QT, enfermos con trastornos conocidos del ritmo y aquellos que tengan un $FG \leq 50$ mL / min</p> <p>Evitar IFN-β1b en pacientes con ICC, cirrosis hepática o hepatitis autoinmune, y valorar dosificación en insuficiencia renal grave.</p>
--	---	---	---

Indicación de tocilizumab: Datos procedentes de un estudio observacional en 21 enfermos con situación crítica (distrés respiratorio, ventilación mecánica, shock y fallo multi-orgánico) indican que la administración de tocilizumab (inhibidor del receptor soluble y de membrana de la IL-6) se asocia a una respuesta clínica muy rápida (1-5 días) y una supervivencia del 100% en el momento de escribir el artículo. Ante esta evidencia, que ha supuesto la incorporación de este tratamiento en las guías de la Sociedad Italiana y China de Enfermedades Infecciosas, consideramos indicado iniciar tocilizumab en la siguiente situación clínica aguda:

- 1) Paciente con neumonía grave con PCR ≥ 10 mg / dL y requerimiento de oxigenoterapia con PaO₂ / FiO₂ <200 mm Hg, y / o enfermo con ventilación mecánica con criterios de SDRA
- 2) Paciente no crítico con neumonía en progresión radiológica, insuficiencia respiratoria con incremento de la necesidad de O₂, y / o incremento progresivo de PCR, ferritina o LDH y / o descenso progresivo de linfocitos.

Contraindicaciones de tocilizumab: Sepsis por otros patógenos, transaminasas 5 veces por encima de los valores de referencia, neutropenia (<500 cell / mm³) o plaquetopenia (<50.000 cells / mm³).

DOSIS: 8mg/kg mg dosis única (dosis máxima:800 mg) y repetir a las 8-12 hs según respuesta clínica (2 dosis máximo).

Diluir hasta un volumen final de 100ml con solución fisiológica (24 h de estabilidad a temperatura ambiente). Perfusión endovenosa en 1 hora.

DISPONER SIEMPRE PREVIO A SU INDICACION SEROLOGIA PARA HEPATITIS B.

* **Inmunosupresión:** Paciente con enfermedad hematológica activa, paciente oncológico neutropénico o en tratamiento activo con citostáticos, trasplante de órgano sólido (TOS) en el primer año post-TOS o en tratamiento inmunosupresor por rechazo, infección por VIH con <350 CD4, paciente en tratamiento con corticoides equivalente a más de 20 mg de prednisona durante un mínimo de 2 semanas o tratamiento con un biológico asociado a un segundo inmunosupresores.

NOTA:

- 1- Lopinavir/ritonavir jarabe: No usar con sondas de poliuretano por potencial incompatibilidad. Usar sondas de silicona y PVC.
- 2- Lopinavir/ritonavir NO debe reemplazarse por Darunavir/cobicistat o Darunavir/ritonavir.
- 3- En pacientes con tratamiento combinado de Hidroxicloroquina + Azitromicina: realizar ECG basal y durante los primeros días de tratamiento por riesgo de prolongación del QT y arritmias ventriculares.
- 4- **Remdesivir:** antiviral en estudio. No disponible en Argentina.

Criterios de alta en pacientes ingresados con Covidien-19:

De acuerdo con el conocimiento actual de la enfermedad, consideramos que los enfermos deberán estar ingresados un mínimo de 9 días desde el inicio de los síntomas. A partir de este momento, los requisitos para ser dados de alta serán:

Criterios de estabilidad clínica: Temperatura $<37,3^{\circ}\text{C}$ en dos determinaciones consecutivas separadas por 8 h, frecuencia respiratoria <22 rpm, frecuencia cardíaca <100 lpm, presión arterial sistólica > 92 mm Hg, SaO₂ basal $\geq 92\%$ (excepto pacientes portadores de oxigenoterapia domiciliaria) , sin alteración del estado mental y capacidad para la ingesta oral.

Criterios de buena evolución analítica: Cifra de linfocitos normal o en aumento respecto al valor basal, D-dimer normal, troponinas negativas, PCR, Ferritina y LDH normales o en descenso.

Al alta el paciente deberá continuar con aislamiento domiciliario durante 14 días desde la resolución de los síntomas.

En caso de enfermos que no pueden ser dados de alta por problemas médicos o sociales, permanecerán en habitaciones de aislamiento con medidas de contacto y gotes.

Régimen de visitas de familiares

No se prevé de manera ordinaria las visitas de familias. En casos excepcionales, se instruirá a algún familiar en el uso del equipo de protección individual.

Profilaxis Postexposición:

En caso de que un profesional sanitario haya tenido una exposición de riesgo no protegida, se contactará con el Servicio de Infectología de su Institución y se seguirá el protocolo correspondiente. En estudio: Lopinavir/ritonavir por 14 días en dosis habituales o Hidroxicloroquina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS FUERA DE INDICACIONES O PARA USO COMPASIVO.

PACIENTE ANTE TESTIGO.

SR/SRA. _____

DECLARO QUE:

DR/DRA. _____

Como Médico Especialista _____

En presencia de testigo _____

Con DNI _____

Me comunica la POSIBILIDAD de recibir la

medicación _____

Se me informa del tipo de medicación que, de su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener y de la Alternativa de otros tipos de tratamiento.

Soy consciente de que esta medicación aún no está autorizada y de que tener algún efecto adverso no descrito anteriormente asumo la posible presentación a cambio de un posible beneficio en el tratamiento de mi enfermedad.

El recibir la medicación es voluntario y puedo renunciar a su administración en el momento que yo estime adecuada.

San Juan, _____ 2020.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Consenso Provisorio de Tratamiento Farmacológico de la Infección por SARS-CoV-2. Sociedad Argentina de Infectología. 13 de Marzo de 2020.
- 2- COVID-19: Consider cytokine storm syndrome and immunosuppression. The Lancet. March 13, 2020.
- 3- Manejo Clínico de pacientes con enfermedad por el Nuevo coronavirus (COVID-19). Ministerio de Sanidad de España. 3 de Marzo de 2020.
- 4- Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non randomized clinical trial. France. March, 2020.
- 5- Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. The Lancet. Vol 8, March 2020.
- 6- Effective Treatment of Severe COVID-19 Patients with Tocilizumab. China. March, 2020.
- 7- Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guidance. March 3, 2020.
- 8- King's Critical Care – Evidence Summary, Clinical Management of COVID-19. March 9, 2020.