

Estado Plurinacional de Bolivia, 13 de julio de 2020

Señora:

Jeanine Añez Chávez

Presidenta del Estado Plurinacional de Bolivia

Presente.-

ASUNTO: PROPUESTA URGENTE POR CRISIS SANITARIA DEL PAÍS

De nuestra consideración:

Debido a la crisis sanitaria provocado por el SARS-CoV-2, las terapias intensivas privadas, públicas y de la seguridad social del país están actualmente rebasadas. Alarmados por esta situación, el **Grupo de Clínicas Privadas Bolivianas** firmantes, unidas por la salud del pueblo boliviano, hemos compartido criterios, experiencias de nuestra lucha en el frente de la atención de esta pandemia y conocimientos actualizados en la mejor evidencia científica disponible, y le hacemos entrega de nuestra propuesta médica que adjuntamos. Pensamos que este proyecto médico puede ser un aporte central a esta crisis devastadora, logrando ser de mucho beneficio a la salud de los bolivianos, ayudando a disminuir la mortalidad y los requerimientos de Unidades de Cuidados Intensivos y Hospitalización General.

Para lograr estos objetivos se debe:

- Establecer un protocolo de criterios médicos a nivel nacional basada en la evidencia científica actual.
- Educar para evitar los daños y costos de la automedicación y del uso indebido de medicamentos.
- Utilizando criterios médicos de atención precoz, se podría reducir significativamente el número de pacientes que requieran el uso de terapia intensiva con ventilación mecánica.
- Basado en el protocolo de atención, se podría disminuir el tiempo de internación en Sala General en los pacientes que requieran hospitalización.

Creemos que esta propuesta resulta costo-eficiente y puede ser implementada con los recursos existentes. Ponemos todos nuestros conocimientos adquiridos a su disposición, sin costo, para apoyar en la capacitación de este plan para una inmediata ejecución. Trabajemos juntos con la prioridad de brindar medicina de excelencia para todos los pacientes en el territorio nacional.

Unidos por la salud, firman los proponentes





PROPUESTA PARA REDUCIR EL REQUERIMIENTO DE CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA PACIENTES COVID-19

Conforme ha avanzado la comprensión de la patogenia del COVID-19, los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes, hemos podido identificar dos etapas bien definidas en la evolución de la enfermedad.

La primera etapa se presenta inmediatamente con la aparición de los primeros síntomas, muchos de ellos respiratorios como fiebre, dolor de garganta, tos, cefalea, pérdida del gusto y/o de olfato, mialgias, y en algunos casos diarrea. Esta etapa puede durar de dos a siete días y rara vez requiere de cuidados médicos especiales, más allá del uso de antitérmicos como el paracetamol¹. Durante esta etapa se produce la replicación viral en el aparato respiratorio superior, siendo el momento de mayor contagiosidad. Un 80% de estos pacientes resuelven este cuadro sin requerir de mayores cuidados y al cabo de 10 días del inicio de los síntomas, asociado a tres días sin fiebre y mejora de los síntomas respiratorios, el paciente puede interrumpir su aislamiento sin riesgo de contagio para terceros².

Un 20% de los pacientes pueden progresar entre los siete y 10 días posteriores al inicio de los síntomas a la segunda etapa de estado hiper-inflamatorio con compromiso del parénquima pulmonar (neumonía) en un grado variable¹. En esta etapa los pacientes suelen presentar nuevamente fiebre con compromiso de su oxigenación requiriendo oxígeno suplementario¹. Mientras, 15% de estos pacientes pueden permanecer internados en sala general, el resto (5%) pueden progresar a una insuficiencia respiratoria que requiera de intubación mecánica¹.

Hasta hace cuatro semanas no disponíamos de ningún recurso terapéutico que permitiese modificar la evolución natural de esta enfermedad. Todos los productos ensayados (Ej. Hidroxicloroquina, Cloroquina, Azitromicina, Lopinavir/ritonavir, Ivermectina) no pudieron demostrar ninguna utilidad por lo cual algunos de ellos fueron retirados de los Ensayos Clínicos como el Estudio Solidaridad de la OMS y el Estudio Multicéntrico RECOVERY⁽³⁻⁶⁾.

Sin embargo resultados del Estudio Multicéntrico RECOVERY, reportados recientemente, demostraron en forma categórica que el uso de Dexametasona a dosis de 6 mg/día EV por 10 días reducía significativamente la mortalidad de los pacientes con COVID-19 a los 28 días de la hospitalización⁷. La Dexametasona es un potente corticoide con actividad antiinflamatoria. En este sentido, el uso de esta droga luego de los siete días posteriores al inicio de los síntomas (coincidiendo con el inicio de la segunda etapa hiperinflamatoria) redujo la mortalidad en un tercio de los pacientes ventilados y en un cuarto de los pacientes no ventilados pero que requieren oxígeno⁸. Los pacientes que no requerían oxígeno y que iniciaban el tratamiento corticoideo



dentro de los siete días no se beneficiaron del uso de Dexametasona. Es importante considerar que el uso de esta dosis de corticoides debe hacerse bajo supervisión médica ya que muchos pacientes diabéticos (grupo de riesgo para COVID-19) presentan niveles elevados de glucemia, con el consiguiente aumento del requerimiento de insulina.

Otro cambio asistencial importante ha sido recomendar a los pacientes vigiles colocarse en posición prona mientras se encuentran hospitalizados. Esta simple maniobra ha mejorado la situación de los pacientes reduciendo significativamente el requerimiento de oxígeno⁹.

En la experiencia de quienes estamos asistiendo a pacientes COVID-19 la incorporación de estos dos recursos terapéuticos (corticoides + posición prona) ha reducido el requerimiento de camas de Terapia Intensiva, al evitar que un número de pacientes requieran pasar a Cuidados Intensivos para ventilación mecánica.

Con estas nuevas alternativas terapéuticas, consideramos que podría **utilizarse el sistema de salud en el nivel primario de atención para tratar a estos pacientes** con un bajo requerimiento de recursos asistenciales evitando que la demanda de atención de mayor complejidad, sature el sistema.

Es por ello que nuestra recomendación se basa en los siguientes puntos:

- 1- **Recomendar fuertemente a la población que no se automedique** ya que hemos detectados complicaciones derivadas de la automedicación por descompensación y/o complicaciones asociadas a enfermedades pre-existentes. Los pacientes en los primeros siete días de la enfermedad sólo deberían recibir antitérmicos del tipo de paracetamol.
- 2- **No recomendar el uso ambulatorio de corticoides** por el riesgo de descompensación de los cuadros de diabetes.
- 3- Facilitar el acceso a los centros de primer nivel para que los pacientes que presenten **fiebre y/o falta de aire a partir de los siete días posteriores al inicio de los síntomas** puedan ser evaluados:
 - a. Parámetros clínicos (Frecuencia respiratoria, Frecuencia cardíaca, Saturación de oxígeno).
 - b. Rx o TAC de tórax.
 - c. Laboratorio mínimo (Hemograma completo, Glucemia, Urea, Creatinina, Ionograma, LDH, Ferritina).
- 4- **Hospitalizar a los pacientes que presenten hipoxemia** (Saturación <93% respirando aire ambiental) e iniciar:
 - a. Oxígeno en bigotera hasta 5 lt/minuto.
 - b. Dexametasona 6 mg/día EV por 10 días.
 - c. Enoxaparina 40 mg/día SC ajustada por función renal e Índice de Masa Corporal mientras esté hospitalizado.
 - d. Posición prona en la cama el máximo tiempo posible.



- 5- Los pacientes pueden permanecer hospitalizados hasta estabilizar su situación respiratoria (48 horas sin oxígeno suplementario) y ser externados (con glucemia compensada) continuando con corticoides orales (prednisolona 40 mg/día VO hasta completar 10 días en total).

Referencias:

1. W. Joost Wiersinga, MD, PhD; Andrew Rhodes, MD, PhD; Allen C. Cheng, MD, PhD; Sharon J. Peacock, PhD; Hallie C. Prescott, MD, MSc. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. JAMA. doi:10.1001/jama.2020.12839
2. Estrategia basada en los síntomas para la interrupción del aislamiento de personas con COVID-19. CDC. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/strategy-discontinue-isolation.html>
3. WHO COVID-19 SOLIDARITY Trial Executive Group of the steering committee. The hydroxychloroquine arm of Solidarity will be stopped due to futility. Thursday 18 June 2020.
4. WHO COVID-19 SOLIDARITY Trial Executive Group of the steering committee. The Lopinavir/ritonavir arms of Solidarity will be stopped due to futility. Thursday 18 June 2020
5. Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 therapy (RECOVERY) Trial on hydroxychloroquine, 5 June 2020. www.recoverytrial.net
6. Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 therapy (RECOVERY) Trial on lopinavir-ritonavir, 29 June 2020. www.recoverytrial.net
7. Statement from the Chief Investigators of the Randomised Evaluation of COVid-19 therapy (RECOVERY) Trial on dexamethasone, 16 June 2020 www.recoverytrial.net
8. P Horby, et al. Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19 – Preliminary Report. <https://doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273>
9. Guía de Práctica Clínica para Posicionamiento en Prono de Pacientes No Intubados. Versión 1.0. Massachusetts General Hospital. 4/2/2020.